

Мария Рохова, Стефка Коева, Антония Димова, Николай Михайлов,
Елка Атанасова, Любомира Коева-Димитрова, Минчо Минев,
Валерия Николова, Светлана Панайотова, Тодорка Костадинова



Оценка на функционирането на здравната система в България

Варна
2023

*Мария Рохова, Стефка Коева, Антония Димова, Николай Михайлов,
Елка Атанасова, Любомира Коева-Димитрова, Минчо Минев,
Валерия Николова, Светлана Панайотова, Тодорка Костадинова*

Оценка на функционирането на здравната система в България

Варна, 2023

Оценка на функционирането на здравната система в България

*© Мария Рохова, Стефка Коева, Антония Димова, Николай Михайлов,
Елка Атанасова, Любомира Коева-Димитрова, Минчо Минев,
Валерия Николова, Светлана Панайотова, Тодорка Костадинова – автори*

Научни редактори:

Антония Димова
Мария Рохова

Езикова редакция:

Галя Христоскова

Рецензенти:

доц. Емануела Мутафова, д.и.
проф. Цвета Зафирова, д.и.

Първо издание

2023 © Всички права запазени. Настоящото издание или която и да е негова част не могат да бъдат възпроизвеждани (по електронен или механичен път) и разпространявани под каквато и да е форма без изричното писмено съгласие на автора.

Файлът е достъпен за сваляне на адрес: <https://books.mu-varna.bg/product/3350/otsenka-na-funktsioniraneto-na-zdravnata-sistema-v-balgaria.html>

ISBN 978-619-221-473-9 (print)
ISBN 978-619-221-487-6 (online)

Съдържание

Съдържание на таблиците	5
Съдържание на фигурите	8
Съкращения	13
Предговор	14
Въведение	16
<i>Антония Димова, Мария Рохова</i>	
Библиография	21
1. Оценка на функционирането на здравните системи	23
1.1. Същност, цели и предназначение на оценката	23
<i>Мария Рохова</i>	
1.2. Концептуални рамки за оценка на функционирането на здравната система, предложени от международни организации	33
<i>Елка Атанасова</i>	
1.3. Опитът на държавите	41
<i>Елка Атанасова</i>	
Библиография	50
2. Концептуална рамка за България	54
2.1. Концептуална рамка за оценка на функционирането на здравната система в България	54
<i>Мария Рохова, Стефка Коева, Антония Димова, Елка Атанасова, Тодорка Костадинова</i>	
2.1.1. Дефиниране на здравната система	55
2.1.2. Определяне на границите на здравната система	60
2.1.3. Концептуална рамка за оценка на здравната система в България	65
2.2. Система от показатели за оценка	72
<i>Мария Рохова</i>	
2.2.1. Качество	76
<i>Валерия Николова, Антония Димова</i>	
2.2.2. Достъп	88
<i>Минчо Минев</i>	

2.2.3. Здравен статус	95
<i>Валерия Николова, Антония Димова</i>	
2.2.4. Детерминанти на здравето	99
<i>Минчо Минев, Мария Рохова</i>	
2.2.5. Чувствителност	104
<i>Николай Михайлов</i>	
2.2.6. Равнопоставеност	114
<i>Мария Рохова</i>	
2.2.7. Издръжливост на здравната система	125
<i>Мария Рохова, Стефка Коева</i>	
2.2.8. Ефективност	133
<i>Любомира Коева-Димитрова, Елка Атанасова</i>	
Библиография	145
3. Оценка на функционирането на българската здравна система	159
3.1. Цели на здравната система	159
<i>Антония Димова</i>	
3.2. Контекст на здравната система за периода 2015-2022	162
<i>Стефка Коева</i>	
3.3. Оценка на резултатите от функционирането на здравната система	168
3.3.1. Качество	168
<i>Валерия Николова</i>	
3.3.2. Достъп	177
<i>Минчо Минев</i>	
3.3.3. Здравно състояние	187
<i>Валерия Николова</i>	
3.3.4. Детерминанти на здравето	193
<i>Светлана Панайотова</i>	
3.3.5. Чувствителност	202
<i>Николай Михайлов</i>	
3.3.6. Равнопоставеност	219
<i>Мария Рохова</i>	
3.3.7. Оценка на издръжливостта	238
<i>Мария Рохова, Стефка Коева</i>	
3.3.8. Ефективност	256
<i>Любомира Коева-Димитрова, Елка Атанасова</i>	

Библиография	267
4. Констатации за здравната система и оценката на нейното функциониране	274
4.1. Обобщена интерпретация на резултатите <i>Антония Димова</i>	274
4.2. Насоки за развитие на оценката <i>Мария Рохова</i>	283
Библиография	286
Приложение	288

Съдържание на таблиците

Таблица 1.1.	Крайни цели на здравната система в концептуалните рамки на СЗО и ОИСР	41
Таблица 1.2.	Измерения на функционирането на здравната система в националните рамки	49
Таблица 2.1.	Критерии за преценка и избор на показатели за оценка на функционирането на здравната система	73
Таблица 2.2.	Най-често използвани индикатори за измерване на качеството на здравните услуги в концептуалните рамки	82
Таблица 2.3.	Индикатори за оценка на качеството на медицинската помощ за България	86
Таблица 2.4.	Елементи на достъпа до здравни услуги	90
Таблица 2.5.	Индикатори за оценка на достъпа до здравни услуги в България	93
Таблица 2.6.	Показатели за оценка на функционирането на здравната система в България, свързани със здравния статус.....	98
Таблица 2.7.	Показатели за оценка на функционирането на здравната система в България, свързани с детерминантите на здравето.....	103
Таблица 2.8.	Измерване на елементите на чувствителността в изследвания и рамки за оценка на здравни системи ...	109
Таблица 2.9.	Показатели за равнопоставеност при оценка на функционирането на здравната система	120
Таблица 2.10.	Показатели за оценка на равнопоставеността за България	122
Таблица 2.11.	Показатели за оценка на издръжливостта, предложени в международни и национални концептуални рамки..	130
Таблица 2.12.	Концепции за ефективност възприети в международни концептуални рамки	135
Таблица 2.13.	Дефиниции на видовете ефективност на здравната система	137
Таблица 2.14.	Предимства и ограничения на анализите на ефективността според нивото, на което се прилагат	139
Таблица 2.15.	Най-често използвани показатели за ефективност по видове	143

Таблица 2.16.	Показатели за ефективност при оценката на функционирането на здравната система в България	144
Таблица 3.1.	Основни макроикономически показатели за периода 2019-2022 г.....	163
Таблица 3.2.	Имунизационно покритие при деца, избрани ваксини, в %.....	170
Таблица 3.3.	Заболели от ваксинапредотвратими инфекции за периода 2017-2022 г., в брой	170
Таблица 3.4.	Хоспитализации в България - общо и при избрани заболявания по МКБ, 2017–2021 г., на 100 000 души ...	176
Таблица 3.5.	Осигуреност с човешки ресурси на здравната система в България, 2015-2020 г.	178
Таблица 3.6.	Осигуреност с медицински персонал от населението в България и ЕС, 2020 г.....	178
Таблица 3.7.	Осигуреност с болнични легла и легла за дългосрочни грижи в България и ЕС, 2015-2020 г.	179
Таблица 3.8.	Неудовлетворени потребности от здравни услуги поради финансови причини в България и ЕС, 2015-2020 г.....	183
Таблица 3.9.	Показатели за своевременност на достъпа до здравни услуги, 2015 и 2018 г.	184
Таблица 3.10.	Показатели за оценка на достъпа до здравни услуги, 2020 г. (или последната година с налични данни)	185
Таблица 3.11.	Дял от населението, което консумира плодове и зеленчуци ежедневно, 2014 и 2019 г., в %.....	195
Таблица 3.12.	Разпределение на лицата на 18 и повече год. по ИТМ, 2014 и 2019 г.	198
Таблица 3.13.	Дял на лицата на 20 и повече год., практикуващи физически упражнения и спорт, 2014 и 2020 г., в %.....	199
Таблица 3.14.	Бедност, риск от бедност и образователно равнище в България, 2015-2020 г. и сравнени с данните за ЕС за 2020 г.	201
Таблица 3.15.	Демографски характеристики на извадката.....	204
Таблица 3.16.	Свойства на елементите (въпросите) от инструмента за чувствителността.....	206
Таблица 3.17.	Стойности на елементите от чувствителността на здравната система	209
Таблица 3.18.	Дялове на респондентите, посочили елементите по място от първо до осмо по важност	211

Таблица 3.19. Важност, оценка и коефициент за подобрене на елементите на чувствителността	214
Таблица 3.20. Различия в елементите на чувствителността по демографски групи и групи пациенти	215
Таблица 3.21. Самооценка на здравето и ограничения в ежедневните дейности поради здравен проблем по доходни групи, образование и населено място в България и ЕС, 2018-2022 г.....	223
Таблица 3.22. Поведенчески рискови фактори по доходни групи, образование и населено място в България и ЕС, 2018-2022 г.....	226
Таблица 3.23. Удовлетвореност на населението по доходни групи, образование и населено място, 2021 г.....	229
Таблица 3.24. Честота на профилактичните изследвания по доходни групи, образование и населено място, 2014 и 2019 г. ..	231
Таблица 3.25. Неудовлетворени потребности от медицинска и дентална помощ по доходни групи, образование и населено място в България и ЕС, 2018-2022 г.....	233
Таблица 3.26. Коефициенти Джини за разпределението на медицинските специалисти по области в България, 2018-2022 г.....	236
Таблица 3.27. Дейности в извънболничната помощ в България, 2018-2022 г. и изменение спрямо 2019 г.....	249
Таблица 3.28. Брой преминали болни по избрани клинични пътеки в България, 2018-2022 г. и изменение спрямо 2019 г. ..	251
Таблица 3.29. Среден болничен престой, оборот на леглата и използваемост на леглата в България, 2015-2021 г.....	257
Таблица 3.30. Разходи по функции като дял от общите здравни разходи в България, 2015-2020 г., в %	266
Таблица 4.1. Резултати на здравната система в България: здравен статус и неравенства, избрани показатели	278
Таблица 4.2. Детерминанти на здравето и неравенства, избрани показатели	279
Таблица 4.3. Качество и неравенства, избрани индикатори ефикасност и уместност.....	280
Таблица 4.4. Качество и неравенства: честота на профилактични изследвания, избрани индикатори	281
Таблица 4.5. Достъп и неравенства, избрани индикатори	282

Съдържание на фигурите

Фигура 1.1.	Международни, европейски и национални инициативи за оценка на функционирането на здравната система	30
Фигура 1.2.	Основни етапи в процеса на оценката на функционирането на здравната система	32
Фигура 1.3.	Концептуална рамка „Показатели за качество на здравеопазването“ на ОИСР	38
Фигура 1.4.	Концептуална рамка „Градивни блокове на системата“ на СЗО	40
Фигура 2.1.	Три основни подхода при определяне на границите на здравната система.....	62
Фигура 2.2.	Граници на здравната система	64
Фигура 2.3.	Концептуална рамка за оценка на функционирането на здравната система в България	70
Фигура 2.4.	Селектиране на показателите за оценка на функционирането на здравната система в България	75
Фигура 2.5.	Брой на показателите по измерения на концептуалната рамка	75
Фигура 2.6.	Идентифицирани показатели за оценка, свързани с детерминантите на здравето	103
Фигура 3.1.	Предотвратима с добра превенция и профилактика смъртност в България и ЕС за периода 2017-2020 г., на 100 000 души	169
Фигура 3.2.	Имунизационен обхват срещу човешки папиломен вирус, в % от подлежащите	171
Фигура 3.3.	Дял на жените на възраст 50-69 год. с последно извършено образно изследване за рак на млечна жлеза по време на провеждане на изследването, 2019 г.	171
Фигура 3.4.	Дял на жените на възраст 20-69 г. с извършена цитонамазка по време на провеждане на изследването, 2019 г.	172
Фигура 3.5.	Предотвратима с добро лечение смъртност в България и ЕС, 2017 - 2020 г., на 100 000 души	173

Фигура 3.6.	Неонатална смъртност в България и средно за ЕС, 2017 - 2020 г., на 1 000 живородени	173
Фигура 3.7.	Брой раждания и дял на ражданията с цезарово сечение, 2017 - 2022 г.	174
Фигура 3.8.	Употреба на антибиотици в болниците, 2017–2021 г., ДДД на 1000 души.....	175
Фигура 3.9.	Употреба на антибиотици при извънболнично лечение, 2017–2021 г., ДДД на 1000 души.....	175
Фигура 3.10.	Хоспитализации при избрани заболявания, 2021 г., на 100 000 души	176
Фигура 3.11.	Дял на директните плащания на домакинствата от общите разходи за здравеопазване, 2015-2020 г., в % ...	180
Фигура 3.12.	Директни плащания на домакинствата по видове дейност, 2019 г.....	181
Фигура 3.13.	Очаквана продължителност на живота в България, 2017-2021 г., в години	188
Фигура 3.14.	Очаквана продължителност на живота на 65-годишна възраст в България, 2017-2021 г., в години	188
Фигура 3.15.	Обща смъртност (брой смъртни случаи на 1 000 души от населението) в България, 2017-2022 г.....	189
Фигура 3.16.	Детска смъртност (брой смъртни случаи на възраст до една година на 1 000 живородени) в България, 2017-2022 г.....	190
Фигура 3.17.	Основни причини за смърт (брой смъртни случаи на 100 000 души от населението) в България, 2017-2020 г..	190
Фигура 3.18.	Загуба на години в добро здраве по основни причини (брой години на 100 000 души от населението) в България, 2017-2019 г.	192
Фигура 3.19.	Дял на смъртните случаи, свързани с основните рискови фактори в България и ЕС, 2019 г., в %.....	194
Фигура 3.20.	Дял на населението, употребяващо тютюневи изделия, 2014 и 2019 г., в %	196
Фигура 3.21.	Дял на населението, употребяващо алкохол ежедневно, 2014 и 2019 г., в %	197
Фигура 3.22.	Брой пострадали и загинали при пътно-транспортни произшествия, 2015-2020 г.	200

Фигура 3.23. Сравнение на стойностите на елементите от чувствителността	211
Фигура 3.24. Подредба на елементите от чувствителността по важност за пациентите	213
Фигура 3.25. Очаквана продължителност на живота според образователното равнище в България, 2010-2017 г.	224
Фигура 3.26. Очаквана продължителност на живота според типа населено място в България, 2010-2022 г.	224
Фигура 3.27. Детска смъртност според типа населено място в България, 2018-2022 г.	225
Фигура 3.28. Дял от домакинствата с катастрофални здравни разходи по доходни групи в България (2018 г.) и ЕС-24.....	235
Фигура 3.29. Очаквана продължителност на живота при раждане в България и ЕС, 2012-2021 г., в години.....	240
Фигура 3.30. Сврхсмъртност по месеци в България и ЕС, януари 2020 – декември 2022 г., в %	242
Фигура 3.31. Самооценка на здравето в периода на пандемията от COVID-19 в България и ЕС, 2020-2021 г.	243
Фигура 3.32. Дял на респондентите, които се чувстват обезсърчени и депресирани през последните две седмици преди проучването в България и ЕС, 2020-2021 г., в %.....	243
Фигура 3.33. Дял на респондентите с неудовлетворени потребности от медицинска помощ в периода на пандемията от COVID-19 в България и ЕС, 2020 и 2021 г., в %	244
Фигура 3.34. Причини за неудовлетворени потребности от медицинска помощ в периода на пандемията от COVID-19 в България и ЕС, февруари-март 2021 г.	245
Фигура 3.35. Консултации с лекар в България и ЕС, избрани показатели, 2019, 2020 и 2021 г.	248
Фигура 3.36. Равнище на промяна в избрани хирургични интервенции в България и ЕС през 2020 спрямо 2019 г., в %	250
Фигура 3.37. Интензивни легла в лечебните заведения за болнична помощ в България, 2019-2021 г., на 10 000 души от населението.....	253

Фигура 3.38. Разпределение на лекарите по възрастови групи в България и страните членки на ЕС, 2021 г., в %.....	254
Фигура 3.39. Капиталови разходи за здравната система в България и страните членки на ЕС, 2020 г.....	255
Фигура 3.40. Брой хоспитализации на 1000 души от населението, 2015-2021 г.....	258
Фигура 3.41. Брой публични и частни болници в България, 2015-2021 г.....	258
Фигура 3.42. Брой операции в публичните и частните болници в България, 2015-2021 г.	259
Фигура 3.43. Брой медико-диагностични дейности (високо специализирани дейности и медико-диагностични изследвания) в извънболничната помощ на здравноосигурено лице, 2015-2019 г.	260
Фигура 3.44. Разходи за здравеопазване на една година очаквана средна продължителност на живота (млн. евро), 2015-2020 г.....	262
Фигура 3.45. Годишно изменение на разходите за здравеопазване и на очакваната средна продължителност на живота в България, 2015-2020 г., в %.....	263
Фигура 3.46. Брой високотехнологични изследвания на един апарат, 2015-2020 г.....	263
Фигура 3.47. Дял на публичните и частните разходи за здравеопазване в България и ЕС, 2015-2020 г., в %	265

Съкращения

HSPA	Health System Performance Assessment (оценка на функционирането на здравната система)
HSPM	Health Systems and Policy Monitor (Мрежа за мониторинг на здравните системи и политики)
БВП	брутен вътрешен продукт
ЕК	Европейска комисия
ЕС	Европейски съюз
МЗ	Министерство на здравеопазването
МС	Министерски съвет
НЗОК	Национална здравноосигурителна каса
НЗС	Национална здравна стратегия
НСИ	Национален статистически институт
НЦЗПБ	Национален център по заразни и паразитни болести
НЦОЗА	Национален център по обществено здраве и анализи
ОИСР	Организацията за икономическо развитие и сътрудничество
ОПЛ	общопрактикуващ лекар
РЗИ	Регионална здравна инспекция
РЗОК	Районна здравноосигурителна каса
СБ	Световна банка
СЗО	Световна здравна организация

Предговор

Настоящата монография представя подхода и резултатите от първата целенасочена и систематична оценка на функционирането на здравната система (HSPA – Health System Performance Assessment) в България.

Независимо от всички анализи относно здравното състояние на нацията, здравната реформа, състоянието на здравната система в България като цяло или по отношение на отделни нейни характеристики, правени след 1989 г. от различни институции и изследователи и в различни етапи от развитието на здравната система, въпросът за нейното функциониране – като цяло за способността ѝ да постига целите си – остава недостатъчно изследван. Обосновка на това твърдение, както и на същността на понятието *оценка на функционирането на здравната система*, са представени във въведението и в първа глава на монографията.

Изследването и тази монография са резултат от научния проект *„Оценка на здравната система в България: ефективност, равнопоставеност, устойчивост“*, финансиран от Фонд „Наука“ на Медицински университет „Проф. д-р Параскев Стоянов“ – Варна, с ръководител доц. Мария Рохова, д.у., и реализиран в периода 2018-2023 г. от екип на Катедрата по икономика и управление на здравеопазването на Факултета по обществено здравеопазване на Медицински университет – Варна. Той е естествено продължение на многогодишната изследователска и експертна дейност на Катедрата в областта на анализите на здравната система, здравната реформа и здравната политика в България. Част от по-значимите постижения на Катедрата в тази област са представени накратко в следващите редове.

През 2004 г. екип на Катедрата по икономика и управление на здравеопазването с ръководител проф. д-р Мирослав Попов, д.м.н., реализира проект на тема *„Изследване на здравната реформа в България“*, финансиран по програма *„Обществено здравеопазване“* на Фондация Институт „Отворено общество“. Като резултат него през 2007 г. е публикувано най-мощното изследване на здравната реформа у нас, обхващащо периода след 1989 г. – монографията *„Здравната реформа в България. Анализ: необходимост, развитие, резултати, перспективи“* с автори Антония Димова, Мирослав Попов и Мария Рохова.

Основа на международните сравнения на националните здравни системи е поредицата *„Здравни системи в преход“* (Health Systems in Transition) на Европейската обсерватория за здравни системи и политики. През 2010 г. Регионалното бюро на Световната здравна организация (СЗО) за Европа възложи на екипа на Катедрата по икономика и управление на

здравеопазването да разработи анализа на здравната система в България от тази поредица (Bulgaria: Health system review, 2012). В резултат на отличните отзиви от СЗО, Световната банка (СБ), други международни организации и научната общност през 2013 г. Катедрата получи покана да участва като партньор и представител за България в експертната мрежа на Европейската обсерватория за здравни системи и политики – *Health Systems and Policy Monitor (HSPM)*, поемайки ангажимент и за следващите анализи за България от поредицата *Health Systems in Transition*. През 2018 г. е публикуван последният до този момент анализ на здравната система в България.

От 2017 г., по поръчка на Европейската комисия (ЕК), Европейската обсерватория за здравни системи и политики и Организацията за икономическо развитие и сътрудничество (ОИСР) започват да издават на всеки две години обобщени стандартизирани доклади за състоянието на здравето и здравните системи на страните членки от поредицата *Здравен профил на страните* (Country Health Profiles). Основа за тези доклади са подробните анализи на здравните системи от серията *Health Systems in Transition*, чиито автори имат активно участие при изготвянето и на докладите за ЕК.

Членовете на изследователския екип са участвали и участват и в редица други научни проекти, които засягат различни аспекти на оценката на здравните системи (финансиране и финансова защита, потребителски плащания, здравно осигуряване, планиране на човешките ресурси в здравеопазването, мобилност на медицинските специалисти, интегрирани грижи и др.).

Опитът, натрупан през годините, ни вдъхна смелост да се заемем и с оценката на функционирането на здравната система в България – дейност, която в други страни по правило се извършва от органи за управление на националните здравни системи, национални институти по общественото здраве или специализирани в тази област международни организации.

Надеждата ни е, че оценката на функционирането на здравната система ще бъде разпозната от здравните власти в България като необходим процес във формирането на здравната политика и, развивайки и надграждайки се, ще се превърне в регулярна практика.

юли 2023 г.

Антония Димова

Въведение

Антония Димова, Мария Рохова

С доклада си от 1974 г. „Нова перспектива за здравето на канадците“ (A New Perspective on the Health of Canadians) канадският министър на здравеопазването Марк Лалонд (Marc Lalonde) преобръща традиционните към онзи момент представи и подходи за подобряване на здравето на обществото, измествайки вниманието от биомедицинската обусловеност на здравето и свързаното с нея предоставяне на медицински услуги към значението на средата и човешкото поведение и от там – към съществената роля, която здравната промоция и превенцията могат да имат за подобряване на здравето. Тази концепция е фундаментална за последващото развитие на схващанията за здравеопазването и за здравните политики (Tulchinsky, 2018), което развитие обаче е толкова съществено (особено през последните 30 години), че се променят коренно възприятията за самата здравна система, нейната роля и функции за подобряване на здравето на обществата. Докато Лалонд аргументира в доклада си от 1974 г., че здравната система, лимитирайки я до „системата, чрез която се предоставят индивидуални здравни услуги“, има ограничен принос за поддържането и подобряването на здравето, то съвременните разбирания за същността, целите и функциите на здравната система я превръщат в ключов фактор. Докладът на СЗО за здравето на света от 2000 г. (World Health Organization, 2000) е посветен на здравната система – на нейната голяма и нарастваща роля в живота на хората, на трите ѝ фундаментални цели: да подобрява здравето на хората, да отговаря на очакванията им и да осигурява финансова защита срещу разходи при заболяване; на четирите ѝ основни функции, които системата трябва да изпълнява едновременно и по най-добрия начин, за да постига целите си: предоставяне на здравни услуги и стоки (на индивидуално и на популационно ниво), финансиране, осигуряване на човешки и материални ресурси и ефективно управление, както и на необходимостта от подобряване на функционирането на системите в международен план. Разбирането, че „само чрез изграждането и укрепването на здравните системи ще бъде възможно да се постигнат по-добри здравни резултати“, заедно с практически насоки за развитието на системите, е заложено в Рамката за действие в областта на укрепването на здравните системи на СЗО от 2007 г. (World Health Organization, 2007). През 2008 г. 53-ма министри на здравеопазването в Европа поемат ангажимент да подобряват националните здравни системи, като осигуряват прозрачност и публичност на резултатите от функционирането им, повишават отзивчивостта на системите към

потребностите и очакванията на населението, осигуряват устойчивото им функциониране в условията на кризи и др., подписвайки Хартата от Талин на СЗО, в която е записано, че „ключова роля за подобряване на здравето на нациите имат здравните системи и те трябва да функционират добре“ (World Health Organization, 2008). Хартата бележи началото на оценката на функционирането на здравните системи в Европа като непрекъснат и систематичен процес, при който се прави не просто анализ и оценка на моментното състояние на системата, а се отчитат и анализират връзките и взаимодействията между различните ѝ елементи и областите, в които „работата“ (функционирането) на здравната система може да бъде подобрена.

През 2011 г. Съветът на ЕС започва т.нар. *Процес на размисъл за установяването на модерни, адекватни и устойчиви здравни системи*, заключенията по който насърчават страните членки „да използват оценката на функционирането на здравните системи за вземане на политически решения, отчетност и прозрачност“, като изрично се подчертава важноста на тази оценка за политическия процес (Council of the European Union, 2013). Поставен е акцент върху значението на дебатите за конструиране на концептуална рамка за оценка на функционирането на здравните системи в отделните страни.

В публикуваното през април 2014 г. от ЕК *съобщение относно ефективни, достъпни и устойчиви системи на здравеопазването*, наред с предложените действия за повишаване на ефективността, увеличаване на достъпността и повишаване на устойчивостта на здравните системи, оценката на функционирането е посочена като един от основните инструменти за постигане на тези цели (European Commission, 2014) и се превръща във водещ такъв за управление на съвременните системи на здравеопазване (Smith, 2014).

Необходимостта да се познава в дълбочина функционирането на здравната система е особено голяма и нарастваща във времена, в които обществата и системите са изправени пред редица предизвикателства като нарастващи разходи за здравеопазване, застаряване на населението, водещо до увеличаване на хроничните заболявания и мултиморбидността, както и до повишено търсене на здравни услуги, недостиг и неравномерно разпределение на медицинските специалисти, здравни неравенства и неравнопоставеност в достъпа до здравеопазване (European Commission, 2014).

В България въпреки многобройните и разнообразни (по цели, предмет и времеви обхват) анализи и оценки на здравната система няма такива, които едновременно да разглеждат здравната система в нейната цялост, отчитайки връзки, взаимодействия, функции и резултати и да

се извършват регулярно, така че да позволяват проследяването на напредъка в постигането на целите на системата и избор на насоки за подобряване на нейното функциониране и развитие. По-мощните досегашни изследвания представляват или анализи на моментното състояние на здравното състояние на населението и на здравната система с известни оценки на здравната политика в специфични области, или анализи на здравнополитическия процес на реформа, или оценка на функционирането на здравната система, но само в определена област (само по отношение на една от функциите на системата). Към първата група се отнасят анализите, изготвяни във връзка с националните здравни стратегии и годишните доклади на Националния център по обществено здраве и анализи (НЦОЗА) за състоянието на здравето (мнозинството съдържат и оценки за изпълнението на националната здравната стратегия). Годишните доклади на НЦОЗА, освен анализ на здравни и демографски показатели, детерминанти на здравето, рискови фактори, включват и раздел „Функциониране на здравната система“ (или подобни), съдържащ информация за състоянието и проблемите по отделни компоненти на здравната система (първична, специализирана, болнична помощ, лекарствоснабдяване) и функции (финансиране, осигуряване на човешки ресурси) и нямат характера на същинска оценка на функционирането на здравната система. Към тази група на по-глобални и периодични оценки се отнасят и анализите на здравната система в България от серията *Health Systems in Transition* на Европейската обсерватория за здравни системи и политики (с пет издания до момента през 1999, 2003, 2007, 2012 и 2018 г.). Анализите на здравните системи от тази серия представляват специфични доклади за отделните държави, в които по стандартизиран начин се предоставя детайлно описание на здравните системи, здравните политики и реформи, включително и оценка на системите. Поредицата включва страните от Европейския регион на СЗО, както и някои страни извън Европа. Тъй като основното предназначение на тези анализи е да подпомогнат и насърчат сравнението между държавите, споделянето на опит и основаните на доказателства здравни политики, стандартизираните подход и индикатори, които се използват, представят функционирането на здравната система на базата на налични в съответната страна данни и по общ, а не специфичен за всяка държава, модел. Същото се отнася и за докладите за състоянието на здравето и здравните системи на страните членки от поредицата *Country Health Profiles* (Здравен профил на страните), които ЕК публикува на всеки две години, започвайки от 2017 г.

Редица изследвания в България, които разглеждат цялата здравна система, са посветени на провежданата здравна реформа и нейните резултати, обхващайки различни периоди от нейното осъществяване и

използвайки собствена методика (Попов и Краев, 1994; Попов и кол., 1997 и 1998; Семерджиев, 1998; Димова и кол., 2007; Веков, 2009; Комитов и Генов, 2009; Делчева, 2009 и др.). Тези изследвания са много полезни, тъй като осигуряват достатъчен по обем и надеждна информация за процеса на реформа и състоянието на здравната система в различни периоди от нейното развитие, която, в исторически план, може да обясни някои специфики на функционирането на здравната система към настоящия момент (а вероятно и в бъдеще), осигурявайки по този начин допълнителен контекст за оценката на функционирането на системата.

Други изследвания, но с епизодичен характер, засягат отделни аспекти на и резултати от функционирането на здравната система (ефективност, достъпност, качество, финансова защита, здравно състояние). Такива изследвания предоставят данни и информация относно специфични проблеми пред българската здравна система, които, поради ограничения си обхват и липсата на систематичност и периодичност, могат да послужат основно за насочване на оценката на функционирането на здравната система към определени приоритетни за страната ни предизвикателства.

Значимостта на оценката на функционирането на здравните системи за здравните политики и развитието на системите в отделните страни членки на ЕС и все по-нарастващата роля на европейските институции в това отношение, както и значителното изоставане на българската здравна система от принципите, целите и резултатите на здравните системи в другите европейски държави, определят належащата потребност от разработване на концептуална рамка за оценка на функционирането на здравната система в България и единна методика, въз основа на която да се извършва периодична оценка. Тази оценка трябва да позволява едновременно открояването на насоки за подобряване на функционирането и развитието на системата и проследяване на напредъка в постигането на целите на здравната политика. С разбирането за тази потребност, през 2018 г. Катедрата по икономика и управление на здравеопазването започна проекта „Оценка на здравната система в България: ефективност, равнопоставеност, устойчивост“, чиято водеща цел е да се разработи и апробира концептуален модел за оценка на функционирането на здравната система в България, придружен от комплекс от критерии и показатели за осъществяване на оценката. Изпълнението на тази много амбициозна цел изисква приложението на възможно най-обективен (*sine ira et studio*) и комплексен (а в нашия случай и интердисциплинарен) подход, многокомпонентна методика и време, по-съществените епизоди от които са представени в следващите редове.

За да разработим модел за оценка на функционирането на здравната система в България, който да се основава напълно на фундаменталните общоприети концепции в областта и едновременно с това да отчита националните особености (което е присъщо необходимо за всяка държава в този процес), беше необходимо, първо, да направим пълно и задълбочено изследване на съществуващите концепции, подходи и модели за оценка на функционирането на здравните системи, разработени от международните организации и отделните държави, както и на схващанията за „здравна система“ (health system) и цели на функционирането ѝ като ефективност (effectiveness), равнопоставеност (equity) и издръжливост (resilience). Концепциите, подходите и специфичните модели за оценка на функционирането на здравните системи са вложени в т.нар. концептуални рамки, които се използват за оценка в съответната държава. Резултати от проучването ни в тази област са представени в точки 1.2. и 1.3. Най-общо концептуалните рамки представляват модел на здравната система, отразяващ взаимовръзки и зависимости между нейните структурни елементи и цели, както и факторите, от които зависят постигнатите резултати (виж т. 2.1.). Градивните елементи, компонентите на тези концептуални рамки са измеренията (дименсии, dimensions), по отношение на които се анализира и оценява функционирането на системата, представени чрез комплекс от критерии и индикатори.

Изследването на концептуалните рамки на различните държави ни позволи да открием и систематизираме съществените за България компоненти (дименсии), които, имайки предвид и особеностите на българската здравна система, би следвало да бъдат включени в концептуалната рамка за България. Освен отделните компоненти, важни са и връзките между тях. Именно в своята цялост, компоненти и връзки формират концептуалния модел за оценка на функционирането на здравната система в България, представен в точка 2.1. Във връзка със същността, целите и предназначението на оценката (виж т. 1.1) основните измерения в концептуалната рамка се отнасят до целите на здравната система. Изборът на конкретни критерии и индикатори за България по всяко измерение се основава на систематичен анализ на същността и съдържанието на съответните компоненти, използвани в концептуалните рамки на други страни (т. 1.2 и 1.3), както и на специфичните особености на българската здравна система.

За апробирането на концептуалния модел за оценка на функционирането на здравната система в България приложихме прескриптивни здравнополитически анализи на състоянието на системата и нейните резултати (свързани със здравното състояние, детерминанти на здравето, осигуреност с ресурси и тяхното разпределение и др.) и

дескриптивни анализи за оценка на здравната политика и отражението ѝ върху ефективността, равнопоставеността и издръжливостта на здравната система, проведохме и собствено национално представително социологическо изследване на нагласите, възприятията и опита на гражданите относно функционирането на здравната система в България. Използвахме статистически методи за анализ на количествените данни от изследването с акцент върху установяване на достоверността на резултатите и разкриване на значими зависимости. Резултатите, заедно с по-подробно описание на приложената методика, са представени в глава 3. В края на монографията е представена обобщена интерпретация на резултатите от оценката, както и препоръки за развитие на самата оценка така, че да се превърне тя в регулярна, периодична оценка на функционирането на здравната система при формулирането на цели и избор на адекватни стратегии за тяхното постигане.

В цялостното изследване използвахме огромен по обем и разнообразие източници на информация. За конструирането на концептуалната рамка за България използвахме публикации на водещите в областта на здравеопазването и здравните политики световни и европейски организации като СЗО, ОИСР, Европейската комисия и Европейската обсерватория за здравни системи и политики, както и публикации в научните бази Scopus, Science Direct, PubMed, Web of Science и др. За оценката на всяка от дименсиите в рамката използвахме налични данни на Националния статистически институт (НСИ), НЦОЗА, Министерство на здравеопазването (МЗ) и Регионалните здравни инспекции (РЗИ), Националната здравноосигурителна каса (НЗОК), както и бази данни на СЗО, ЕК, ОИСР и СБ, като добавихме и нови данни от собственото ни социологическо проучване сред гражданите. Използвахме документи и доклади на национални и международни институции и организации, нормативни и здравнополитически документи, като концепции, стратегии, програми за целите на анализа на специфичния контекст на българската здравна система и факторите, оказващи влияние върху нейното функциониране.

Библиография:

Веков Т. (2009). Здравната реформа в България: 1999-2009. Резултати, мнения и препоръки. София: Сиела.

Делчева Е. (2009). Повишаване на конкурентоспособността на здравеопазването в България. София: Авангард Прима.

Димова А, Попов М, Рохова М. (2007). Здравната реформа в България: анализ. София: Институт Отворено общество.

Комитов Г, Генев С. (2009). Мениджмънт на ресурсите – приоритет на здравната реформа. София: Горекспрес.

Попов М, Краев З. (1994). Здравната реформа – политика и стратегия в условията на пазарна икономика. Фондация „Свободна инициатива“, № 34 от поредица „Проблеми на прехода в България“.

Попов М. (ред.) Здравната реформа в България. София: Македония-Прес, част първа (1997) и част втора (1998).

Семерджиев И. (1998). Общи параметри на здравната реформа в България. В: Министерство на здравеопазването. Национална конференция по здравната реформа в Република България. 24-25.04.1998 г., София: Македония-Прес, с. 12-59.

Council of the European Union. (2013). Council Conclusions on the Reflection Process on Modern, Responsive and Sustainable Health Systems, 10 December 2013.

European Commission. (2014). Communication from the Commission. On effective, accessible and resilient health systems. Brussels, COM(2014) 215 final. Available at: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/en/ALL/?uri=CELEX%3A52014DC0215>.

Smith P. (2014). Health System Performance Assessment. European Commission. Available at: <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=12631>.

Tulchinsky TH, Lalonde M. The Health Field Concept and Health Promotion. Case Studies in Public Health. 2018:523–41.

World Health Organization. (2000). The World health report 2000. Health systems: Improving performance. World Health Organization. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42281>.

World Health Organization. (2007). Everybody's business - strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. World Health Organization. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43918>.

World Health Organization. Regional Office for Europe. (2008). The Tallinn Charter: Health Systems for Health and Wealth. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349648>.

1. Оценка на функционирането на здравните системи

1.1. Същност, цели и предназначение на оценката

Мария Рохова

Как функционират здравните системи, защо постигат (или не успяват да постигнат) определени резултати и дали тези резултати са възможно най-добрите при определено равнище на вложените ресурси са въпроси, които занимават международните организации, учени и експерти. Мониторингът, измерването и оценката на качеството на здравните услуги, на резултатите от работата на отделни изпълнители на медицинска помощ, програми, дейности и сектори в здравеопазването са във фокуса на вниманието на академичната общност и политиците от няколко десетилетия. С развитието на практиката и научните изследвания в тази насока се обработват все повече данни, използват се множество показатели и постоянно се актуализират инструментите за измерване и оценка. При това водещо значение има информацията, която се събира и анализира на различни равнища – от организационно (на отделните лечебни и здравни заведения) до системно (за цялата здравна система). Ролята на информацията за управлението е добре известна – тя е ключова за вземане на решения и поддържа „способността“ на здравната система да постига по-добри резултати, свързани със здравното състояние на населението (Paranicolas and Smith, 2013). От избора на най-подходящо лечение за пациентите, през мониторинг на безопасността и ефикасността на здравните услуги в лечебните заведения до проследяване на резултатите за здравето на населението и тяхното отчитане пред обществеността информацията служи на всички участници в здравната система – пациенти, медицински специалисти, мениджъри, политици, граждани (Smith et al., 2009.).

Опитите за оценка на функционирането на здравната система, разглеждана в нейната цялост, а не само като отделни изпълнители и сектори, започват още през 90-те години на 20-и век. В държави като Австралия, Канада, САЩ и Великобритания започва да се прилага систематичен подход, като се обобщават множеството разнообразни показатели, използвани за мониторинг и оценка на дейности, програми и резултати в здравеопазването. В началото тези опити се свеждат до класифициране и обобщаване на отделните показатели по начин, който осигурява необходимата информация на политици, експерти и широката общественост. Пример за това е инициативата на Канадския

институт за здравна информация от 1999 г., чиято цел е да определи какви показатели трябва да бъдат използвани за оценка на здравното състояние и на здравната система, като в следствие събира и оповестява необходимата информация (Canadian Institute for Health Information, 1999). Създадената *Рамка на здравните показатели* (Health Indicators Framework) е предназначена основно за наблюдение на резултатите, свързани със здравното състояние на населението и работата на здравната система, и проследяване на техния прогрес във времето, без да се опитва да моделира връзките между отделните измерения на функционирането на системата и да обясни получените резултати (Canadian Institute for Health Information, 2012).

Стъпвайки на опита на Канада, през 2000 г. Австралия предлага *Национална рамка за функционирането на здравната система* (National Health Performance Framework), чието предназначение е да осигури структуриран подход при оценката, който дава възможност да се идентифицират тенденции и модели при сравнителния анализ между отделни периоди (National Health Performance Committee, 2001). Предложената през 1999 г. във Великобритания *Рамка за оценка на функционирането на Националната здравна служба* (NHS Performance Assessment Framework) е конструирана да насочва вниманието на здравните власти към проблемите и „тесните места“ във функционирането на системата, които се нуждаят от допълнителни изследвания и анализ, от една страна, както и да оцени работата на самата Национална здравна служба, от друга (National Health Service Executive, 1999).

На този етап оценката на функционирането на здравната система се фокусира основно върху систематизиране на информация, необходима за вземане на решения и проследяване на напредъка в усилията за справяне със здравните предизвикателства. Значителен напредък в това отношение внасят инициативите на СЗО и ОИСР, които в началото на 21-ви век поемат лидерството при международните сравнения на функционирането на здравните системи. В доклада си от 2000 г. СЗО прилага холистичен подход към оценката, включващ дефиниция за здравна система, нейните цели и основни функции (World Health Organization, 2000). Концептуалната рамка, предложена година по-рано от С. Murray и J. Frenk, не просто систематизира информация, необходима за оценката, а представя модел на самата здравна система и начина, по който тя функционира, като проследява връзката между функциите, които изпълнява, и постигнатите резултати (Murray and Frenk, 2000). През 2001 г. ОИСР стартира проект *Показатели за качество на здравеопазването* (Health Care Quality Indicators), чиято цел е да предложи набор от показатели, които да се използват за измерване

на качеството и концептуална рамка за оценка на функционирането на здравната система (Hurst and Jee-Hughes, 2001). Опит за улесняване на международните сравнения е поредицата *Здравни системи в преход* (Health Systems in Transition) на Европейската обсерватория за здравни системи и политики. Моделът, по който се подготвят анализите на здравните системи на отделните държави, стъпва върху концептуалната рамка на СЗО и дава възможност за детайлно описание на системата, проследяване на нейното развитие и оценка (Mossialos et al., 2007).

С инициативите на СЗО и ОИСР се поставя началото на нов етап в оценката на функционирането на здравните системи и ролята на международните сравнения при нейното провеждане. Съществуващите разлики по отношение на здравното състояние на населението и здравните неравенства между страни със сходно равнище на ресурси, отделяни за здравеопазване, се отдават до голяма степен на начина, по който здравните системи функционират, на техния дизайн, организация и управление (Murray and Frenk, 2000). Поради това международните сравнения разкриват голям потенциал за споделяне на опит, добри практики и работещи решения на сходни предизвикателства, пред които са изправени здравните системи на отделните страни. Сравнителните оценки предоставят възможност за определяне на стандарти (benchmarks) чрез изследване на резултатите на други държави, с чиято помощ може да се определи в кои области националната здравна система се представя над или под очакванията (Papanicolas and Smith, 2013; Carinci et al., 2015).

Ползите от международните сравнения дават стимул за развитието на концептуалните рамки за оценка на функционирането на здравната система и тяхната операционализация посредством система от показатели и инструменти за измерване и анализ. Много водещи международни организации, учени и експерти насочват усилията си в посока на усъвършенстване на начина, по който се измерват резултатите от работата на здравната система, и се анализират факторите, оказващи влияние върху тези резултати. С работата на СЗО и ОИСР, инициативите на Европейската комисия (ЕК), Европейската обсерватория по здравни системи и политики (European Observatory on Health Systems and Policies), Фонда на Общността на нациите (The Commonwealth Fund), Институтът по здравни показатели и оценки (Institute for Health Metrics and Evaluation) и практиката на отделните държави постепенно оценката на функционирането се превръща в „обичайно явление“, част от управлението на здравната система, както и в обща „платформа“ за споделяне на експертен опит. Във водещ стимул за провеждане на оценката се превръща това, че тя осигурява разбиране за движещите сили на функционирането, причините за постигнатите резултати,

потенциала за подобрене и насоките за търсене на възможни решения (Paranicolos and Smith, 2013) и в крайна сметка стимулира развитието на здравната система (Kelley and Hurst, 2006).

Причините за нарастващия интерес към оценката на функционирането са добре известни и обичайно се свързват с проблемите и предизвикателствата, пред които са изправени здравните системи на много държави в началото на 21-ви век. Политическите дебати за здравеопазването през последните десетилетия са доминирани от опасения относно устойчивостта на системите, възможностите им да поддържат и повишават качеството на услугите, за да отговорят на все по-високите очаквания на обществото (McLoughlin et al., 2001). Напредъкът в технологиите и нарастващите здравни потребности на населението увеличават натиска върху здравните разходи, чийто ръст често изпреварва растежа на брутния вътрешен продукт (БВП). Тези предизвикателства повдигат въпроса за ефективността на инвестициите в здравеопазването и техния принос за подобряване на здравното състояние и повишаване на качеството на живот (Figueras and McKee, 2012). Наред с това здравните системи се развиват в среда, отличаваща се с висока степен на несигурност и нестабилност. Те трябва да се справят с редица проблеми на застаряващото население, увеличаване на хроничните заболявания и разпространение на епидемии от заразни болести, да отговорят на променящите се възприятия за ролята на държавата, развитието на гражданското общество и приноса на частния сектор, като едновременно с това да преодоляват все по-задълбочаващите се здравни неравенства и негативните последици от дефектите на пазара на здравни услуги (Murray and Evans, 2003; Kelley and Hurst, 2006).

Оценката на функционирането на здравната система се развива заедно с развитието на самата система и еволюиращите потребности от информация и при нарастващ натиск за добавена стойност на инвестициите в здравеопазването. Усилията се насочват към конструиране на модел на самата здравна система, с помощта на който да се обяснят зависимостите в нея – не само да се направи ретроспективна оценка на онова, което е постигнато, но и да се изучават и познават „лостовете“ и механизмите, които водят до получените резултати. Здравната система, както всяка друга система, включва взаимосвързани части, които трябва да работят заедно, за да се получи желаният ефект. Това предполага, че промените в една област имат отражение и в други части на системата, а взаимодействието между отделните ѝ елементи е от съществено значение за постигане на по-добри резултати (Murray and Evans, 2003).

Концептуалните рамки за оценка на функционирането на здравната

система също се променят – от „моментна снимка“ на състоянието на системата започват да разглеждат функционирането като динамичен процес, при който е важно да се анализират връзките и взаимодействията между различните елементи и областите, в които може да се подобри нейната работа. Оценката трябва да подпомага избора на приоритети за развитие на системата, да позволява идентифицирането на факторите, които оказват влияние върху резултатите и да стимулира разработването на политики, основани на доказателства, и чрез това – да се постигнат по-добри резултати за здравето на обществото (Murray and Frenk, 2000; Murray and Evans, 2003). Систематичното събиране и анализ на данни за функционирането на здравната система се възприема като ключова стъпка в усилията за повишаване на качеството на здравеопазването, подпомагаща политиките и изследователите да разпознаят областите, които се нуждаят приоритетно от подобрене, да наблюдават тенденциите във времето и да формулират успешни политики за справяне с предизвикателствата (Kelley et al., 2005). Освен това оценката на функционирането се съсредоточава обикновено върху проблеми и предизвикателства в здравната система, чието решаване изисква широко участие на заинтересованите страни, а самото извършване на оценката подпомага постигането на консенсус относно това, кое е важно да се измерва, как това да се случи и по какъв начин да се определят приоритетните области, нуждаещи се от подобрене.

Хартата от Талин, приета през 2008 г. от държавите членки на Европейския регион на СЗО, дава нов тласък на оценката на функционирането на здравните системи в Европа. Според документа „ключова роля за подобряване на здравето на нациите имат здравните системи и те трябва да функционират добре“ (World Health Organization. Regional Office for Europe, 2008). С подписването на Хартата от Талин 53-ма министри на здравеопазването в Европа поемат ангажимент да подобряват националните здравни системи, като осигуряват прозрачност и публичност на резултатите от функционирането им, повишават отзивчивостта на системите към потребностите, предпочитанията и очакванията на населението, осигуряват устойчивото им функциониране в условията на кризи и др. Оценката на функционирането се разглежда като надежден инструмент за изпълнение на поетите ангажименти (Kruk and Freedman, 2008). Като цяло нарастващият интерес към инициативите за оповестяване на данните за функционирането на здравната система е предизвикан от усилията за стимулиране на прозрачността и убеждението, че публичното отчитане на резултатите ще помогне за подобряване на работата на системата (Veillard et al., 2015). Показателите, които се използват за оценката, както и резултатите от анализите, които се докладват, удовлетворяват информационните потребности на различни

аудитории – ръководители на различни нива, политици, представители на изпълнителите и пациентите и обществеността като цяло.

Необходимостта от систематично оценяване на функционирането на здравната система е разпозната и в ЕС в контекста на предизвикателствата, с които се сблъскват държавите членки. Още през 90-те години на 20-и век ЕК финансира няколко проекта за изграждане на база данни *Здравни показатели на Европейската общност* (European Community Health Indicators). Показателите са специално разработени, за да отговорят на потребностите от информация в областта на общественото здраве и да подкрепят основаното на доказателства изготвяне на политики в държавите членки и ЕС като цяло. През годините системата от показатели се развива и през 2013 г. е наречена *Европейски основни здравни показатели* (European Core Health Indicators), включваща данни за 88 показателя, които могат да се използват за оценка на здравните системи (Public Health Evaluation and Impact Assessment Consortium, 2013). През 2010 г. ЕК финансира и проекта EuroREACH, чиято основна цел е да се подобри достъпът до данни, свързани със здравеопазването, като по този начин се улеснят сравненията между страните и оценката на здравните им системи (European Commission, 2019).

През 2011 г. Съветът на ЕС инициира т.нар. Процес на размисъл за установяването на модерни и устойчиви здравни системи, отговарящи на очакванията на потребителите (Council of the European Union, 2011). Заключениета по този процес изрично подчертават важността на тази оценка за политическия процес (Council of the European Union, 2013).

През април 2014 г. ЕК публикува *Съобщение относно ефективни, достъпни и устойчиви системи на здравеопазването*, в което се предлагат действия за повишаване на ефективността, увеличаване на достъпността и повишаване на устойчивостта на здравните системи (European Commission, 2014). Оценката на функционирането на здравната система се разглежда като един от основните инструменти за постигане на целите и подобряване на резултатите в здравеопазването. Съветът на здравните министри в ЕС приканва Европейската комисия да подпомага страните при изготвяне на оценката.

В резултат от тези инициативи и препоръки през 2014 г. ЕК формира Експертна група за оценка на функционирането на здравните системи (Expert Group on Health Systems Performance Assessment), чиито основни задачи са да предостави на държавите форум за обмяна на опит и да подкрепи формулирането на здравни политики чрез разработване на методология и идентифициране на инструменти за осъществяване на оценката. Всяка година експертната група се фокусира върху различни области на оценката като качество на здравните услуги (2015 г.),

интегрирани грижи (2016 г.), първична помощ (2017 г.), ефективност (2018 г.), издръжливост на здравната система (2019-2020 г.) и достъп (2020-2021 г.), предлагайки методи, показатели и инструменти за тяхното измерване, анализ и оценка (European Commission, 2023). През 2016 г. стартира инициативата Състояние на здравето в Европейския съюз, съвместно с ОИСР и Европейската обсерватория за здравни системи и политики, която също включва някои елементи на оценка на здравните системи по отношение на ефикасността и достъпа до здравни услуги и издръжливостта на системата при сътресения и кризи.

В резултат от множеството международни и европейски инициативи и проекти се засилва интересът към оценката на функционирането на здравната система и в отделните държави. Проучване, проведено през 2013 г., показва, че 13 държави членки на ЕС извършват оценка на здравните си системи на национално или на регионално равнище (Smith, 2014). През 2018 г. в доклад на СЗО са идентифицирани 30 държави от европейския регион на организацията, които правят такива оценки (Fekri et al., 2018), а към тях можем да причислим и страни извън Европа като Канада, САЩ, Австралия и Нова Зеландия, които са едни от пионерите в това отношение.

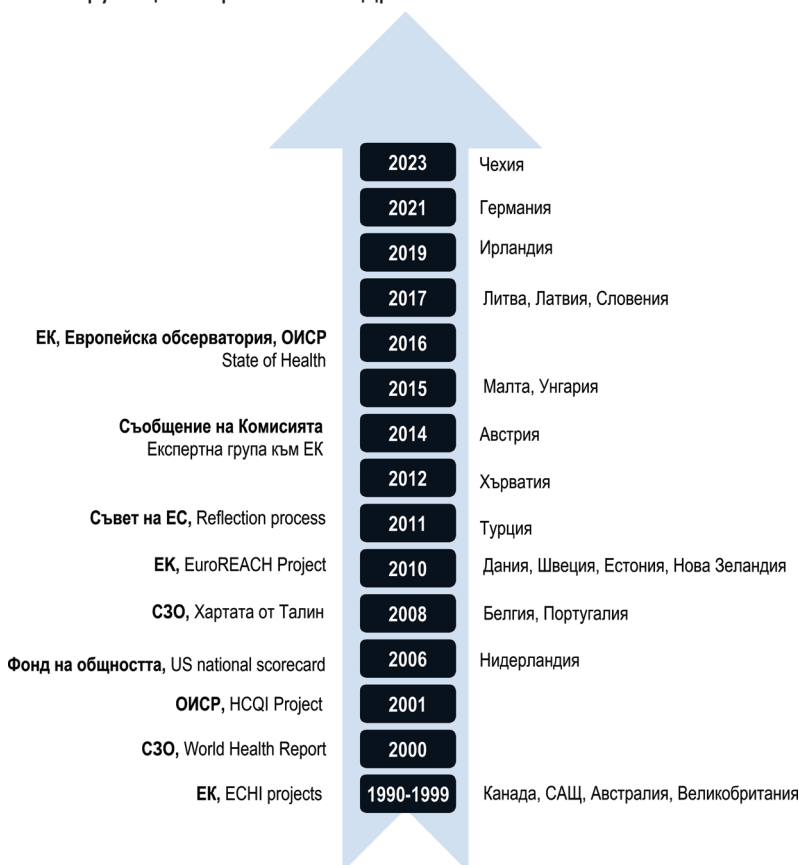
На фигура 1.1 е представено развитието във времето на различните инициативи, свързани с оценката на функционирането на здравната система, които са реализирани от международни организации, ЕК или отделни държави, без да изчерпва всички такива. Много други държави извън ЕС също извършват оценка под някаква форма.

Оценката на функционирането на здравните системи е от съществено значение за разбирането на начина, по който те работят, и следователно за начините, по които могат да се подобрят резултатите от тяхната работа. Тя се дефинира като специфичен за всяка държава процес на мониторинг, измерване, анализ и оповестяване на напредъка при изпълнение на здравните стратегии и постигане на целите на здравната система (World Health Organization. Regional Office for Europe, 2012b). развитието на начина, по който оценката се извършва и използва през годините, добавя различни аспекти към нейното предназначение, които могат да се обобщат по следния начин (World Health Organization. Regional Office for Europe, 2012a; Smith et al., 2018):

- да осигурява доказателства в подкрепа на вземането на решения и определяне на приоритети в здравната политика;
- да подпомага формулирането на политики и координирането на различните програми и дейности в рамките на здравната система;

- да насочва разпределението на ресурсите за повишаване на ефективността на здравната система;
- да измерва напредъка в постигането на целите на системата;
- да проследява ефекта от здравните реформи и изпълнението на националните здравни стратегии, като осигурява информация за тяхното адаптиране и промяна при необходимост;
- да служи като платформа за постигане на консенсус и обща визия за развитието на здравната система сред всички заинтересовани страни;
- да гарантира прозрачността и насърчава отчетността за работата на здравната система;
- да осигурява основа за международни сравнения с цел споделяне на опит и знания и трансфер на добри практики.

Фигура 1.1. Международни, европейски и национални инициативи за оценка на функционирането на здравната система



Въпреки че оценката е специфична за всяка държава, има общоприети принципи, утвърдени от добрите практики на отделните страни (World Health Organization. Regional Office for Europe, 2009; World Health Organization. Regional Office for Europe, 2012b):

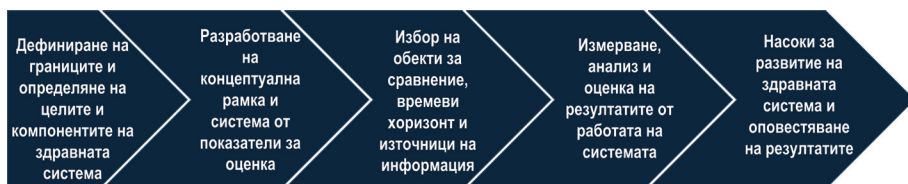
- (1) Оценката се фокусира върху здравната система в нейната цялост, а не върху отделни програми, услуги или изпълнители. Тя е всеобхватна, балансирана и включва всички сектори в тяхната съвкупност, изхождайки от принципа, че резултатите от функционирането на системата като цяло са по-големи от сбора на резултатите от работа на отделните ѝ компоненти.
- (2) Оценката се извършва въз основа на специфична за страната концептуална рамка, която е разработена по начин, обхващащ цялата здравна система. Тази рамка трябва да отразява взаимодействията между компонентите на здравната система, както и влиянието на ключови фактори извън здравната система и връзките с други обществени системи, като същевременно поддържа холистичната перспектива на системата. Тя осигурява структурирана основа за оценката – избор на показатели, интерпретация на резултатите и разработване на препоръки и стратегии за подобряване на резултатите.
- (3) Целите на здравната система трябва да бъдат формулирани чрез очакваните крайни резултати от нейното функциониране като подобро здравно състояние на нацията, а не като количествено измерение на ресурсите и процесите като брой медицински специалисти или брой здравни услуги. Равнопоставеността е задължителна перспектива при оценката и трябва да бъде интегрирана във всяка стъпка от процеса – от разработване на концептуалната рамка, през избора на показатели и анализа на данните до формулиране на препоръки за политики.
- (4) Оценката се съобразява със специфичните приоритети на държавата и националната здравна система, които са отразени в избраните показатели. Формата на оценката е специфична за отделните системи.
- (5) Когато е възможно напредъкът при постигане на целите на здравната система трябва да бъде количествено определен с помощта на надеждни показатели и инструменти за анализ. Количествените показатели се подкрепят при тяхната интерпретация с качествени оценки и сравнителен анализ – времеви тенденции, регионални или международни сравнения или сравнения със стандарти или предварително зададени критерии. Целта е не просто да се измерят и представят резултатите, а да се анализира и оцени начинът, по

който са постигнати – политики, стратегии и решения, довели до тези резултати.

- (6) Оценката на функционирането на здравната система е регулярен процес, интегриран в процеса на формулиране и изпълнение на здравната политика. Тя не е обвързана във времето от планове за реформи, въпреки че формата ѝ може да бъде актуализирана периодично, за да отразява промяната в приоритетите. Оценката трябва да очертае перспективи за бъдещо развитие, да подпомогне избора на приоритети и вземането на политически решения. Начинът, по който се оповестяват резултатите от оценката, се определят предварително и трябва да гарантират нейната прозрачност.
- (7) От ключово значение е да се ангажират заинтересованите страни на всички етапи от оценката на функционирането на здравната система и да се осигури тяхното участие.

Въз основа на изследванията и препоръките на международните организации и на практиката в отделните държави могат да се синтезират няколко основни етапа при подготовката и провеждане на оценката (Фигура 1.2).

Фигура 1.2. Основни етапи в процеса на оценката на функционирането на здравната система



Необходимо е да се отбележи, че представеният на фигура 1.2 процес обхваща етапите на първоначалното извършване на оценката, при което е необходимо да се очертаят спецификите на националната здравна система и на тази основа да се разработи концептуален модел (или рамка) за оценка, придружен от надежден набор от показатели. При периодичното ѝ осъществяване концептуалният модел и наборът от показатели могат да се променят, актуализират и усъвършенстват при необходимост, като при това се гарантира сравнимост на резултатите от работата на здравната система във времето (Рохова и кол., 2019).

Оценката на функционирането на здравната система се превръща в основен инструмент при управлението на съвременните здравни системи

(Papanicolas and Smith, 2013), като дава възможност за превръщането на ценностите в действия, насочени към постигане на по-висок стандарт на здравеопазване (World Health Organization. Regional Office for Europe, 2012b). Тя не е просто доклад, в който се оценяват резултатите от работата на системата, а непрекъснат процес на измерване и анализ, даващ възможност за основан на доказателства подход при създаването на политики, като свързва резултатите със стратегиите и функциите на здравната система.

1.2. Концептуални рамки за оценка на функционирането на здравната система, предложени от международни организации

Елка Атанасова

Ролята на международните организации в оценката на функционирането на здравната система е разгледана в доклада на СЗО *Укрепване на здравните системи за подобряване на здравните резултати* (Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes). В него се подчертава, че международните организации имат значим принос за насърчаване на използването на съпоставими между страните данни и осигуряване на по-голямо участие на обществеността и медиите в контрола над здравната система (World Health Organization, 2007). Интернационалните сравнения също така могат да подтикнат отделните държави да разработят собствена концептуална рамка, с която да проследяват и оценяват работата на здравната система по един по-методичен начин. Въпреки отделните усилия за измерване на резултатите, анализите, посветени на оценката на функционирането на здравната система, стават по-популярни след публикуването на Световния доклад за здравето на СЗО от 2000 г. (World Health Organization, 2000).

През първото десетилетие на 21-ви век, международните организации работят усилено в създаването на международни рамки (общи концептуални модели), които имат за цел да осигурят по-добро разбиране за здравната система, нейните цели, структура и факторите, влияещи върху функциониране ѝ. В настоящата част от изследването са представени накратко, в хронологичен план най-използваните международни концептуални рамки за оценка на функционирането на здравната система.

Концептуална рамка на СЗО от 2000 г.

Първата концептуална рамка на СЗО за оценка на функционирането на здравната система е разработена от С. Murray и J. Frenk през 1999 г. (Murray and Frenk, 2000). Нейното предназначение е да сравни (и впоследствие ранжира) здравните системи на 191 държави по отношение на постигането на три вътрешноприсъщи за системата цели, определящи и крайните резултати от нейната работа – подобряване на здравето, чувствителност към очакванията на потребителите и справедливо финансиране (improvement of health, responsiveness, fairness in financial contribution) (Murray and Frenk, 2000). Резултатите по отношение на здравето на населението трябва да бъдат измервани в различни етапи от живота на индивидите и да се отчитат ефектите от заболяемостта и преждевременната смъртност. Чувствителността към очакванията включва два основни компонента – уважение към личността и ориентация към потребителя. Уважението към личността е свързано със зачитане на достойнството и автономността на пациента, както и осигуряване на условия за конфиденциално споделяне на информация. Ориентацията към потребителя отразява способността на системата да се отзовава на нуждите и потребностите на пациента, възможностите за социална подкрепа, осигуряване на материални удобства и гарантиране на правото на избор. Финансовата защита (определяна още и като справедливо финансиране) акцентира върху ограничаването на финансовия риск, така че да не се допуска обедняване на индивидите и домакинствата поради високи здравни разходи, а здравните осигуровки да са съобразени с разликата в разполагаемия доход.

Murray и Frenk дефинират здравната система като използват идеята за „действие, насочено към здравето“ (health action). То се определя като набор от дейности, чиято основна цел е подобряване или поддържане на здравето. От тази гледна точка здравната система включва ресурсите, участниците и организациите, свързани с финансирането, регулирането и предоставянето на подобни дейности (Murray and Frenk, 2000). Това определение обхваща всички дейности, чиято основна цел е свързана с подобряване на здравето, като същевременно се изключват тези дейности, които могат да повлияят върху здравето, но чиято основна цел не е насочена директно към него (напр. политиките, насочени към намаляване на равнището на бедност, ще повлияят за подобряване на здравето, но това не е основното им намерение).

За да изяснят начина, по който здравната система функционира, Murray и Frenk правят разграничение между вътрешноприсъщи и инструментални цели (intrinsic and instrumental goals). Те определят вътрешноприсъщата цел като краен резултат от работата на системата (напр. подобряване

на здравето), докато инструменталните цели са тези, които допринасят за постигането на вътрешноприсъщите цели (напр. достъп до здравни услуги, качество на извършените здравни услуги и др.). Според авторите от решаващо значение при оценката е да се разбере конструкцията на самата система и кои компоненти допринасят за постигането на нейните вътрешноприсъщи цели и цялостното ѝ функциониране (Murray and Frenk, 2000). Във връзка с това рамката обхваща четири основни функции на здравната система – финансиране, предоставяне на услуги, генериране на ресурси, регулиране и надзор.

Концептуална рамка на ОИСП от 2001 г.

Организацията за икономическо сътрудничество и развитие (ОИСП) не закъснява в разработването на своя концептуална рамка, която е публикувана през 2001 г. и включва много от характеристиките на рамката на СЗО от 2000 г. Рамката на ОИСП използва и подобен подход, като служи за оценяване на това как функционира здравната система в смисъл на степента, в която тя постига целите си. За разлика от СЗО обаче, ОИСП не предвижда изчисляването на общ индекс за оценка на функционирането на здравните системи и изготвяне на класация на страните. Освен това рамката приема по-тясна дефиниция за границите на здравната система от тази, използвана от СЗО. В нея не се обхващат дейностите по опазване на общественото здраве или други въпроси, засягащи функционирането на здравната система в по-широк аспект от предоставянето на здравни услуги (Hurst and Jee-Hughes, 2001).

Трите вътрешноприсъщи цели на рамката на ОИСП са подобряване на здравето, чувствителност към очакванията на потребителите и финансово участие и здравни разходи. Важно е да се отбележи, че в рамката се включва измерението ефективност, което не е крайна цел на системата, а се отразява в равнището на постигане на целите. При конструирането на рамката ефективността е разгледана като микро- и макроикономическа. Микроикономическата ефективност включва сравняване на постигнатата производителност (съотношението на получения резултат към вложените ресурси) на здравната система по отношение на максимално достижимата производителност. Макроикономическата ефективност е свързана с общите разходи за здравеопазване и тяхната добавена стойност в сравнение с разходите за други сектори.

Рамка на Световната банка (Control Knobs Framework) от 2003 г.

Рамката на Световната банка „Control Knobs“ е предложена от Roberts и кол. (2008) въз основа на опита от въвеждането, осъществяването и

оценката на реформите в здравната система. Тази рамка дефинира здравната система като „набор от взаимоотношения, при който структурните компоненти и техните взаимодействия са асоциирани с целите, които системата желае да постигне“. Рамката описва пет „контролни бутони“ на системата (Roberts et al., 2008):

- финансиране – включва механизмите за набиране на финансовите средства за здравеопазване и разпределението на тези средства в системата;
- механизми за заплащане – заплащане на медицинските професионалисти и стимули за повишаване на производителността на труда;
- организация – организация и управление на подсистемите за предоставяне на здравни услуги;
- регулиране – изисквания, определени от държавата за управление и контрол на организациите и изпълнителите на здравни услуги;
- поведение – въздействие върху поведението на изпълнителите на здравни услуги и потребителите чрез различни интервенции, оказващи влияние върху нагласи, вярвания, отношение и културни норми.

Тези контролни бутони могат да се използват от политиците за постигане на целите на здравната система. Те оказват пряко влияние върху междинните резултати от функционирането на системата – ефективност, качество и достъп, като по този начин подпомагат постигането на крайните цели на здравната система – подобряване на здравето, удовлетвореност на потребителите и защита от финансов риск. Рамката „Control Knobs“ е използвана като основа за Програмата за укрепване на здравните системи на Световната банка (Roberts et al., 2008).

Концептуална рамка на Фонда на общността (Commonwealth Fund Framework for a High Performance System) от 2006 г.

Фондът на общността (The Commonwealth Fund) е частна американска фондация, която има за цел да подобрява работата на здравната система чрез провеждане на независими изследвания на практиката и политиката в здравеопазването. През 2005 г. Фондът създава комисия, която да разработи стратегия за развитие на здравната система, която да осигурява значително разширяване на достъпа, по-високо качество на здравните услуги и по-ефективно функциониране на системата, особено за най-уязвимите групи в обществото. Сред първите дейности на тази комисия е създаване на рамка, която определя добре функциониращата

здравна система като такава, „която помага на всеки, доколкото е възможно, да води дълъг, здравословен и продуктивен живот“ (Commonwealth Fund, 2006). За да бъде постигнато това, е необходимо:

- да има ясна национална стратегия;
- да се осигурят интегрирани здравни услуги от групови практики или клиники, свързани като „виртуални системи“ за грижа;
- да се разработят и мониторират показатели за здравни резултати, качество на здравните услуги, достъп до здравни услуги, здравни неравенства и ефективност. Показателите дават възможност за определяне на различията между най-добре и най-слабо представящите се изпълнители на здравни услуги, които впоследствие дават възможност за предприемане на подходящи мерки.

Според комисията една добре функционираща здравна система има четири основни цели: висококачествени и безопасни здравни услуги, достъп до здравни услуги за всички, ефективни здравни услуги и повишаване на капацитета на системата. В дизайна на рамката всяка от тези четири цели включва от четири до пет критерия, за които са подбрани съответни показатели за оценка на функционирането на системата (Commonwealth Fund, 2006).

Концептуална рамка Показатели за качество на здравеопазването (Health Care Quality Indicators) на ОИСП от 2006 г.

Стъпвайки върху опита на международна работна група на Фонда на общността при изследване на показателите за качество, както и на подобни проучвания, проведени в пет скандинавски държави (Дания, Финландия, Исландия, Норвегия и Швеция), ОИСП стартира проекта *Показатели за качество в здравеопазването* (Health Care Quality Indicators). Дългосрочната цел на проекта е да се предложи набор от индикатори, който да се използва за изследване на качеството на здравеопазването в отделните държави (Arah et al., 2006). В рамките на проекта е разработена рамка, която концептуализира понятието „качество в здравеопазването“ в контекста на функционирането на здравната система. В рамката са определени четири взаимосвързани равнища (Фигура 1.3):

- (1) Здравен статус – това равнище представя здравето на обществото в по-широк аспект, повлияно от здравните услуги и от фактори, които са извън здравната система.
- (2) Детерминанти на здравето, които не са свързани със здравеопазването, но оказват влияние върху здравето – поведение

и начин на живот, социално-икономически условия, физическо обкръжение и др.

Фигура 1.3. Концептуална рамка „Показатели за качество на здравеопазването“ на ОИСР



Източник: Arah et al., 2006

- (3) Функциониране на здравната система – тук са обхванати процесите, ресурсите и резултатите от работата на здравната система. Трите измерения, които са включени за оценка на функционирането на системата, са качество (ефикасност, безопасност, чувствителност към очакванията на пациентите), достъп и здравни разходи. Тези измерения определят макро- и микроикономическата ефективност на системата.
- (4) Дизайн и контекст на здравната система – подходяща здравна политика и адекватна организация на предоставяне на здравни услуги, които трябва да бъдат взети под внимание, за да се прецизират резултатите от цялостното функциониране на системата.

Вместо „функции“ концептуалната рамка на OECD от 2006 г. включва измерения (dimensions), дефинирани като „измерими компоненти на системата, които са свързани с нейното функциониране, за поддържане, възстановяване или подобряване на здравето“ (Arah et al., 2006). Измеренията на функционирането на здравната система, заложи в тази рамка, са ефикасност, безопасност, чувствителност към очакванията на пациентите, достъп и разходи. Те се разглеждат и като основни предпоставки, пряко свързани със здравеопазването, които увеличават вероятността за постигане на желаните резултати (подобряване на здравето на населението).

Рамка „Градивни блокове на системата“ (System Building Blocks) на СЗО от 2007 г

През 2007 г. СЗО модифицира рамката от 2000 г. и публикува Рамка за действие, позната като Градивни блокове на системата (System Building Blocks). Границите на здравната система и дефинираните вътрешноприсъщи цели остават същите като заложените в рамката от 2000 г. В новия концептуален модел акцентът е поставен върху функциите, които са променени и прегрупирани в шест „градивни блока“ на здравната система: 1) предоставяне на здравни услуги; 2) човешки ресурси; 3) информация; 4) медицински продукти, ваксини и технологии; 5) финансиране; и 6) управление. Включени са също и междинни цели – достъп, покритие, качество и безопасност (Фигура 1.4).

Рамката от 2007 г. поставя акцент върху измерването не само на постигнатите резултати, но и на градивните блокове, върху които се основава системата (World Health Organization, 2007).

Фигура 1.4. Концептуална рамка „Градивни блокове на системата“ на СЗО



Източник: World Health Organization, 2007

Рамките, предложени от СЗО и ОИСР, са създадени с цел систематизиране и насочване на оценката на резултатите от функционирането на системата и предоставят надеждна основа за разработването на национални рамки, които концептуализират архитектурата на здравната система, като вземат предвид националните особености (World Health Organization. Regional Office for Europe, 2012b; Fekri et al., 2018). Освен това международните рамки представят модел на самата здравна система, в който отправната точка е определянето на крайните цели, разглеждани като очаквани резултати (Таблица 1.1). Въпреки че има единомислие относно тези цели (напр. подобряване на здравето), не съществува консенсус за факторите, които определят функционирането на системата и влияят върху постигането им. В зависимост от това коя международна рамка използват страните при разработването на националната си рамка, те могат да определят и междинни цели, от които зависи постигането на крайните цели на системата.

Добавената крайна цел в модифицираните рамки на СЗО и ОИСР е повишаване на ефективността, което показва, че измерването ѝ на различните нива в здравната система придобива все по-голямо значение, особено като се има предвид, че системите на здравеопазване не са единственият фактор за подобряване на здравето. Представените концептуални рамки се приемат като основа от голяма част от страните, поели предизвикателството да разработят и внедрят собствени национални рамки, с които да проследяват и оценяват напредъка във функционирането на здравната система.

Таблица 1.1. Крайни цели на здравната система в концептуалните рамки на СЗО и ОИСР

СЗО, 2000 г.	ОИСР, 2001 г.
• подобряване на здравето; • чувствителност към очакванията на пациентите; • справедливо финансиране.	• подобряване на здравето; • чувствителност към очакванията на пациентите и достъп; • финансово участие и здравни разходи.
СЗО, 2007 г.	ОИСР, 2006 г.
• подобряване на здравето; • чувствителност към очакванията на пациентите; • социална и финансова защита; • повишаване на ефективността.	• подобряване на здравето; • микро- и макроикономическа ефективност; • равнопоставеност – справедливо разпределение на здравните услуги сред населението и справедливо финансиране.

Източник: Murray and Frenk, 2000; Hurst and Jee-Hughes, 2001; Arah et al., 2006; World Health Organization, 2007

1.3. Опитът на държавите

Елка Атанасова

С развитието на схващанията за значението и ролята на здравната система във времето редица държави започват систематична оценката на функционирането на здравните си системи (Фигура 1.1), като някои от тях (напр. Канада, Австралия, Белгия, Нидерландия) имат значителен опит, развивайки концептуалните си рамки през годините и извършвайки последващи оценки. Повечето от държавите използват подкрепата на международни организации като СЗО, ЕС, ОИСР и СБ.

За целите на разработването на концептуална рамка за България проучихме опита на държавите по отношение на използвания подход и методи за конструиране на националните рамки, възприятията за здравната система, компонентите на рамките, разбиранията за същността и съдържанието на всеки компонент и включените индикатори за извършване на оценката. Критерии за избор на страните, които са включени в анализа, са опитът в оценката (държави, които са извършвали няколко цикъла на оценка на функционирането на здравните си системи, като са развивали концептуалните си рамки) и избраният обхват на здравната система (вж. т. 2.1.2).

За настоящия анализ са подбрани седем страни – Австралия, Канада, Нидерландия, Белгия, Естония, Португалия и Малта. Всяка

от националните концептуални рамки на избраните държави е представена с кратко описание на основните ѝ характеристики, подхода при разработването ѝ и нейното предназначение.

Австралия

По препоръка на Консултативния съвет на здравните министри на Австралия (Australian Health Ministers' Advisory Council) през 1999 г. е създадена Национална здравна комисия за оценка на работата на системата, която да разработи и внедри национална рамка за оценка на функционирането на здравната система. Освен това на комисията се възлага и да изработи, събира и поддържа набор от подходящи показатели, с които да се определят измеренията, дефинирани в различните области на рамката. След поредица от работни групи, семинари и дискусии с експерти от различни области първоначалният вариант на концептуалната рамка е публикуван през 2001 г. През 2009 г. рамката е модифицирана, а през 2017 г. е добавен и логически модел на функционирането на здравната системата.

Концептуалната рамка очертава цялостния процес на измерване, анализ и оценка на резултатите, като позволява проследяване на функционирането на системата през определен период на национално, щатско и локално равнище. Рамката осигурява възможност за оценка на политиките и програмите с помощта на разработения логически модел, като се търсят доказателства, че дадена промяна в политиката е довела до подобряване на здравните резултати.

Актуализираната през 2017 г. Концептуална рамка за оценка на функционирането на здравната рамка на Австралия (The Australian Health Performance Framework) възприема по-широкия подход при концептуализирането на здравната система, използван от СЗО (вж. т. 1.2). В нея са включени различни фактори, които влияят върху здравето на населението (независимо дали са вътрешни или външни за здравната система) и подчертава взаимовръзките между тях (National Health Information and Performance Principal Committee, 2017). Рамката на Австралия обхваща четири ключови области със съответните измерения:

- здравен статус – здравно състояние (честота и разпространение на заболявания, наранявания или травми или други състояния, свързани със здравето), увреждания (промени в тялото, ограничения на активната дейност и др.), благополучие (физическо, психическо и социално), смъртност (коефициент на смъртност, очаквана продължителност на живота);
- детерминанти на здравето – здравно поведение (нагласи, вярвания, модели на хранене, физическа активност,

тютюнопушене, употреба на алкохол), индивидуални биомедицински фактори (генетична предразположеност към заболявания, кръвно налягане, нива на холестерол и телесно тегло), фактори на околната среда (физически, химически и биологични фактори), социално-икономически фактори (доходи, заетост, образование, социални неравенства);

- здравна система – ефикасност, адекватност, достъпност, безопасност, непрекъснатост на грижите, ефективност и устойчивост;
- обществени въздействия – демографски процеси, напредък в научните изследвания, икономически обстоятелства, влияещи върху работната сила и инфраструктурата, както и разширяване и подобряване на базите данни.

Взаимодействията между компонентите на здравната система, които са представени в концептуалната рамка, са допълнително изяснени и развити в логически модел на функционирането на здравната системата, който демонстрира как входящите ресурси в система се трансформират в дейности и междинни резултати, които спомагат за постигане на желаните крайни цели на системата. По този начин логическият модел позволява да се направи оценка на приноса на ресурсите, дейностите и междинните резултати за реализиране на крайните резултати, както и оценка на настъпилите промени в системата като ефект от прилаганата здравна политика.

Канада

През 1999 г. Канадският институт по здравна информация и Статистическият институт на Канада разработват концептуална рамка (Canada Health Indicators Framework) по повод на съвместна инициатива за изграждане на обща база данни с информация за здравните показатели. Тази рамка не е предназначена да обяснява взаимовръзката между различните измерения на функционирането на здравната система, а по-скоро да систематизира събраната информация. Впоследствие рамката е модифицирана няколко пъти, за да отразява причинно-следствените връзки между отделните компоненти. Последната ѝ версия е публикувана през 2013 г. (Canadian Institute for Health Information, 2005; Canadian Institute for Health Information, 2007; Canadian Institute for Health Information, 2012).

Предназначението на концептуалната рамка на Канада е да осигурява актуална информация за състоянието на здравето на гражданите и развитието на здравната система, както и да подпомага здравните власти при вземането на решения.

Последният вариант на рамката обхваща четири взаимосвързани области със съответните измерения:

- вложени ресурси и характеристики на здравната система - управление, ресурси, ефективно разпределение на ресурсите, приспособяване към здравните потребности на населението, иновации и капацитет за обучение;
- социални детерминанти на здравето – представени от една страна чрез фактори, свързани със социално-икономическото положение на индивидите и домакинствата (като доходи и социален статус, образование, грамотност, пол и етническа принадлежност), а от друга страна, чрез съвкупност от биологични (генетичен фонд, процеси на стареене), материални (жилища, условия на труд, физическа среда), психосоциални (стрес, желание за контрол, мрежа за социална подкрепа) и поведенчески (тютюнопушене, физически упражнения, диета и хранене) фактори;
- междинни резултати от работата на здравната система – достъп до всеобхватни и интегрирани здравни услуги, промоция на здравето и превенция на заболяванията, качество, безопасност на здравните услуги, адекватност и ефикасност и ефективно предоставяне на здравни услуги;
- крайни резултати на здравната система – подобряване на здравето, повишаване на чувствителността към очакванията на пациентите, подобряване на способността на здравната система да постига на най-добри резултати от използваните ресурси.

Четирите области се разглеждат в контекста на демографската, политическата и икономическата среда.

Нидерландия

Нидерландия е сред първите страни, които разработват национална рамка за оценка на функционирането на здравната система (Ten Asbroek et al., 2004). Процесът на нейната подготовка започва през 2002 г., а през 2006 г. е публикуван и първият доклад, който анализира работата на здравната система.

Концептуалната рамка на Нидерландия е разработена въз основа на систематичен литературен обзор, консултации с международни и национални експерти, анализ на различни групи показатели и дискусии с Министерство на здравеопазването. Първоначалната версия стъпва на модела за детерминантите на здравето на M. Lalonde и Балансирана карта от показатели за оценка (Balanced Score Card). До 2013 г. са публикувани

три издания на доклада Dutch Health Care Performance Report – през 2006 г., 2008 г. и 2010 г. (van den Berg et al., 2014; van den Berg et al., 2015). Последният доклад, който анализира работата на здравната система въз основа на рамката, е публикуван през 2015 г.

Основното предназначение на концептуалната рамка е да подпомогне събирането и анализа на информация, необходима за определяне на приоритети в здравната политика. Тя включва четири взаимосвързани нива:

- здравен статус;
- детерминанти на здравето, които не са свързани със здравеопазването;
- функциониране на здравната система – три измерения: качество (ефикасност, безопасност, чувствителност към очакванията на пациентите), достъп и здравни разходи. Всяко от трите измерения се използва за оценка на здравните потребности, които са разделени в няколко категории (поддържане на здравето, възстановяване на здравето, потребности при хронични заболявания и инвалидност и достоен завършек на живота);
- дизайн и контекст на здравната система.

Белгия

За разработването на рамката в Белгия е направен обстоен преглед на литературата и е проведена обширна дискусия с експерти и заинтересовани страни, като е заимстван подходът, използван в Нидерландия и Канада. Предназначението на концептуалната рамка и цялостния процес на оценката е да осигури актуална информация на здравните власти във връзка с работата на здравната система и по този начин да се подпомогне разработването и прилагането на политики в сферата на здравеопазването. Наред с това, целта е да се гарантира голяма прозрачност при оповестяване на резултатите от направената оценка на функционирането на здравната система (Vrijens et al., 2016).

Концептуалната рамка за оценка на функционирането на здравната система на Белгия обхваща три взаимосвързани нива:

- здравен статус;
- немедицински детерминанти на здравето (здравно поведение, генетична предразположеност към заболявания, условия на живот, фактори на околната среда и др.);
- здравна система, в която са включени шест направления –

здравна промоция, превенция, лечение, грижа за психичното здраве, дългосрочни грижи и грижи в края на живота.

В допълнение, здравната система се оценява в пет измерения – качество, достъпност, ефективност, устойчивост и равнопоставеност. Качеството на здравните услуги е дефинирано с пет елемента (ефикасност, адекватност, безопасност, пациентът в центъра на системата, непрекъснатост на грижите). Оценката на равнопоставеността обхваща и трите нива в дизайна на рамката (Vrijens et al., 2016).

Естония

Работна група, включваща представители на Министерството на социалната политика на Естония и експерти от Регионалния офис на СЗО за Европа, обсъжда различни приоритетни направления в Стратегията за здравето на населението 2009-2020 на Естония и измеренията на функциониране на здравната система, дефинирани в Световния доклад за здравето от 2000 г. По този начин на базата на обширни дискусии и срещи между политици и експерти е разработена националната рамка за оценка на функционирането на здравната система.

Предназначението на концептуалната рамка на Естония е да се структурира оценката, като се конструира набор от показатели за оценка на работата на здравната система, свързани с целите на Стратегията за здравето на населението. Въз основа на оценката трябва да се идентифицират проблемните области на здравната система, към които да се насочат усилията за подобряване на работата на системата (World Health Organization. Regional Office for Europe, 2011).

Рамката на СЗО от 2007 г. е използвана като модел при конструирането на националната рамка на Естония, в която са включени градивните блокове на системата (по аналог на международната рамка), междинни и крайни цели:

- градивни блокове – финансиране, предоставяне на услуги, генериране и разпределение на ресурсите, управление и организация;
- междинни цели – равенство в достъпа и покритието, чувствителност към очакванията на пациентите, ефективност, качество;
- крайни цели – подобряване на здравето, финансова защита, удовлетвореност на потребителите.

При оценката на здравната система се отчита и външният контекст – демографски процеси, икономически условия, регулации, технологии,

политически и социокултурални фактори (World Health Organization. Regional Office for Europe, 2011).

Португалия

Рамката за оценка на функционирането на здравната система на Португалия е разработена през 2010 г. със съдействието на Регионалния офис на СЗО за Европа. Проведените консултации са част от по-широко споразумение за сътрудничество между Португалия и Регионалния офис. Рамката се основава на Националния план за здравеопазването на Португалия 2004-2010. Този план има четири приоритетни области – права и задължения на гражданите, равнопоставеност и адекватен достъп до здравеопазване, качество в здравеопазването и здравни политики, които определят и насоките за действие в отговор на здравните потребности на населението и разпределението на ресурсите в здравеопазването. При разработването на рамката е използвана комбинация от количествени и качествени методи, които включват събиране, анализ и интерпретация на данни по основни показатели за оценка на функционирането на здравната система, както и провеждането на интервюта със заинтересовани страни (World Health Organization. Regional Office for Europe, 2010).

Рамката служи като инструмент за повишаване на прозрачността и подобряване на отчетността и подпомага вземането на решения чрез представяне на доказателства за постиженията и слабостите на здравната система. Редовните оценки гарантират, че здравната система има правилно определени приоритетни области и адекватни цели, като политическите решения се основават на надеждна информация, а правителствените политики съдействат за подобряване на здравето на населението.

Концептуалната рамка на Португалия включва три области с няколко измерения за оценка:

- функции на здравната система – управление на системата, предоставяне на услуги, финансиране и генериране на ресурси;
- междинни цели на системата – подобрен достъп, разширено покритие, предоставяне на висококачествени и безопасни здравни услуги, промотиране на здравно поведение и повишаване на ефективността;
- крайни цели на системата – подобро здраве, чувствителност към очакванията на пациентите, защита срещу социален и финансов риск.

В рамката се отчита и външният за системата контекст – демографски

процеси, икономически условия, регулации, технологии, политически фактори, социокултурални фактори (World Health Organization. Regional Office for Europe, 2010).

Малта

За да посрещне предизвикателствата, пред които е изправена здравната система в Малта, Министерството на здравеопазването приема Национална здравна стратегия за 2013-2020 г. Следващата стъпка, която предприема, е създаване на работна група, която да предложи рамка за оценка на функционирането на здравната система. За изготвянето ѝ е използван опитът на СЗО, ОИСР, Фонда на общността, както и националните рамки на Австралия и страни от ЕС, включително Естония, Португалия и Нидерландия.

Рамката е разработена като инструмент за мониторинг на изпълнението на Националната здравна стратегия на Малта, като включва система от показатели, свързани с осъществяването на стратегията и работата на здравната система като цяло. Освен това рамката служи като инструмент за осигуряване на прозрачност и подобряване на отчетността в процеса на вземане на решения (Grech et al., 2015).

Концептуалната рамка на Малта е структурирана по модела на А. Donabedian – структура, процеси и резултати. Тези компоненти на модела в рамката са представени като движещи сили, междинни и крайни цели:

- движещи сили – управление, генериране на ресурси, предоставяне на услуги, публични здравни услуги, финансиране;
- междинни цели – равенство и достъп, чувствителност към очакванията на пациентите и избор, ефективност, устойчивост, качество;
- крайни цели – здравен статус, намаляване на неравенствата, детерминанти на здравето и рискови фактори, социална защита и удовлетвореност на потребителите.

Прегледът на концептуалните рамки на страните показва, че в повечето се определят сходни цели на здравната система. Известно изключение прави чувствителността към очакванията на пациентите, която се разглежда като междинна цел в рамките на Естония, Малта и Нидерландия, докато в Канада и Португалия се възприема като крайна цел на системата. Националните рамки на Белгия и Нидерландия съдържат отделно ниво, което обхваща немедицинските детерминанти на здравето (Fekri et al., 2018).

Дефинираните измерения за оценка на функционирането на системата също се припокриват в повечето от концептуалните рамки на

разглежданите държави (Braithwaite et al., 2017; Carinci et al., 2015). Най-често използваните измерения са качество, достъп, ефективност, равнопоставеност, ефикасност и безопасност. Тези измерения обаче присъстват в различни конфигурации, което отразява индивидуалния подход на страните при извършване на оценката. В таблица 1.2 са посочени измеренията, които разглежданите по-горе страни включват при конструирането на своите рамки и последващата оценка на функционирането на здравната система.

Таблица 1.2. Измерения на функционирането на здравната система в националните рамки

Измерения \ Държави	Австралия	Белгия	Естония	Канада	Малта	Нидерландия	Португалия
Адекватност	X	X		X			
Безопасност	X	X		X		X	X
Достъпност	X	X	X	X	X	X	X
Ефикасност/клиничен фокус	X	X	X	X	X	X	X
Ефективност	X	X	X	X	X	X	X
Качество	X	X	X	X	X	X	X
Навременност						X	
Непрекъснатост на грижите	X			X		X	
Равнопоставеност	X	X	X	X	X	X	X
Устойчивост	X	X			X	X	

Източник: компилация на автора по цитираните концептуални рамки

Подходите при разработването на националните рамки не се различават съществено. В общия случай страните започват със систематичен обзор на литературата, широки консултации с международни и национални експерти и дискусии с министерството на здравеопазването и други заинтересовани страни. Австралия и Канада са сред пионерите, които разработват национални рамки, които първоначално са по-обща за самата здравна система, тъй като дефинират, описват и обясняват само системата. През годините двете страни усъвършенстват своите рамки, като ги допълват и с оценка на функционирането на здравната система, която може да проследи динамиката на развитие ѝ чрез прилагането на сложен комплекс от показатели. В други страни, като Естония и Португалия, стратегически документи са в основата на предприемането на първите стъпки за създаване на собствена рамка.

Библиография:

Рохова М, Коева С, Атанасова Е, Димова А, Костадинова Т, Коева Л, Димитрова М, Минев М, Михайлов Н, Николова В, Йорданова М. (2019). Оценка на функционирането на здравната система – обосновка и обхват. Здравна политика и мениджмънт. 19(2), 265-269.

Arah OA, Westert GP, Hurst J, Klazinga NS. (2006). A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. Int J Quality in Health Care. 18(Suppl 1), 5-13.

Braithwaite J, Hibbert P, Blakely B, Plumb J, Hannaford N, Long JC, Marks D. (2017). Health system frameworks and performance indicators in eight countries: A comparative international analysis. SAGE Open Med. 5, 1-10.

Canadian Institute for Health Information. (1999). National Consensus Conference on Population Health Indicators. Final Report. Ottawa, Ontario. Available at: <https://www.cihi.ca/en/access-data-and-reports/health-system-performance-measurement>.

Canadian Institute for Health Information. (2005). The Health Indicators Project: The next 5 years. Report from the Second Consensus Conference on Population Health Indicators. Ottawa, Ontario. Available at: https://secure.cihi.ca/free_products/Consensus_Conference_e.pdf.

Canadian Institute for Health Information. (2007). Health indicators 2007. Ottawa, Ontario. Available at: https://secure.cihi.ca/free_products/hi07_health_indicators_2007_e.pdf.

Canadian Institute for Health Information. (2012). A performance measurement framework for the Canadian health system. Ottawa, Ontario. Available at: <https://www.cihi.ca/en/access-data-and-reports/health-system-performance-measurement>.

Carinci F, van Gool K, Mainz J, Veillard J, Pichora EC, Januel JM, Arispe I, Kim SM, Klazinga NS; OECD Health Care Quality Indicators Expert Group. (2015). Towards actionable international comparisons of health system performance: Expert revision of the OECD framework and quality indicators. Int J Qual Health Care. 27(2), 137-46.

Commonwealth Fund. (2006). Framework for a high performance health system for the United States. New York: The Commonwealth Fund. Available at: <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2006/aug/framework-high-performance-health-system-united-states>.

Council of the European Union. (2013). Council conclusion on the Reflection process on modern, responsive and sustainable health systems. Available at: https://health.ec.europa.eu/publications/reflection-process-modern-responsive-and-sustainable-health-systems_en.

Council of the European Union. (2011). Council conclusions: Towards modern, responsive and sustainable health systems. Official Journal of the European Union. 54(C 202), 10-12. Available at: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=uriserv:OJ.C_.2011.202.01.0010.01.ENG&toc=OJ:C:2011:202:FULL.

European Commission. (2014). Communication from the Commission. On effective, accessible and resilient health systems. Brussels, COM(2014) 215 final. Available at: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/en/ALL/?uri=CELEX%3A52014DC0215>.

European Commission. (2019). CORDIS. EuroREACH A handbook to access health care data for cross-country comparisons of efficiency and quality. Available at: <https://cordis.europa.eu/project/id/242099>.

European Commission. (2023). Health system performance assessment. Available at: https://health.ec.europa.eu/health-systems-performance-assessment_en.

Fekri O, Macarayan ER, Klazinga N. (2018). Health system performance assessment in the WHO European Region: which domains and indicators have been used by Member States for its measurement? Health Evidence Network Synthesis Report, No. 55. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326260>.

Figueras J, McKee M (Eds.). (2012). Health systems, health, wealth and societal well-being: Assessing the case for investing in health systems. Maidenhead: Open University Press.

Grech K, Podesta M, Calleja A, Calleja N (Eds.). (2015). Report on the performance of the Maltese health system 2015. Ministry for Energy and Health Parliamentary Secretary for Health, Malta. Available at: <https://healthservicescms.gov.mt/en/dhir/Documents/HSPA%20-%20Malta%20Report%20-%20Final%20050416.pdf>.

Hurst J, Jee-Hughes M. (2001). Performance measurement and performance management in OECD health systems. OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers, No. 47. Paris: OECD Publishing. Available at: <http://dx.doi.org/10.1787/788224073713>.

Kelley E, Hurst J. (2006). Health Care Quality Indicators Project conceptual framework paper. OECD Health Working Papers, No. 23. Paris: OECD Publishing. Available at: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-care-quality-indicators-project_440134737301.

Kelley E, Moy E, Stryer D, Burstin H, Clancy C. (2005). The national healthcare quality and disparities reports: an overview. Med Care. 43(3), Supplement: Health Care Quality and Disparities: Lessons from the First National Reports, 13-18.

Kruk ME, Freedman LP. (2008). Assessing health system performance in developing countries: A review of the literature. Health Policy. 85, 263–276.

McLoughlin V, Leatherman S, Fletcher M, Owen JW. (2001). Improving performance using indicators. Recent experiences in the United States, the United Kingdom and Australia. Int J Quality in Health Care. 13(6), 455–462.

Mossialos E, Allin S, Figueras J. (2007). Health Systems in Transition: Template for analysis. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies.

Murray C, Evans D (Eds.). (2003). Health systems performance assessment: Debates, methods and empiricism. Geneva: World Health Organization.

Murray C, Frenk J. (2000). A framework for assessing the performance of health systems. Bulletin of the World Health Organization. 78(6), 717-731.

National Health Information and Performance Principal Committee. (2017). The Australian health performance framework. Available at: <https://www.aihw.gov.au/reports-data/australias-health-performance/australias-health-performance-framework>.

National Health Performance Committee. (2001). National health performance framework report. Queensland Health, Brisbane. Available at: <https://www.aihw.gov.au/reports/health-care-quality-performance/national-health-performance-framework-report-augu/contents/summary>.

National Health Service Executive. (1999). The NHS performance assessment framework. Department of Health. Available at: <https://navigator.health.org.uk/theme/nhs-performance-assessment-framework>.

Papanicolas I, Smith P, (Eds.). (2013). Health system performance comparison: An agenda for policy, information and research. Maidenhead: Open University Press.

Public Health Evaluation and Impact Assessment Consortium. (2013). Evaluation of the use and impact of the European Community Health Indicators ECHI by Member States. Final report. August 2013. Available at: https://health.ec.europa.eu/indicators-and-data/european-core-health-indicators-echi_en.

Roberts MJ, Hsiao W, Berman P, Reich M. (2008). Getting health reform right: A guide to improving performance and equity. Oxford: Oxford University Press.

Smith P, Karanikolos M, Cylus J. (2018). Evolution of health system performance assessment: The roles of international comparisons and international institutions. *Eurohealth*. 24(2), 15-18.

Smith P, Mossialos E, Papanicolas I, Leatherman S (Eds.). (2009). Performance measurement for health system improvement: Experience, challenges and prospects. The Cambridge Health Economics, Policy and Management series. New York: Cambridge University Press.

Smith P. (2014). Health system performance assessment. European Commission. Available at: <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=12631>.

Ten Asbroek AH, Arah OA, Geelhoed J, Custers T, Delnoij DM, Klazinga NS. (2004). Developing a national performance indicator framework for the Dutch health system. *Int J Quality in Health Care*. 16(Suppl 1), i65-i77.

van den Berg MJ, Kringos DS, Marks LK, Klazinga NS. (2014). The Dutch health care performance report: seven years of health care performance assessment in the Netherlands. *Health Res Policy Syst*. 12(1), 1-7.

van den Berg MJ, de Boer D, Gijzen R, Heijink R, Limburg LCM, Zwakhals SLN (Eds.). (2015). Dutch health care performance report 2014. National Institute for Public Health and the Environment. Bilthoven, The Netherlands.

Veillard J, Tipper B, Allin S. (2015). Health system performance reporting in Canada: Bridging theory and practice at pan-Canadian level. *Can Public Adm*. 58(1), 15-38.

Vrijens F, Renard F, Camberlin C, Desomer A, Dubois C, Jonckheer P, van den Heede K, van de Voorde C, Walckiers D, Léonard C, Meeus P. (2016). Performance of the Belgian health system – report 2015. Belgian Health Care Knowledge Centre. Report No. 259C. Available at: https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_259C_performancereport2015_0.pdf.

World Health Organization. (2007). Everybody's business - strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. World Health Organization. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43918>.

World Health Organization. (2000). The World health report 2000. Health systems: Improving performance. World Health Organization. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42281>.

World Health Organization. Regional Office for Europe. (2011). Estonia: Health system performance assessment 2009 snapshot. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Available at: <https://www.healthsystemsevidence.org/articles/62fe6f6eef088708d8dcaa2d-estonia-health-system-performance-assessment-2009-snapshot?lang=en&source=search>.

World Health Organization. Regional Office for Europe. (2012a). Health system performance assessment: A tool for health governance in the 21 st century. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Available at: <https://www.who.int/>

europa/publications/m/item/health-systems-performance-assessment.-a-tool-for-health-governance-in-the-21st-century.

World Health Organization. Regional Office for Europe. (2012b). Pathways to health system performance assessment: A manual to conducting health system performance assessment at national or sub-national level. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/169412/e96512-Eng.pdf?ua=1.

World Health Organization. Regional Office for Europe. (2010). Portugal health system performance assessment. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe. Available at: <https://extranet.who.int/mindbank/item/805>.

World Health Organization. Regional Office for Europe. (2009). The European health report 2009: Health and health systems. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107272>.

World Health Organization. Regional Office for Europe. (2008). The Tallinn Charter: Health systems for health and wealth. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349648>.

2. Концептуална рамка за България

2.1. Концептуална рамка за оценка на функционирането на здравната система в България¹

Мария Рохова, Стефка Коева, Антония Димова, Елка Атанасова, Тодорка Костадинова

Един от универсалните принципи при оценката на функционирането на здравната система е разработването на концептуална рамка, която е специфична за страната и отразява разбирането за това какво е здравна система като цяло и как тя работи (вж. т. 1.1). Тя трябва да систематизира целите на системата, както и факторите и предпоставките, от които зависят резултатите (Tashobya et al., 2014).

Концептуалната рамка по принцип се дефинира като „мрежа“ от взаимосвързани концепции, които заедно осигуряват цялостно разбиране на сложен феномен (Jabareen, 2009). Тя не трябва да се възприема като сбор от концепции, а по-скоро като конструкция, в която всяка концепция играе неразделна роля и по този начин рамката „очертава ключовите фактори, елементи или променливи и предполага връзки между тях“ (Miles and Huberman, 1994).

Концептуалната рамка определя цялостния процес на измерване, анализ, оценка на резултатите от функционирането на здравната система и целенасоченото въздействие за подобряването им (Nutley and Smith, 1998), служи като ориентир на самата оценка, внасяйки концептуална яснота в аналитичното и оперативното мислене. Без надежден ориентир съществува опасност оценката да се „изгуби“ в опитите да обхване множеството желани и често препокриващи се атрибути на здравната система, да се ограничи единствено до такива измерители, които са налични, но не и подходящи (Murray and Frenk, 2000) или да бъде пречупена през перспективата само на част от заинтересованите страни (Loeb, 2004). Рамката е своеобразно „огледало“ на идеята как работи здравната система и какво е здравна система като цяло. Сложният характер на системата, множеството връзки и зависимости между нейните елементи и взаимодействията с други обществени системи, както и различните гледни точки на отделните участници, безспорно са голямото предизвикателство при нейното концептуализиране.

¹Тази част се основава на публикацията: Рохова М., Ст. Коева, Е. Атанасова, А. Димова, Т. Костадинова. Концептуална рамка за оценка на функционирането на здравната система в България. Здравна политика и мениджмънт, 2020; 20 (извънреден брой): 36-44.

Усилията за конструиране на идеен модел, който да представя основните принципи на оценката и да систематизира онези резултати от функционирането на здравната система, върху които тя трябва да се съсредоточи, водят до разработване на различни концептуални рамки. Сред тях предложените от СЗО и ОИСР предоставят солидна основа (вж. т. 1.2). Различната конструкция на здравните системи, спецификите на политическия, икономическия и социалния контекст, в който системите функционират, обаче не предполагат директното им „копиране“, а по-скоро адаптиране и настройване към особеностите на националните здравни системи и тяхното обкръжение (World Health Organization. Regional Office for Europe, 2012a; Tashobya et al., 2014).

Концептуална рамката, въз основа на която се извършва оценката на функционирането, трябва едновременно да представя комплексния характер на здравната система и да отразява специфичните национални особености на нейното устройство и контекста, в който тя функционира. Тя трябва да дава възможност за проследяване на „представянето“ на системата в отделни програмни периоди – как постига целите си – и в същото време да е отражение на по-широк консенсус за приоритети и резултатите, които заинтересованите страни и обществото като цяло очакват. В процеса на конструиране на концептуалната рамка се търси последователен отговор на няколко взаимосвързани въпроса – кои са границите на здравната система, което се свързва с разбирането за това какво представлява самата система; защо съществува здравната система или какви са нейните цели и съответно резултатите, които се стреми да постигне; кои са факторите, от които зависи нейното функциониране; и как тези фактори оказват влияние върху резултатите (Murray and Evans, 2003; Papanicolas et al., 2022).

2.1.1. Дефиниране на здравната система

За да се оцени работата на здравната система, трябва да се изясни какво точно ще подлежи на измерване и анализ или изучаването на една отворена система предполага първо тя да се ограничи от заобикалящата я среда, т.е. „ясно да се дефинират границите, отвъд които системата си взаимодейства със средата“ и да се отличи от други подобни системи (von Bertalanffy, 2003). При това е необходима дефиниция, която лесно може да бъде операционализирана и да се използва при управлението на системата, включително и за оценка на нейното функциониране.

Здравните системи са сложни адаптивни системи. От една страна, те са съставени от множество взаимодействащи си компоненти, които

взаимно си влияят и създават структурата на системата. Мрежата от взаимовръзки между системните компоненти предполага, че функционирането на такива системи не може да бъде разбрано, ако отделните им съставни части се изследват изолирано една от друга, като се игнорират взаимовръзките между тях (Kannampallil et al., 2011). Общата теория на системите застъпва идеята, че структурата на всяка система е толкова важна при определяне на нейното поведение, колкото и нейните отделни компоненти. От друга страна, здравните системи са отворени системи, които постоянно си взаимодействат с техния по-широк контекст. Адаптивността на системите произтича от тяхната способност да комуникират и да се променят въз основа на опита (Holden, 2005). Поради тази причина социалният, политическият и икономическият контекст на всяка здравна система трябва да се вземат предвид, когато се оценява нейната структура и ефективност.

Опитите да се дефинира и моделира здравната система започват преди няколко десетилетия. Повечето дебати са фокусирани върху концептуализиране на целите, функциите и подходите за измерване на резултатите от работата на здравните системи, като са предложени различни дефиниции, концептуални рамки и модели. Н. Frenk (1994) разграничава два основни подхода при дефиниране на здравната система – първият, наречен от него „инвентарен“, се свежда до определяне на градивните компоненти (елементите) на системата, докато вторият, определен като „релационен“, акцентира по-скоро върху взаимодействията и връзките между елементите или функциите на системата.

В анализа на G. Shakarishvili и кол. (2009), подготвен за Световната банка, се разграничават три типа модели при дефиниране на здравната система. Първият тип са описателните, като този, дефиниран от М. Roemer (1993), който описва здравната система като „комбинацията от ресурси, организация, финансиране и управление, които се съчетават за предоставянето на здравни услуги на населението“. Функционалните модели представят функционалните компоненти на една система, като входящи ресурси (финансови, човешки, материални), ръководство, регулиране и т.н. Те се фокусират повече върху основните функции, изпълнявани на различните нива в системата. Третият тип са детерминистичните модели, които се опитват да отговорят на фундаменталния въпрос – какви фактори влияят върху начина, по който се изпълняват функциите в една здравна система. Именно този трети тип модели трябва да дадат отговор на въпроса защо някои здравни системи работят по-добре от други.

Много от опитите за дефиниране на здравната система стъпват върху основополагащия труд на А. Donabedian (1972), който свързва структурата и процесите при предоставяне на здравни услуги с резултатите. По-ранните модели се фокусират върху предоставянето на здравни услуги и тяхното финансиране като рамката, предложена от R. Evans (1981), в която се определят основните участници в системата и взаимодействията между тях и модела на J. Hurst (1991), в който се описват финансовите потоци между участниците. Други автори добавят още компоненти при описанието на здравната система като генериране на ресурси и управление (Kleczkowski et al., 1984; Roemer, 1993). През 2007 г. СЗО предлага *Рамка за действие* (Framework for Action: System Building Blocks – вж. т. 1.2), представяща здравната система като съвкупност от шест компонента, наречени „градивни блокове“, които дават възможност за по-лесното операционализиране на анализа и оценката на системата (World Health Organization, 2007). Тези описателни модели се концентрират по-скоро върху компонентите, а не толкова върху тяхното взаимодействие, което формира структурата на системата, поради което не могат напълно да обяснят как се постигат определени резултати или защо резултатите се различават при разлики в конфигурацията на компонентите.

Опитите за отговор на въпросите защо и как здравните системи постигат определени резултати водят до развитие на функционалните модели. Тази категория надгражда дескриптивните модели, като анализира процесите, резултатите и техните връзки и разглежда механизми за въздействие върху резултатите. Някои автори описват здравните системи от гледна точка на икономическата връзка между търсене, предлагане и техните специфики в здравеопазването (Cassels, 1995) или от гледна точка на системите за финансиране (Kutzin, 2001). Рамката, предложена от J. Frenk (1994), се фокусира върху връзките и взаимодействията между основните участници в здравната система, докато А. Mills и М. Ranson (2001) моделират взаимодействията между основните функции и участниците в здравната система.

В доклада си от 2000 г. СЗО определя здравни системи чрез границите на дейностите, които те обхващат, като фокусът е върху крайните резултати от начина, по който те функционират. Според дефиницията, използвана в рамката на СЗО за оценка на функционирането, здравната система включва всички ресурси, участници и институции, свързани с финансиране, регулиране и предоставянето на здравни дейности с основна цел възстановяване, подобряване или поддържане на здравето на населението (World Health Organization, 2000). Това определение е възприето от ОИСР, като при разработване на рамката *Показатели за качество на здравеопазването* здравната система се разглежда като

съвкупност от всички дейности и структури, чиято основна цел е да повлияят на здравето в най-широкия му смисъл (Arah et al., 2003).

Стратегията на Световната банка за резултати в областта на здравеопазването, храненето и населението (World Bank Strategy for Health, Nutrition, and Population Results) дефинира здравните системи по отношение на функционалността, определена от входящите ресурси, предоставянето на здравни услуги, финансирането на здравеопазването и ръководството. Рамката на М. Roberts и кол. (Control Knobs – вж. т. 1.2) стъпва върху тази на СЗО от 2000 г., но се фокусира повече върху връзката между политиките, структурните компоненти и целите на здравната система, което дава възможност за операционализиране на мерките и инструментите за управление на системата (Roberts et al., 2008). Предложените в рамката „контролни бутони“ за управление на здравната система се фокусират предимно върху финансирането и търсенето на здравни услуги – в унисон с възприетата от Световната банка концептуализация на здравето като икономическо благо, което се влияе от пазарните сили. Здравната система се разглежда като съвкупност от връзки, при които структурните компоненти (средства) и техните взаимодействия са причинно свързани с целите, които системата желае да постигне (крайни резултати). При това разбиране здравната система се дефинира чрез онези основни компоненти, които могат да обяснят резултатите от нейната работа и съответно могат да се използват като инструменти на здравната политика (Hsiao, 2003).

В началото на 21-ви век все повече се налага идеята, че сложният и комплексен характер на здравните системи изисква подход, който надгражда съществуващите и излиза отвъд механистичното им представяне. Интересът към прилагането на системната теория при изучаването на здравните системи бързо нараства. През 2009 г. Алиансът за здравна политика и системни изследвания (Alliance for Health Policy and Systems Research) прилага системния подход и системните принципи, за да разработи модел на здравната система, който отразява динамичните интеракции между градивните компоненти, както и ефектите на обратната връзка върху функционирането на системата (de Savigny and Adam, 2009). Следвайки принципите на „системното мислене“, Atun и кол. (2010) разширява модела на здравната система, включвайки контекста, в който тя функционира – демографски, икономически, политически, регулаторен, епидемиологичен, социален и технологичен². Моделът въвежда концепцията за „поведение на здравната система“ и се фокусира върху сложните взаимодействия между елементите на системата, както и между тях и контекстуалните фактори.

² Известен с абривиатурата DEPLESET.

Отчитайки отличителните характеристики на сложните адаптивни системи, van Olmen и кол. (2012a) предлагат модел, състоящ се от десет градивни компонента и техните динамични взаимодействия. Авторите включват четири нови компонента в анализа – население, контекст, цели и ценности, като представят динамичните връзки между тях. Моделът разглежда здравните системи като социални системи, съставени от много участници, които взаимодействат помежду си, и функциониращи в определена среда (контекст), която също оформя техния дизайн и развитие.

Системният подход и концепцията за комплексния, сложен характер на здравната система създава по-добро разбиране за взаимодействията в системата и контекста, разглеждайки системата като цяло, а не като сбор от отделни компоненти. За разлика от универсалния подход, системното мислене отчита динамичния характер на системата и дава възможност да се идентифицират модели за промяна въз основа на „поведението“ на системата, формирано в специфичен национален контекст. Възприемайки идеята за системната динамика, през 2022 г. Европейската обсерватория за здравни системи и политики и СЗО предлагат Рамка за оценка на функционирането на здравната система за универсално здравно покритие (Health System Performance Assessment Framework for Universal Health Coverage). Рамката се фокусира върху функциите на здравната система, като допълнително ги разделя на подфункции и ги свързва с целите (междинни и крайни), подчертавайки различните взаимовръзки между тях, както и с по-широкия социално-икономически контекст (Paranicolas et al., 2022). Авторите прилагат холистичен подход за оценка на функционирането на здравните системи, като предлагат ясна концепция за това как действията, предприети в рамките на здравната система, могат да повлияят върху нейната работа.

Въпреки че се различават като подход и основополагащи принципи, теориите и моделите, които дефинират здравната система, се допълват помежду си, като разкриват сложния и комплексен характер на нейната структура и начин на функциониране. Отделните рамки са предложени в съответствие с наложената парадигма и често се проектират с определена цел – да концептуализират здравната система, да анализират процесите и резултатите или да очертаят механизмите за промяна и ефектите от нея (van Olmen et al., 2012b).

G. Shakarishvili и кол. (2010) идентифицират няколко основни измерения, които са включени в разработените концептуални модели. Първото обхваща целите на здравната система (като подобро здравно състояние на населението, защита срещу финансов риск, свързан със здравето, чувствителност към потребностите и др.), определени

като независими от промените в системата и заобикалящата я среда, въпреки че постигнатите резултати варират в зависимост от прилаганите въздействия. Второто измерение се свързва с т.нар. междинни цели (intermediate objectives), определяни в някои рамки като всеобхватни принципи (overarching principles), които включват равнопоставеност, ефективност, устойчивост, качество, достъп, безопасност, избор и др. Процесите или функциите в здравната система са измерение, което присъства в повечето рамки и описва какво се случва в системата или какви са механизмите, с помощта на които участниците могат да въздействат за промяна в системата (организация, регулиране, интеграция, (де) централизация, генериране и разпределение на ресурси). Последното измерение са градивните компоненти, които заедно с връзките между тях изграждат структурата на системата.

2.1.2. Определяне на границите на здравната система

Дефинирането на здравната система предполага също, че трябва ясно да се определят нейните граници. Очертаването на периметъра на системата е от ключова важност при оценката на функционирането и анализа на резултатите от осъществените политики, тъй като е тясно свързано с възможностите за въздействие върху системата, както и с отговорността за тези въздействия и ефектите от тях. Ясното определяне на границите има значение също за операционализацията на оценката при определяне на показателите, които ще се използват при нейното извършване.

В опитите да се определят границите на здравната система също се установяват различаващи се подходи. В едната крайност са онези, които ограничават здравната система само до предоставяне на медицинска помощ и здравни грижи и изключват всички дейности, насочени към общественото здраве. Този подход е твърде ограничаващ и води до излишна фрагментация, отделяйки от системата дейности като превенция и промоция на здравето. В другата крайност са дефинициите, които възприемат твърде широк подход. Те се опитват да обхванат всички детерминанти, които пряко или косвено оказват влияние върху здравето, стъпвайки върху идеите за неговата многофакторна обусловеност. Този подход обаче не позволява да се очертаят граници, които могат да послужат не само за изучаването на системата, но и при нейното управление, включително и за ясно определяне на отговорностите при вземане на решения (Durán et al., 2012). Следователно ако дефиницията на здравната система се ограничава само до лечебния сектор, от нея се изключват фактори, които оказват влияние върху здравето и се

пренебрегват интервенции, които имат голям потенциал за неговото подобряване. От друга страна, твърде широкото определяне създава по-добро разбиране за ролята на различни фактори върху здравето, но трудно може да се използва на практика, тъй като предполага интервенции, които невинаги са в правомощията на участниците в здравната система (Papanicolas et al., 2022).

При дефиниране на здравната система С. Murray и J. Frenk (2000) въвеждат идеята за „здравна дейност (health action)“ като набор от действия, чието основно намерение е подобряване на здравето. В този смисъл промените в заобикалящата среда могат да бъдат пренебрегнати, освен ако не са предизвикани по организиран начин и насочени изрично към предпазване или подобряване на здравето. Но на практика критерият, използван за разграничаване на здравната дейност, води до доста широка дефиниция на здравната система, чиито граници се определят отвъд грижите за индивидуалното и общественото здраве и се разпростират в редица други области на обществени политики.

Подходът, предложен от Murray и Frenk, е възприет от СЗО в доклада от 2000 г. (World Health Organization, 2000), както и в разработената по-късно рамка, включваща шестте градивни компонента на здравната система (System Building Blocks) (World Health Organization, 2007). Други известни рамки, които също определят границите на здравната система, придържайки се към идеята за здравна дейност, са рамката *Показатели за качество на здравеопазването* (Health Care Quality Indicators Framework) на ОИСП (Arah et al., 2003) и предложената през 2018 г. Рамка на здравна система с високо качество (HQSS High-Quality Health System Framework) (Kruk et al., 2018).

Макар и подходящ за целите на международните сравнения, този подход не е много полезен в контекста на отделните държави и прилагането му би довело до смесване на отговорностите на различни институции, чиито действия и решения оказват влияние върху здравето на населението (Durán et al., 2012). Поради това не може да се твърди, че той внася по-голяма яснота при определянето на граници на здравната система, които да се използват за оценка на нейната работа.

Няколко години по-късно С. Murray и D. Evans (2003) обобщават подходите при дефиниране на здравната система и нейните граници в три основни групи:

- (1) Ограничаване само до здравни услуги, свързани основно с лечение на заболявания, или дейности, насочени към здравето на индивидите под непосредствения контрол на министерствата, отговарящи за здравеопазването (т.нар. здравни услуги с делим

ефект, представени от най-малкия, вътрешен кръг на фигура 2.1);

- (2) Разширяване на границите с добавяне на здравни услуги с неделим ефект, т.е. свързани с общественото здравеопазване, но без да се включват инициативи под контрола на министерства, различни от непосредствено отговарящите за здравеопазването (средния кръг на фигура 2.1);
- (3) Обхващане на всички заинтересовани страни, институции и ресурси, свързани със здравни дейности (според дефиницията на С. Murray и J. Frenk, 2000), или включване на всички междусекторни инициативи, които са насочени към подобряване на здравето, дори и да са под контрола на различни министерства (най-широкия, външен кръг на фигура 2.1).

Фигура 2.1. Три основни подхода при определяне на границите на здравната система



Източник: Murray and Evans, 2003

При оценката на функционирането на здравната система отделните държави и организации възприемат различни подходи, вариращи от най-широкото възможно дефиниране на здравната система до

ограничаване на нейния обхват и изключване на отделни дейности, оказващи влияние върху детерминантите на здравето. Определянето на границите на сложни отворени системи, каквато е здравната, е трудно начинание поради множеството взаимодействия и взаимозависимости както между елементите на системата, така и между самата система и заобикалящата я среда. Именно поради това често границите са размити, преплетени и дори флукутиращи в зависимост от различни събития и ситуации или както посочват Murray и Frenk, тяхното дефиниране често е доста „произволно“ (Murray and Frenk, 2000).

Установяването на баланс между твърде тясното и твърде широкото разглеждане на здравната система предполага определянето на „допустими граници“ (Figueras et al., 2012) или граници, които могат да бъдат управлявани и позволяват да се въздейства целенасочено за подобряване на системата. В този смисъл A. Durán и кол. (2012) предлагат към критерия „основно предназначение“ при определянето на здравните дейности да се добави и по-прагматичната идея за „мандатност“ или „възложена отговорност“. Мандатността отличава онези дейности, оказващи влияние върху здравето, които попадат под правомощията на здравните власти (основно министерства на здравеопазването и подчинените им структури) и върху които институциите, отговорни за здравеопазването, имат възможност да влияят и да упражняват контрол. По този начин, според авторите, границите на здравната система могат да се адаптират към специфичния национален контекст в отделните държави и да се преодолеят някои от несъвършенствата на разгледаните по-горе подходи.

Идеята за мандатността или кои органи са определени като непосредствено отговарящи за здравето допринася също за елиминиране на ефекта на неясната отговорност и споделянето ѝ между различни институции, а оттам – и за подобряване на отчетността в здравната система. Тя е използвана от СЗО за дефиниране на обхвата на здравния сектор като „съвкупността от всички публични и частни организации, институции и ресурси, упълномощени да подобряват, поддържат или възстановяват здравето“. Това определение включва както здравните услуги с делим и неделим ефект, така и дейностите на здравните власти за влияние върху политиките и инициативите на други сектори, насочени към политическите, социалните, екологичните и икономическите детерминанти на здравето (Rajan, 2016).

Смятаме, че подходът, предложен от Durán и кол. (2012), е най-подходящ за очертаване на границите на здравната система, тъй като от една страна позволява да се адаптира концептуалната рамка към спецификите на националния контекст, а от друга – съдейства за

постигане на една от основните задачи на оценката – да допринесе за по-добра отчетност, по-ясна отговорност и по-голяма прозрачност в системата. При разработването на концептуалната рамка за оценка на функционирането на здравната система в България и основно при „насищането“ ѝ с показатели се придържаме към разбирането, че здравната система обхваща дейностите, чието основно предназначение е подобряване на здравето, но границите ѝ се ограничават до онези от тях, които попадат под правомощията на здравните власти. Тази дефиниция съответства предимно на втория подход (или средния кръг), отразен на фигура 2.1, но могат да се отбележат и някои изключения, при които границите обхващат и някои междусекторни дейности в обхвата на третия подход (най-външния кръг) в контекста на ангажиментите на здравната политика. Подобни примери можем да открием по отношение на дългосрочните грижи или балнеологичните и спа услуги, при които отговорността е споделена между Министерството на здравеопазването и други ресорни министерства. Подобни ситуации не нарушават идеята за мандатност, тъй като ангажираните институции имат определени правомощия за въздействие и контрол, включително чрез средствата на здравната политика, върху посочените дейности. На фигура 2.2 е представен подходът, който използваме за дефиниране на здравната система при конструиране на концептуалната рамка за България.

Фигура 2.2. Граници на здравната система



2.1.3. Концептуална рамка за оценка на здравната система в България

През последните десетилетия са предложени редица концептуални рамки, които могат да служат за оценка на функционирането на здравната система. Макар че в отделните случаи се използват с различно предназначение, те имат сходна цел – да представят ясен и разбираем модел на здравната система, отразяващ представата за самата система, нейните компоненти и факторите, от които зависят постигнатите резултати.

Най-общо могат да се разграничат две основни групи концептуални рамки – на самата здравна система и за оценка на функционирането на здравната система (Paranicolas and Smith, 2013). В първия случай рамката е по-обща, свързана с цялостния поглед върху системата, нейните цели, структурни елементи, функции или концептуалната рамка „дефинира, описва и обяснява самата система“ (Shakarishvili et al., 2009). Концептуалната рамка на здравната система предлага теоретична яснота, позволяваща да се подберат подходящи показатели, данни и информация за оценка на функционирането на системата (Paranicolas and Smith, 2013) или подходът е „от горе надолу“ с идентифициране на концептуалната релевантност на основните компоненти на модела и подбор на подходящи измерители. Този подход е използван при конструирането на рамките на СЗО, ОИСР и СБ (вж. т. 1.2). При втория случай концептуалната рамка се фокусира върху основните области, в които трябва да се съсредоточи оценката на функционирането, изхождайки основно от наличната информация или е вид „карта“ на показателите за оценка на резултатите от работата на системата. До известна степен този подход следва посоката „от долу нагоре“, като предполага съпоставка на концептуалната рамка с наличните източници на данни, тяхната надеждност, както и с реалните възможности за събиране на нова информация. Подобна рамка за мониторинг и оценка на здравните реформи е предложената от СЗО и СБ (World Health Organization, 2009).

Подходът, който използваме при разработването на концептуалната рамка за целта на настоящото изследване, е първият – усилията са насочени към създаване на цялостен модел на самата здравна система, отразяващ сложната мрежа от взаимовръзки и зависимости между нейните структурни компоненти и цели, както и факторите, от които зависят постигнатите резултати. Подобен холистичен подход при моделирането и представянето на здравната система осигурява концептуална яснота и прецизност при анализа на състоянието и динамиката на системата и позволява да се положи надеждна основа за

периодични оценки на нейното функциониране. Концептуалната рамка на здравната система предполага по-високо ниво на абстрактност при създаване на модела, но не е пречка за неговото операционализиране.

Самото конструиране на рамката се ръководи от следните основни принципи:

- (1) Основният фокус на оценката е върху целите на системата, във връзка с които се оценяват постигнатите за определен период от време резултати. Това предполага да се отчитат и условията в самата система, които са създадени за постигане на целите, както и факторите извън системата, оказващи влияние върху резултатите от нейното функциониране, т.е. рамката трябва да отразява комплексния характер на множеството връзки и зависимости в самата система и взаимодействията ѝ с други обществени системи. При разработването на рамката е важно също да се проследи преходът от мобилизиране на ресурсите, през различни начини за организиране на тези ресурси към резултатите от функционирането на системата (European Commission, 2014b). По този начин оценката на резултатите се поставя в определен контекст и дава възможност не само да се анализира степента, в която постигнатото се доближава до максимално възможното, но и да се прецени доколко промяната в условията би довела до по-добри резултати.
- (2) Рамката трябва да осигурява възможност за повтаряне на оценката във времето по начин, който позволява да се проследяват и сравняват постигнатите от системата резултати в отделни периоди или да е надеждна основа за осъществяване на регулярни оценки. Тя трябва да служи както за „моментна снимка“ на здравната система в определен ситуационен контекст, така и за проследяване на резултатите във времето. Това предполага осигуряването на устойчивост при измерване на прогреса в постигането на целите на здравната система. Изискването за проследяване на резултатите във времето не изключва и възможността за развитие на рамката и най-вече на показателите, които се използват. Тя трябва да стимулира усилията по набиране на нови, допълнителни данни и информация за мониторинг, анализ и оценка на функционирането на здравната система. В този смисъл концептуалната рамка трябва да осигурява устойчивост на оценката и едновременно да позволява гъвкавост и развитие при нейното извършване.
- (3) За предназначението на оценката на функционирането на здравната система концептуалната рамка трябва да отразява националните специфики, като в същото време дава възможност за сравнение с други държави и за трансфер на добри практики. В този смисъл при

конструирането на самата рамка трябва да бъде заложен известен баланс между специфичност, свързана с националните особености на здравеопазването и неговото обкръжение, и универсалност, която до голяма степен се задава от по-високото ниво на абстрактност при концептуализиране на сложния характер на системата.

- (4) Сложният характер на здравната система постоянно отправя предизвикателства за създаването на концептуален модел, отразяващ множество зависимости и взаимовръзки. Неговото операционализиране предполага разработването на надежден набор от показатели за измерване и оценка на резултатите, който едновременно осигурява устойчивост при приложението и адаптивност към промените в системата. Конструирането на рамката с нейните дименсии и разрези, както и насищането им с показатели неизбежно предполага баланс и в известен смисъл компромис между концептуалната релевантност и практическата осъществимост на оценката.

Въз основа на избрания подход концептуалната рамка, която предлагаме, представя един по-обхванат модел, който позволява да се опише здравната система и да се изяснят взаимовръзките между нейните компоненти, тяхната трансформация при осъществяване на процеси и дейности в рамките на функционирането на системата, насочена към постигане на определени цели, и контекстуалните (извън здравеопазването) фактори (Фигура 2.3). Разработената рамка стъпва върху обширен обзор на научни публикации и доклади на международни и национални организации, свързани с оценката на функционирането на здравната система, и анализ на модели за нейната концептуализация.

Концептуалната рамка, най-общо, може да се раздели условно на три части. Основната част, която е и централният фокус, са целите на здравната система, спрямо които се оценяват и постигнатите резултати за определен период от време. Това е стартовата позиция при самото разработване на рамката, защото онова, което свързва отделни структурни компоненти, кара ги да работят заедно и да си взаимодействат, са именно целите или, както посочва Деминг, „без цел няма система“ (Deming, 1994).

Безспорно здравната система съществува, за да подобрява здравето на хората и това е нейното определящо предназначение или крайна цел, но наред с това могат да се разграничат и други цели, които са свързани с нейното функциониране. При определяне на целите възприемаме предложеното от С. Murray и J. Frenk (2000) разделение на вътрешноприсъщи цели (intrinsic goals) и инструментални цели (instrumental goals), спрямо които резултатите от работата на системата могат да се разглеждат като крайни (outcomes) и междинни (outputs).

Инструменталните цели са стъпка към постигане на вътрешноприсъщите цели на системата, а междинните резултати – предпоставка за крайните. Междинните резултати са непосредствено получените от определени дейности в резултат на функционирането на системата, докато крайните резултати се асоциират с действителната промяна, настъпила в резултат на дейността.

Като вътрешноприсъщи цели разглеждаме грижата за здравето на хората (предпазване и подобряване на здравето) и начина, по който здравната система отговаря на очакванията на потребителите, които не са свързани директно с медицинската помощ, т.нар. чувствителност към очакванията на потребителите (*responsiveness*). Включването на чувствителността към очакванията към крайните цели на системата е идея, която се свързва с функционирането на всички обществени системи и очакванията на гражданите за това как институциите и участниците в системата трябва да си взаимодействат с тях (Murray and Frenk, 2000). Спазването на човешките права, зачитането на човешкото достойнство, свободата и независимостта, възможността за участие във вземането на решения са част от аспектите, заложи в идеята за чувствителност към очакванията на потребителите (Mirzoev and Kane, 2017).

Като инструментални цели разглеждаме качеството на здравните услуги и достъпа до тях или това са предпоставките, които са необходими, за да се постигнат крайните цели на системата. Сами по себе си и качеството, и достъпът са сложни многоаспектни категории и при опитите да се измерват и оценяват се включват множество показатели, често препокриващи се помежду си. Поради това смятаме, че е необходимо и уместно да се обърне внимание на тяхната взаимосвързаност и да се очертаят аспектите, в които те се преплитат. Според нас това е времето от установяването на потребността до получаване на помощ или грижа, което може да се определи като общо измерение на качеството и достъпа – т.нар. своєвременност при оказването на здравните услуги. Тази пресечна точка дава възможност да се отрази взаимозависимостта между инструменталните цели при самата оценка на функционирането на системата.

Освен качеството и достъпа, формиращи ядрото на инструменталните цели, в концептуалната рамка са очертани и още два разреза, които са свързани с останалите (междинни и крайни резултати от функционирането на системата). Първият е равнопоставеност (*equity*), която бихме могли да определим като всеобхватно измерение по отношение на всички останали. Тя засяга всяка една от целите на системата, както инструментални, така и вътрешноприсъщи, и отразява доколко постигнатите резултати са сравнително консистентни по отношение на

различните групи в обществото. Равнопоставеността се свързва по-скоро с всички цели на здравната система, а не с отделен аспект на резултатите от нейното функциониране (Murray and Frenk, 2000). Вторият разрез, който засяга всички останали, е издръжливостта на здравната система (resilience). Това е сравнително нова концепция в здравеопазването, която се свързва със способността на системата да устоява на вътрешни и външни смущения, шокове и кризи, запазвайки основните си функции (Ammar et al., 2016). Издръжливостта е динамичната компонента на предложената рамка, която е отражение на способностите на системата да се адаптира към промени или да се трансформира, когато условията го налагат и в този смисъл тя дава специфичен разрез на функционирането на здравната система като сложен резултат от взаимодействията между системата и нейното обкръжение (van Olmen et al., 2012b). Макар доста условно, бихме могли да определим издръжливостта като предпоставка за постигане на вътрешноприсъщите цели на системата.

Другата част на концептуалната рамка представя ресурсите (inputs) и процесите (или функциите) на здравната система. Те са условията, които трябва да се създадат, за да се постигнат резултатите – междинни и крайни. Логиката на самата концептуална рамка отчита изместването на тежестта от мобилизирането на ресурсите през начина на организация и съчетаване на тези ресурси към крайните резултати. Важно е да се отбележи, че количеството на ресурсите определя до голяма степен равнището на постигнатите резултати, но постигането на максимално възможни резултати при дадено равнище на входящите ресурси зависи основно от организацията и самата конструкция на здравната система (World Health Organization, 2000). Поради това различни национални системи, които имат сходно равнище на здравните разходи, често постигат различни резултати, което е отражение на едно от основните свойства на обществените системи по принцип – зависимост от пътя на развитие (path dependence) (Paina and Peters, 2012). Връзката между крайните резултати и входящите ресурси се задава от ефективността (efficiency), която ни позволява да оценим постигнатото на „изхода“ спрямо условията, създадени на „входа“ на системата. Когато говорим за функциониране (performance), акцентът пада основно върху степента, в която системата постига целите си (Hurst and Jee-Hughes, 2001), докато ефективността отчита и заложените ресурси. Постигането на максимално възможен резултат при дадено равнище на входящи ресурси зависи от начина, по който системата изпълнява своите функции, и в този смисъл ефективността се свързва с цялостната оценка на функционирането (Murray and Frenk, 2000).

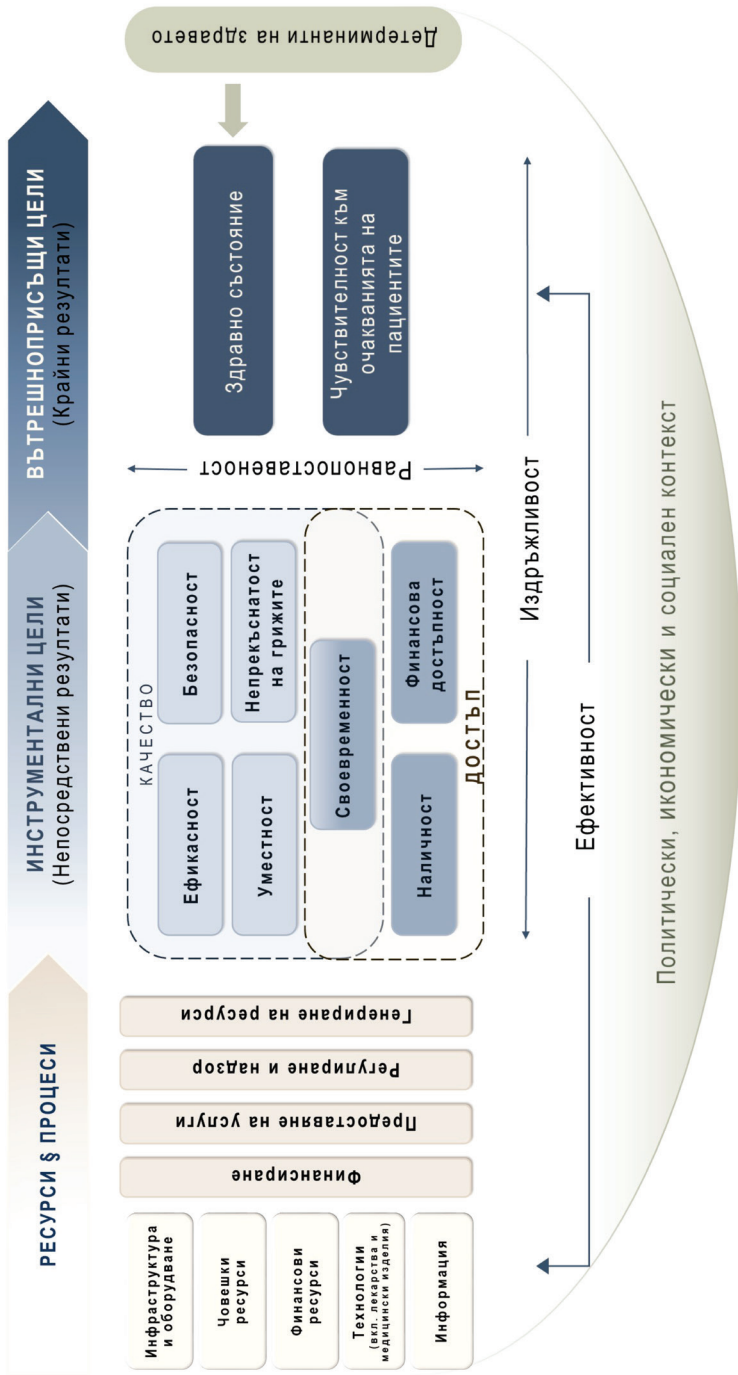
Третата част на концептуалната рамка представя контекста, в който здравната система функционира, или обкръжението, с което тя си взаимодейства. Това са факторите, извън определените граници на системата, оказващи въздействие върху нейната работата. Факторите на обкръжението влияят върху ресурсите, които системата може да мобилизира и използва, върху начина, по който тя изпълнява своите функции, както и върху резултатите, които постига. Това влияние основно е представено чрез детерминантите на здравето, които са извън здравната система и до голяма степен не зависят от нейната работа.

Концептуалната рамка представя един по-общ модел на здравната система, но за оценката на функционирането акцентът се поставя върху целите на системата и съответно резултатите, които тя постига за определен период от време. Това предполага и последващо „привеждане в действие“ на тази част от рамката или нейното операционализиране, т.е. определяне на набор от показатели за оценка.

Концептуалната рамка трябва да насочва, систематизира и структурира оценката на функционирането на здравната система, което да позволи от една страна проследяване на напредъка (или регреса) в постигането на целите за по-дълъг период от време, а от друга – да дава възможност за промяна или адаптация към промените в самата система или нейното обкръжение. Това в крайна сметка е едно от основните предназначения на оценката – да се анализират постигнатите резултати, заложи в стратегиите и програмите, и да се оцени тяхното изпълнение. Акцентът обаче не е върху ретроспективната преценка на планирането и изпълнението им, а по-скоро върху „уроците“, които трябва да се научат за следващия програмен период, за да се насочва здравната политика към целенасочени интервенции, с които да се постигнат по-добри резултати в бъдеще.

Рамката е концептуален инструмент за анализиране на съществуваща информация и данни, за да се разберат „тесните места“ в здравната система, техния произход и въздействие върху работата на системата. Използването на рамката за анализ на данни и информация дава възможност здравната система да се разглежда холистично, като отделените проблеми или постижения се поставят в контекста на „цялото“, за да се разберат по-добре факторите на влияние и техния ефект върху функционирането на системата.

Фигура 2.3. Концептуална рамка за оценка на функционирането на здравната система в България



2.2. Система от показатели за оценка

Мария Рохова

За извършване на оценката на функционирането на здравната система в България концептуалната рамка трябва да бъде „приведена в действие“, т.е. да бъде операционализирана с определяне на набор от показатели за оценка. Рамката дава обосновката и задава принципите при избора на показателите, които се дефинират като „измерими елементи на функционирането, за които има доказателства или консенсус, че могат да бъдат използвани за оценка [на резултатите от него]“ (Braithwaite et al., 2017).

При формиране на набора (системата) за България е необходимо най-общо да се проучат показателите, които се използват (или предлагат) за оценка на функционирането от международни организации или национални институции, както и в различни научни изследвания и на тази основа да се избере индикатор за провеждане на оценката в България. Селекцията често е комбинация от два подхода – нормативен (кои показатели трябва да се използват при оценката) и позитивен (кои могат да се включат/измерят при нейното провеждане) и обикновено предполага компромис между концептуалната значимост и практическата наличност. Преценката на отделните показатели относно тяхното включване във финалния набор се основава на различни комбинации от критерии, които зависят от целите на оценката. На таблица 2.1 са представени критериите, въз основа на които са избрани показателите към различни национални и международни концептуални рамки за оценка на функционирането на здравната система.

Освен посочените критерии, при селекцията важно значение има добавената стойност на всеки отделен показател за оценката на функционирането на здравната система, както и добавената стойност на показателя в контекста на останалите, които ще бъдат използвани за оценката. При това се налага сравнение между разходите за събиране на данните, ако те не са налични, с добавената стойност на показателя за провеждането на оценката (World Health Organization. Regional Office for Europe, 2012b).

При определяне и систематизиране на показателите за оценка на функционирането на здравната система в настоящото изследване е приложена методика, състояща се от три последователни етапа:

- (1) Идентифициране на показателите, използвани при национални и международни оценки на функционирането на здравните системи – съставяне на пълен списък от показатели от няколко типа източници:

- национални концептуални рамки и еволюцията им през годините с различни версии на рамките;
- доклади на международни организации;
- научни изследвания на отделни автори, свързани с оценка на функционирането на здравната система.

Използвани са над 80 източника, като са идентифицирани общо 2871 показателя, които са предложени и/или приложени при оценка на отделните аспекти от функционирането на здравната система (Фигура 2.4).

Таблица 2.1. Критерии за преценка и избор на показатели за оценка на функционирането на здравната система

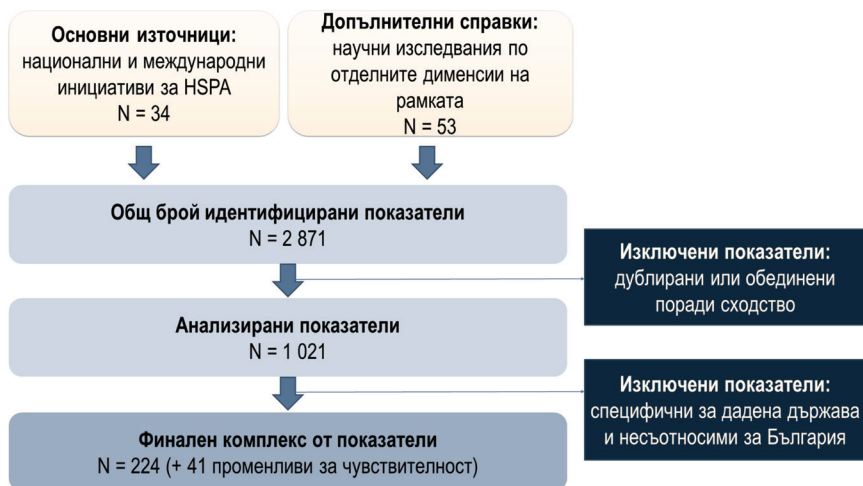
Критерии	WHO (2000)	NHPC (2001)	WHO (2012)	Carinci et al. (2015)	Grech et al. (2015)	Fekri et al. (2017)	Peric et al. (2018)
Значимост			X		X		
Уместност		X	X	X		X	X
Обоснованост	X	X	X	X	X	X	X
Надеждност	X	X	X	X	X		X
Приложимост	X	X	X	X	X	X	X
Яснота на доказателствата					X		
Измеримост		X					
Възможност за повторяемост	X						X
Възможност за предприемане на действия		X		X		X	
Възможност за открояване на тенденциите		X				X	
Ясен и лесен за комуникация и тълкуване							X
Международна съпоставимост				X			X
Наличност							X
Времеви обхват							X
Съгласуваност с общия набор от показатели							X
Минимален брой показатели							X
Приемливост	X					X	
Чувствителност към промяна	X						
Възможност за количествено оразмеряване						X	

Източници: World Health Organization, 2000; National Health Performance Committee, 2001; World Health Organization. Regional Office for Europe, 2012b; Carinci et al., 2015; Grech et al., 2015; Fekri et al., 2017; Peric et al., 2018.

- (2) Обобщаване и групиране на идентифицираните показатели – показателите са разпределени в отделни групи, които отговарят на основните измерения в концептуалната рамка за оценка на функционирането на здравната система в България. След групирането показателите са прегледани за дублиране и значително сходство между тях. Дублиращите се, както и тези, които са много близки по значение, са премахнати, като в резултат от това показателите са ограничени до 1021 (Фигура 2.4), като при този първоначален преглед са отбелязани най-често срещаните от тях (тези, които се повтарят в два или в повече източника).
- (3) Анализ на показателите – списъкът от 1021 показателя е анализиран по отделни измерения на концептуалната рамка, както в неговата цялост, като преценката им е направена въз основа на следните критерии:
- значимост на показателя за провеждане на оценката за България от гледна точка на основните резултати от функционирането на здравната система и слабостите, предпоставили тези резултати;
 - уместност на показателя от гледна точка на конкретния контекст, в който се провежда оценката;
 - надеждност на показателя от гледна точка на еднородността на резултатите, които се получават при повтарящи се измервания на един и същ обект;
 - обоснованост на показателя от гледна точка на връзката му с отделните измерения на функционирането.

При този анализ са изключени показатели, които са с ограничена информативна/аналитична добавена стойност за съответното измерение или такива, които по-скоро представляват насоки за измерване, а не напълно установени показатели, които могат да бъдат приложени (като например „права на пациентите“ или „опит при използване на здравни услуги през последните 12 месеца“). Наличието на данни за България не е взето предвид при окончателното оформяне на набора от показатели, като ако даден показател е уместен и значим за оценката, той е включен с препоръката, че трябва да бъде допълнително разработен и съответно да се събират данни за него на национално и/или регионално равнище. Освен това част от показателите са изключени, тъй като не са уместни за българската здравна система (напр. „достъп до чиста питейна вода“) или не са особено значими в контекста на настоящите резултати от функционирането ѝ (напр. „забавяне в растежа“). В резултат от анализа са избрани 224 показатели и 41 променливи за чувствителност на здравната система (Фигура 2.4), които оформят финалния набор (комплекс) за оценка на функционирането на здравната система в България.

Фигура 2.4. Селектиране на показателите за оценка на функционирането на здравната система в България



На фигура 2.5 е представено разпределението на показателите по отделните измерения на концептуалната рамка – междинни и крайни резултати от функционирането на здравната система и детерминантите на здравето, които са включени в оценката.

Фигура 2.5. Брой на показателите по измерения на концептуалната рамка



Показателите, които се използват или предлагат за оценка на функционирането на здравната система, са многобройни и разнообразни. В някои случаи стремежът да се обхванат колкото се може повече аспекти от функционирането създава затруднения поради включването на голям брой показатели с различна стратификация на населението. Това често усложнява оценката и не предполага еднозначно тълкуване на резултатите. Проблем представлява и събирането на информация по отделните показатели, проследяване на тенденциите във времето и определяне на подходящи обекти за сравнение. Всички тези методически и приложни предизвикателства предполагат, че изследванията в търсене на оптимален набор от показатели при оценка на функционирането на здравната система трябва да продължат.

2.2.1. Качество³

Валерия Николова, Антония Димова

Интерпретация на качеството в контекста на оценката на функционирането на здравната система

Като цяло концепциите за качество в областта на здравеопазването са изключително разнообразни, отразявайки възможните подходи при неговото дефиниране и възприетата перспектива. Различните подходи и перспективи за дефиниране на качеството са резултат от двете му фундаментални характеристики – първата, произтичаща от философските интерпретации за качество на Аристотел, Джон Лок, Хегел и др., че не съществува „абсолютно“ качество, а то винаги се свързва с определен носител (т.е. то е обективна характеристика на определен продукт, система, процес) и втората, че е свързано с удовлетворяване на определени потребности и изисквания на потребителите и други заинтересовани страни (Деминг, Джуран, Харингтън и много др.), т.е. има както обективен, така и субективен характер, свързан с възприятията. Първата характеристика на качеството предопределя различните подходи, които се прилагат за дефинирането му в областта на здравеопазването – качество на здравеопазването, на медицинската помощ, на здравната услуга, на процеса по оказване на медицинска помощ или на резултата от нея, а втората – различната перспектива

³ Тази точка се основава на дисертационния труд на Валерия Николова „Система от показатели за измерване и оценка на качеството на здравеопазване в България“, 2022, Медицински университет – Варна, с научен ръководител Антония Димова, разработен в рамките на проекта „Оценка на здравната система в България: ефективност, равнопоставеност, устойчивост“.

– качество, дефинирано от гледна точка на производителите/професионалистите, на потребителите/пациентите/обществото, на платците или на всички съвкупно. Сложността и комплексността при дефинирането на самите носители на качеството – здравните услуги, процеса по оказване на медицинската помощ или здравеопазването като цяло (включително разглеждано като процес или система), както и множеството различни потребители и заинтересовани страни, налагат концептуализирането на качеството на различни нива. Дефинициите за качество на здравните услуги, в които се обръща внимание както на резултатите за индивидите, така и на резултатите за обществото като цяло поставят основата за дефиниране на качеството на ниво здравна система (качество на здравеопазването), наред с по-тясната дефиниция за качество на медицинската помощ, получавана от конкретни пациенти или оказвана в конкретни здравни и лечебни заведения (качество в здравеопазването). Подобно разграничаване използва СЗО в насоките си от 2006 г. за стратегически избори в здравната система, свързани с качеството, фокусирайки ги както върху здравните системи като такива, така и върху качеството на резултатите, които те продуцират (WHO, 2006). Разликата между дефинирането на качеството *на* и *във* здравеопазването е в обхвата на обекта, чийто носител са качествени характеристики. Качеството *на* здравеопазване е по-широката концепция, включваща възможността на здравната система да постигне целите си по отношение на подобряване на здравето на нацията, да е ориентирана към пациента и неговите здрави потребности, да осигурява финансова защита на населението и ефективност при функционирането на здравната система (WHO, OECD and World Bank, 2018). В този смисъл някои автори твърдят, че самата оценка на функционирането на здравната система, доколкото тя обхваща характеристиките и целите на здравната система, необходими за удовлетворяване на здравните потребности на обществото, всъщност представлява оценка на качеството на здравеопазване в дадена страна (Arah et al., 2006).

Качеството *във* здравеопазването има по-тесен фокус – върху конкретните медицински и здрави услуги, получавани от гражданите и обществото (качество на медицинската помощ), и именно с този смисъл то присъства като дименсия (измерение, компонент) в почти всички концептуални рамки за оценка на функционирането на здравната система (в 32 от общо 33 проучени рамки).

Качеството като компонент в концептуалните рамки, в неговия тесен смисъл, се разглежда като качество на медицинските услуги, което се проявява в постигането на най-добрия здравен резултат за пациентите (ефикасност) при отсъствие на риск за нанасяне на вреда (безопасност) и чрез прилагане на именно подходящите интервенции (уместност)

в точния момент (своевременност) и в продължение на целия период на заболяването или потребността от помощ (непрекъснатост на грижите). Последните две разширяват леко тази тясна дефиниция за качество от „качество на медицинските услуги/дейности“ до „качество на медицинската помощ“, в която към чисто медицинските се включват и организационни аспекти на здравеопазването и от измерване на резултата (ефикасност, уместност, безопасност) към измерване и на процеса (непрекъснатост и своевременност). Именно в тесния си смисъл качеството в повечето случаи е отделено от достъпа в концептуалните рамки, а своевременността е пресечната им точка. С това разбиране са използвани съответните компоненти и в концептуалната рамка за България (вж. т. 2.1.3). Тъй като достъпът (вж. т. 2.2.2) се определя като „възможността хората да получат здравни услуги на правилното място, в правилното време, независимо от дохода, физическата локация и културните различия“ (Canadian Institute for Health Information, 2012), той е важна предпоставка за качеството на медицинската помощ. В разгледаните концептуални рамки достъпът се измерва основно чрез показатели, отнасящи се до финансовите и физически затруднения, които пациентите срещат при необходимост от медицинска помощ и които могат да накърнят своевременността. В контекста на достъпа, своевременността може да е свързана с някои организационни проблеми, но тя има и своите медицински измерения (т.е. тя е елемент и на качеството), когато е свързана със спазване на медицински протоколи по предоставяне на медицинската помощ в точния момент с оглед на постигане на най-добрия резултат за пациента.

Ефикасността, безопасността и поставянето на пациента в центъра на здравната система са трите най-често използвани елемента за измерване на качеството в концептуалните рамки за оценка на функционирането на здравната система. Hurst и Jee-Hughes (2001) ги определят като негови основни измерители и атрибути, които могат да доведат до постигане на желаните здравни резултати. Уместността и непрекъснатостта при предоставянето на здравни услуги често се възприемат като част от тези елементи, което може да обясни по-ограниченото им използване като отделни елементи на качеството в концептуалните рамки. Тъй като достъпът е част от по-широката концепция за качество на здравеопазването, той присъства като отделен компонент при оценката на функционирането на здравната система (вж. т. 2.2.2), наред с качеството на медицинската помощ.

Различието в концептуалните рамки на отделните държави по отношение на включените в тях елементи на качеството на медицинската помощ е в резултат на предназначението, с което се извършва оценката и специфичните цели на здравната система във всяка страна. Независимо

от различията обаче, общото значение на всеки от основните компоненти, които са включени и в концептуалната рамка за България (вж. т. 2.1.3), е следното:

- Ефикасността се определя като „постигане на желаните здравни резултати, чрез осигуряване на правилните здравни услуги, базирани на доказателства, но само на тези, които биха имали полза от тях“ (Arah et al., 2006). Представлява ключов елемент за измерване на качеството, защото е насочен към резултата от медицинската помощ (Hurst and Jee-Hughes, 2001). Ефикасността е най-широко използваният елемент в концептуалните рамки на отделните страни и организации.
- Безопасността представлява „степената, в която здравната система не нанася вреда на пациента“ (Arah et al., 2006). Тя е вторият най-често срещан елемент след ефикасността. Използва се за измерване както на процеса, така и на междинни и крайни резултати от предоставянето на здравни услуги. Това обуславя и тясната ѝ връзка с ефикасността (Hurst and Jee-Hughes, 2001).
- Уместността включва предоставянето на здравни услуги, съгласно действащите медицински стандарти. Определя се като „степената, в която предоставяната здравна услуга е релевантна на нуждата от медицинска помощ, основавайки се на най-съвременните доказателства и напредък в дадената област“ (Arah et al., 2006). В концептуалната рамка на Белгия (Devos et al., 2019; Vrijens et al., 2016) се посочва, че тя може да бъде оценена по различни начини, но най-често се използва спазването на препоръките, съдържащи се в клиничните медицински стандарти. Според някои автори уместността представлява част от ефикасността (Hurst and Jee-Hughes, 2001). Това виждане е оправдано, защото наличието и спазването на медицинските стандарти е пряко свързано с постигането на желаните здравни резултати за населението.
- Непрекъснатостта при предоставянето на здравни услуги е елемент, който се отнася до проследяване на „пътя на пациента“ във всички нива на здравната система. Подчертава важността и необходимостта от налична, добре поддържана и достъпна здравно-информационна система (Arah et al., 2006). Съдържа четири аспекта – непрекъснатост на информацията в практиките за първична медицинска помощ (възможността за използване на информацията от здравното досие на пациента по всяко време от личния му лекар), осъществяване на добра връзка между личния лекар и неговите пациенти (измерване на честотата на

срещите между пациента и личния му лекар), непрекъснатост на управлението (последователност в предоставянето на медицинска помощ през различните ѝ етапи, т.е. връзка между лечебните заведения за болнична и първична медицинска помощ) и координация при предоставяне на услугите (връзка между различните доставчици на здравни услуги, в случая лечебни заведения за болнична и извънболнична медицинска помощ) (Devos et al., 2019; Vrijens et al., 2016).

Показатели за оценка на качеството

От разгледаните 23 национални концептуални рамки на 15 държави: Белгия (2010, 2012, 2015 и 2019 г.), Нидерландия (2015 г.), Грузия (2009 г.), Малта (2015 г.), Нова Зеландия (2011 г.), Унгария (2014 г.), Великобритания (2012 г.), Португалия (2010 г.), Турция (2012 г.), Австралия (2001, 2017 и 2018 г.), Канада (2008, 2012, 2013 и 2014 г.), Естония (2009 г.), Армения (2009 г.), САЩ – The Commonwealth Fund (2014 г.) и Латвия (2019 г.) и 10 доклада: на ОИСП (Hurst and Jee-Hughes, 2001; Kelley and Hurst, 2006; OECD, 2017, 2018), СЗО (World Health Organization, 2015, 2018), Европейската комисия (European Commission, 2013, 2014a) и Агенцията за здравни изследвания и качеството на САЩ (Agency for Healthcare Research and Quality, 2017, 2019), са изведени 304 различни в смислово отношение индикатори за качество на медицинската помощ по различни елементи. В таблица 2.2 са посочени най-често използваните индикатори по всеки от елементите на качеството, като елементите са представени последователно в зависимост от броя на различните индикатори, отнесени към тях. Индикаторите са свързани основно с процеса и резултата от предоставяната медицинска помощ. Елементът, съдържащ най-много индикатори, е ефикасността, следван от безопасността, уместността и непрекъснатостта при предоставянето на здравни услуги.

Индикаторите за ефикасност в концептуалните рамки позволяват основно измерване на резултата от оказваната медицинска помощ, най-често по отношение на състояния, подлежащи на амбулаторно лечение, при които своевременно оказаната медицинска помощ може да предотврати във висока степен усложненията и необходимостта от болнично лечение – като хронична обструктивна белодробна болест (ХОББ), диабет, астма, ангина, туберкулоза, пневмония, инфекция на пикочните пътища, психични заболявания, грип и др. (World Health Organization. Regional Office for Europe, 2016), ваксинално покритие (при деца и възрастни), профилактичната дейност и предотвратимата смъртност. Според ЕК, по отношение на ефикасността е по-правилно

да се използва индикатор, измерващ перинаталната, а не детската смъртност, защото той не е толкова зависим от социоекономическите фактори и чрез него се придобива по-ясна представа за качеството на медицинската помощ (European Commission, 2014).

Индикаторите за безопасност се отнасят до качеството на процеса, междинния и крайния резултат предимно в лечебните заведения за болнична помощ, в които рискът за възникване на нежелани събития е по-осезаем, а възможните индикатори за оценка – по-чувствителни. Безопасността обикновено се измерва чрез честотата на възникнали неблагоприятни събития в резултат на дефицити в качеството на структурата и/или процеса. Специфична група индикатори за безопасност е в областта на лекарствената употреба. По този елемент присъстват и индикатори за смъртност, които по принцип са по-характерни за измерване на ефикасността, но в случая се отчитат събития, свързани с усложненията, които най-често настъпват при проблеми с безопасността, например по време на бременността, раждането и послеродовия период.

Индикаторите за уместност отчитат оказването на подходящите услуги като вид спрямо здравните потребности без излишни (ненужни) по вид и брой услуги, например неправилна употреба на медикаменти, неуместно (или ненужно) предоставена медицинска услуга. Обикновено уместността се измерва с индикатори за свръхупотреба, защото по този начин най-лесно и видимо се установяват недобрите медицински практики.

Най-често използваните индикатори за измерване на непрекъснатостта при предоставянето на здравни услуги са свързани с три вида състояния – диабет, онкологични и психични заболявания, отчитайки обема и видовете услуги, осигурявани за пациентите с хронични заболявания и свързаността и координацията между различите изпълнители на медицинска помощ. Като предпоставка за интеграцията в здравната система, наличието и използването на информационни технологии в оказването на медицинските услуги също се използват като индикатори за оценка на континуитета.

Голяма част от индикаторите се отнасят за качеството на първичната помощ (или по-общо на извънболничната помощ), като такива присъстват във всеки от елементите на качеството – ефикасност, поставяне на пациента в центъра на здравната система, уместност и непрекъснатост при предоставянето на здравни услуги, с изключение на безопасността, индикаторите за която се отнасят предимно за болничната помощ. Лечебните заведения за извънболнична помощ са първото стъпало, първият контакт на пациента със здравната система (Expert Panel on

effective ways of investing in health, 2018; Mesarić et al., 2011), а ефективно организираната извънболнична помощ има съществен принос за подобряването на функционирането на здравните системи (Canadian Institute for Health Information, 2006) и постигането на желаните здравни цели (Häkkinen et al., 2013), което обосновава широкото използване на индикатори именно за качество на извънболничната медицинска помощ.

Таблица 2.2. Най-често използвани индикатори за измерване на качеството на здравните услуги в концептуалните рамки

Елемент на качеството	Индикатори на качеството
Ефикасност (365 индикатора, от които 134 различни)	Смъртност: • Смъртност вследствие на рак на гърдата, рак на шийката на матката, рак на дебелото черво • 30-дневна смъртност вследствие на инфаркт или инсулт • Детска смъртност • Перинатална смъртност
Ефикасност (365 индикатора, от които 134 различни)	• Предотвратима смъртност • Дял на случаите на самоубийство • Състояния, подлежащи на амбулаторно лечение: • Дял на пациентите с ХОББ, приети за болнично лечение • Дял на пациентите с астма, приети за болнично лечение • Дял на пациентите с астма, приети повторно за болнично лечение • Дял на пациентите с инфаркт, приети повторно за болнично лечение • Дял на възрастните пациенти с диабет, приети за болнично лечение • Превенция на инфекциозни и неинфекциозни заболявания: • Дял на населението, обхванато със скрининг за рак на гърдата, рак на шийката на матката, рак на дебелото черво • 5-годишна преживяемост от рак на гърдата, рак на шийката на матката, рак на дебелото черво • Дял на случаите на многорезистентна туберкулоза (MDR-TB) от всички нови и по-рано лекувани случаи • Имунизационно покритие на възрастното население (65+) с противогрипна ваксина • Имунизационно покритие на децата с ваксини, включени в имунизационния календар на дадената страна

Безопасност (207 индикатора, от които 72 различни)	Нежелани събития, в резултат на оказаната медицинска помощ, които е можело да бъдат избегнати: • Честота на инцидентите с пациенти, паднали по време на болничния им престой • Честота на случаите на лежащо болните пациенти с декубитални рани • Честота на акушерска травма при нормално раждане със/без инструмент • Честота на случаите на лекарствени грешки • Честота на случаите на вътреболнични инфекции – случаи на MRSA (метицилин резистентна <i>Staphylococcus aureus</i>) инфекция • Честота на случаите на инфекция на кръвта при пациенти с централен венозен източник • Честота на случаите на постоперативен сепсис • Честота на случаите на постоперативен кръвоизлив/хематом • Честота на случаите на следоперативна белодробна емболия или дълбока венозна тромбоза • Честота на случаите на следоперативна белодробна емболия или дълбока венозна тромбоза, вследствие на операция на коляното/бедрото. Лекарствена употреба: • Дял на възрастните пациенти (65+), употребяващи пет или повече лекарства в рамките на 24 часа • Дял на възрастните пациенти, употребяващи продължително време бензодиазепинови медикаменти
Безопасност (207 индикатора, от които 72 различни)	• Честота на изписване на антибиотици Смъртност • Периоперативна смъртност • Майчина смъртност • Състояния, подлежащи на амбулаторно лечение • Грижа по време на бременност-мерене на кръвно и изследване за сифилис • Честота на повторните хоспитализации • Нежелани събития с тежки последици • Честота на случаите на забравено чуждо тяло по време на процедура Други: • Дял на кърмените бебета през първите 6 месеца

Уместност (46 индикатора, от които 20 различни)	• Дял на ражданията чрез цезарово сечение • Честота на употреба на антибиотици (веднъж или два пъти годишно) • Пациенти, напуснали лечебното заведение (вследствие на смърт, изписване, трансфер в друго лечебно заведение и др.) • Адекватно проследяване на възрастни пациенти с диабет
Непрекъснатост при предоставянето на здравни услуги (37 индикатора, от които 16 различни)	• Дял на повторните хоспитализации при пациенти с психични заболявания (в рамките на 30 дни) • Персонална грижа • Дял на възрастните пациенти (65+), посетени от личния си лекар седем дни след изписване им от болница • Дял на пациентите с онкологични заболявания, обсъждани от мултидисциплинарни екипи • Дял на пациентите с диабет, имащи установен план или програма за грижи/ здравно досие/ траектория на грижите

При изследването и систематизирането на индикаторите от разгледаните концептуални рамки се установява, че едни и същи индикатори могат да се използват за измерване и оценка на различни елементи на качеството, например индикаторът честота на ражданията чрез цезарово сечение е най-често използван за измерване на уместността, докато в рамката на Португалия например, той е отнесен към ефикасността (World Health Organization. Regional Office for Europe, 2010); индикаторите, отчитащи имунизационното покритие при децата със задължителните ваксини и скрининга за рак на гърдата и на шийката на матката се използват основно за оценка на ефикасността, но някои държави ги прилагат за оценка на безопасността (World Health Organization. Regional Office for Europe, 2009a), достъпа (Canadian Institute for Health Information, 2006) или уместността (Devos et al., 2019; Vrijens et al., 2013). Различията в използването на индикаторите и причисляването им към определен елемент на качеството могат да се дължат на модела и целите на здравната система в конкретната държава или на контекста, в който се интерпретират резултатите. Различните интерпретации са възможни поради голямата зависимост, която съществува между отделните елементи на качеството. Например свръхупотребата на антибиотици и лекарства може да се използва за оценка както на ефикасността, така и на адекватността или безопасността. С тези основания са избрани и индикаторите за България по всеки от елементите на качеството – *ефикасност, безопасност, уместност и непрекъснатост на медицинската помощ* (Таблица 2.3).

Основната част от предложените индикатори за България са най-често използваните в концептуалните рамки на другите държави по съответния елемент на качеството, но някои от тях се използват за оценка на различен елемент и са добавени и някои специфични за българския контекст индикатори.

По отношение на ефикасността за България са включени индикатори, свързани пряко с резултата от оказваната медицинска помощ. Индикатори, които в рамките на другите държави са отнесени към тази категория, но отчитат повече процеса на оказване на медицинските услуги, в българската рамка са отнесени към безопасността или адекватността. Целта, от една страна, е да се избегне големият брой повторения, а от друга – да се уловят спецификите във функционирането на българската здравна система, т.е. специфичното значение, което индикаторът (неговата стойност) би имал за България. Пример в това отношение са хоспитализациите при амбулаторно-повлиявани/контролируеми състояния. Докато при други държави този индикатор се използва за оценка на ефикасността на извънболничната помощ, в България върху него по-скоро се отразява мотивацията на болниците да приемат повече пациенти, т.е. свързан е по-скоро с уместността/адекватността. Уместността е повлияна в България от клиничните пътеки и процедури в болничната помощ и от нормативите за дейностите в извънболничната помощ, които се заплащат по метода „такса за услуга“. Характерно за България е, че поради финансовите механизми, създаващи предпоставки за неестествено поведение на изпълнителите на медицинска помощ, част от индикаторите могат да отразяват именно това, без да показват проблеми от медицинско естество. Поради това едни индикатори, които обикновено са свързани с безопасността, т.е. имат медицински причини, в концептуалната рамка за България, са предложени като индикатори за уместност, например повторни хоспитализации при определени заболявания, свръхупотреба на лекарства и антибиотици и др. Свързана тясно със своевременността и ефикасността, непрекъснатостта (континуитетът) на медицинската помощ в българския контекст се явява важна предпоставка за своевременност, която от своя страна има отражение върху ефикасността. Например липсата на адекватна рехабилитация след инсулт/инфаркт, оказана своевременно поради липса на интегритет в грижите за пациентите, води до по-голям дял на трайно и тежко инвалидизирани пациенти. По отношение на непрекъснатостта за България са предложени индикатори, отчитащи степента на информационна свързаност между отделните нива на здравната система и пътя на пациента след овладяване на активната фаза на заболяването му – последващите медицински дейности, необходими за подобряване на състоянието му или пълното му възстановяване.

Основен проблем с индикаторите за България, особено за ефикасност, е наличността на данни за повечето от тях (вж. т. 3.2.1). Дори и за част от тях да съществуват първични данни, за комбинирането им в индикаторите са нужни значими ресурси (включително технически), например за изчисляване на 30-дневна смъртност след болнично лечение на инфаркт или инсулт. Поради значимостта на индикаторите за измерване на ефикасността на медицинската помощ в България обаче, дори и при липсата на данни, те би следвало да бъдат заложили в концептуалната рамка.

Таблица 2.3. Индикатори за оценка на качеството на медицинската помощ за България

Индикатори за ефикасност
Предотвратима с добра профилактика смъртност
Честота на ваксинапредотвратими заболявания
Имунизационно покритие
Дял на случаите на рак на гърдата диагностицирани в 1-ви и 2-ри стадий
Дял на населението обхванато в скрининг за рак на млечна жлеза/шийка на матката, ректум
Предотвратима с добро лечение смъртност
30-дневна смъртност след инфаркт на миокарда
30-дневна смъртност след инсулт
5-годишна преживяемост при рак на гърдата
5-годишна преживяемост при рак на шийката на матката
5-годишна преживяемост при колоректален рак
Честота на хоспитализациите поради усложнения на диабет
5-годишна преживяемост след трансплантация на бъбрек/черен дроб
Смъртност в рамките на 1 година след диагностициране на рак на белия дроб
Дял на пациентите с диабет с усложнения
Смъртност на 1000 хоспитализирани пациенти с пневмония
Неонатална смъртност
Индикатори за безопасност
Честота на нозокомиални инфекции
Честота на постоперативен сепсис
Честота на инфекции на кръвта при централен венозен източник
Честота на неблагоприятни събития след кръвопреливане
Честота на постоперативна белодробна емболия

Честота на лекарствени грешки
Честота на акушерска травма при нормално раждане
Честота на случите на забравено чуждо тяло при оперативни интервенции
Смъртност след операция за смяна на тазобедрена става
Майчина смъртност (асоциирана с бременността, раждането и пуерпериума)
Честота на дълбока венозна тромбоза (след смяна на колянна или тазобедрена става)
Честота на постоперативни кръвоизливи или хематоми
Честота на (непланирани) повторни хоспитализации при екстракция на катаракта, смяна на тазобедрена става, апендектомия, смяна на колянна става, простатектомия, тонзилектомия и еденоидектомия
Честота на повторни хоспитализации при инфекции на оперативната рана
Регистрация на инциденти (да/не национално ниво; наличие на регламенти или насоки на национално ниво; дял на лечебните заведения с изградени системи за регистрация на медицински грешки и инциденти)*
Дял на хората/пациентите, според които вероятността да им бъде навредено по време на оказване на медицинска помощ е голяма*
Дял на медицинските специалисти, които изпитват постоянен страх (несигурност) от допускане на грешка*
Индикатори за уместност
Брой раждания с цезарово сечение на 1000 живородени
Брой образни изследвания на 100 000 души от населението
Свърхупотреба на лекарства при възрастни хора – дял на хората на 65+ употребяващи 5 (9) и повече лекарства
Антибиотична употреба при деца и младежи – дял на децата и младежите (0-19) с предписани антибиотици
Употреба на антибиотици – обща DDD на 1000 души на ден
Честота на хоспитализация на доносени новородени в неонатология
Честота на хоспитализациите при заболявания с възможност за амбулаторно лечение/овладяване (астма, диабет, хипертония, ХОББ, сърдечна недостатъчност, ангина пекторис)
Дял на проследяваните бременни
Индикатори за непрекъснатост
Дял на пациентите с преглед при ОПЛ до 7 дни след изписване от болница*
Дял на пациентите с вторични прегледи до 30 дни след изписване от болница (един преглед, два прегледа)*
Дял на вторичните прегледи при специалист в общия брой на прегледите при нехронични заболявания*
Дял на пациентите с новорегистрирани хронични заболявания, на които е издадено направление №2 (по повод посещение на ЗОЛ с хронично заболяване, неподлежащо на диспансеризация)*

Дял на пациентите с новорегистрирани хронични заболявания, на които е издадено направление №3 (избор/преизбор на специалист, извършващ диспансерно наблюдение)*
Дял на пациентите с новорегистрирани хронични заболявания, на които е издадено направление №4 (за диспансерно интердисциплинарно наблюдение)*
Дял на пациентите с психични заболявания, на които е издадено направление за комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение (Бл. МЗ-НЗОК №10)
Дял на пациентите с инсулт/инфаркт на миокарда, насочени за извънболнична рехабилитация*
Дял на пациентите с инсулт/инфаркт с над 70 % инвалидност/загуба на работоспособност*
Наличие на електронно здравно досие (да/не) / дял на пациентите с електронно здравно досие*
Наличие на електронни здравни документи позволяващи свързаност между доставчиците (брой/дял)*

Забележка: *специфични за България

2.2.2. Достъп

Минчо Минев

Интерпретация на достъпа в контекста на оценката на функционирането на здравната система

Достъпът до здравни услуги е една от най-често използваните дименсии, използвани в концептуалните рамки за оценка на функционирането на здравните системи (Braithwaite et al., 2017), дефиниран в повечето от тях като „възможността хората да получат здравни услуги на правилното място, в правилното време, независимо от дохода, физическата локация и културните различия“ (Canadian Institute for Health Information, 2012).

Според някои автори достъпът до здравни услуги е възможността човек да се възползва от тях, когато има необходимост или желание (Murray and Frenk, 2000; Grech et al., 2015). Penchansky и Thomas (1981) разглеждат достъпа като нивото на съответствие между потребностите на пациента и възможността на здравната система да ги удовлетвори. Според Aday и Anderson (1981) той показва потенциалната възможност и реалното „влизване“ на даден пациент или група от пациенти в здравната система. Подобно, макар и разширено, е разбирането на Evans, Hsu и Voerma (2013), които дефинират достъпа като възможността хората реално да се възползват от здравни услуги, когато се нуждаят от тях, получавайки определена финансова защита.

В някои изследвания, достъпът е концептуализиран като елемент на равнопоставеността (equity), включващ наличността, организацията и финансирането на услугите в здравната система (Aday et al., 1999). В други източници той е определен като детерминанта или компонент на чувствителността (responsiveness) на системата към немедицинските потребности на пациентите (Murray and Frenk, 2000; Hurst and Jee-Hughes, 2001; World Health Organization, 2007). В рамката на Световната банка „Control Knobs“ достъпът е представен като две отделни понятия: физическа наличност (physical availability), която може да бъде измерена чрез разпределението на наличните ресурси (легла, лекари, медицински сестри и др.) съпоставени с броя на населението, и ефективна наличност (effective availability), показваща колко лесно е за гражданите да получат здравни услуги (Roberts et al., 2008). В някои емпирични изследвания термините достъп и използваемост (utilisation) са използвани като синоними (Allin et al., 2010), поддържайки тезата, че използването на дадена здравна услуга е доказателство за осигурен достъп до нея. Придържайки се към вижданията на други учени (Le Grand, 1982; Mooney, 1983), следва да посочим, че използваемостта и достъпът не са еквивалентни понятия. Достъпът е свързан по-скоро с възможността, докато използваемостта е по-скоро проява на оползотворяването на тази възможност. Следователно необходимо е да се прави разлика между „наличието на достъп“ (having access), разбирано като възможност да се използва услуга, ако е необходима, и „получаването/оползотворяването на достъп“ (gaining access), изразяващо се в реалното използване на здравната услуга. Наличието на дадена услуга е необходимо условие за достъп до нея не в рамките на системата. След като услугата е налична, се наблюдава действието на различни други фактори на търсенето и предлагането, които могат да доведат до ограничаване на нейното използване. От страна на предлагането това могат да бъдат различни финансови бариери (висока цена) или организационни такива (ограничено географско разпространение, дълго време за чакане и др.). От страната на търсенето е възможно да са налице различни социокултурни бариери, индивидуални предпочитания и други фактори, възпиращи потребителите от търсене на услугата (Papanicolas and Smith, 2013).

На база на тези схващания може да се обобщи, че на достъпа се гледа като на връзка между потребностите на населението от здравни услуги, предлагането на тези услуги от системата и равнището на неудовлетворените здравни потребности.

Подобно на другите дименсии, използвани в концептуалните рамки, достъпът до здравни услуги е също сложна и многокомпонентна категория, за която различните автори предлагат различни по брой и съдържание елементи (Таблица 2.4).

Таблица 2.4. Елементи на достъпа до здравни услуги

Елементи и съдържание на концепцията	Автори
• Приемливост (Acceptability) – нагласи и убеждения на ползващите и предлагащите здравни услуги; • Финансова възможност на потребителите (Affordability) – потребностите на пациента спрямо разходите, преки и непреки, които той/тя следва да направи, за да ги задоволи;	Penchansky and Thomas, 1981
• Наличност (Availability) – адекватност на предлагането на здравни услуги като обем и вид спрямо потребностите (търсенето) от такива услуги като обем и вид; • Физическа достъпност (Physical accessibility) – степента на удобство на разположението на местата, в които се оказват здравните услуги, спрямо разположението на населението; • Удобство (Accommodation) – начина на организация на услугите във връзка с потребностите и представите на пациента за тяхната уместност (работно време, възможности за запазване на час, време на изчакване и др.).	Penchansky and Thomas, 1981
• Наличност (Availability) – наличност на здравни ресурси и техния капацитет; • Приемливост (Acceptability) – възможност индивидът да получи услугите, от които се нуждае.	Murray and Frenk, 2000
• Наличност (Availability) – наличност на ресурсите (материални и човешки); • Използваемост (Utilization) – реално използване на ресурсите от нуждаещите се; • Навременност (Timeliness) – използване когато са необходими (време за чакане).	Kruk and Freedman, 2008
• Физическа достъпност (Physical accessibility) – наличие на доставчик на здравни услуги в рамките на разумно разстояние от нуждаещите се от тях; следва да са налице удобни времеви диапазони на предлагане на услугите, да се предоставя възможност за лесно записване на часове и да бъде създадена организация на предлагането, която да позволява индивидите да получават услугите, когато се нуждаят от тях; • Финансова достъпност (Financial affordability) – възможност потребителите да заплащат за услугите, които получават, без да изпитват затруднения. Вземат се предвид не само преките разходи, но и непреките и алтернативните разходи (разходи за транспорт, пропуснати ползи поради отсъствие от работа и др.). Достъпността се влияе от покритието на здравното осигуряване и от доходите на домакинствата.	Evans et al. 2013
• Приемливост (Acceptability) – свързана с готовността на индивидите да търсят здравни услуги. Приемливостта е ниска тогава, когато схващането на пациентите е, че услугите са неефективни или когато различни социокултурни фактори (език, възраст, пол, етническа принадлежност, религия и др.) възпират потребителите от търсене на услуги.	Evans et al. 2013

В концептуалните рамки за оценка на функционирането на здравните системи се наблюдава многообразие в избора на елементи за оценка на достъпа до здравни услуги. В някои рамки достъпът се измерва с наличността на ресурси (материални и човешки) за оказване на здравни услуги в определен вид и обем (physical availability), с възможността за осигуряване на навременен достъп на пациентите до тези услуги (timeliness) и с наличието на финансови бариери, които ограничават достъпа (financial affordability) (Devos et al., 2019; van den Berg et al., 2014; Vrijens et al., 2016).

В други рамки е включен и елементът използваемост (utilisation) на здравните услуги (WHO Regional Office for Europe, 2009a; WHO Regional Office for Europe, 2011). Несъмнено наличието на достъп до дадена услуга е необходимо условие за нейното използване, но не и достатъчно. Върху използваемостта оказват влияние и редица субективни фактори като например страх от интервенцията, предпочитание за използване на алтернативни методи за лечение, отлагане за „по-подходящо“ време и др. Следва да се отбележи и възможността за свръхизползваемост на определени здравни услуги. Ако здравната система е устроена по начин, който да позволява прекомерното използване на здравни услуги, това, при равни други условия, би довело до увеличаване на използваемостта, какъвто е примерът със свръхизползваемостта на болнично лечение в България. Такива фактори влияят пряко върху равнището на използваемост, а от там – и върху общата оценка за достъпа до здравни услуги, ако използваемостта е включена като елемент.

Друг елемент, който намира приложение при оценка на достъпа в концептуалните рамки, е приемливостта (acceptability). Този аспект на достъпа включва нагласите на пациентите и на предлагащите здравни услуги. Факторите, които оказват влияние върху измереното равнище на приемливост, в голяма степен са субективни. Наличието на такива субективни фактори е предизвикателство пред извършването на цялостна и обективна оценка на достъпа до здравни услуги, която да се използва за целите на оценката на функционирането на здравната система. По тази причина считаме, че приемливостта следва да се интерпретира при оценката на чувствителността на здравната система към очакванията на пациентите (вж. т. 2.2.5).

Saurman (2016) предлага включването на още един елемент на достъпа – осведоменост (awareness), посочвайки, че по-доброто ниво на осведоменост както на пациентите за здравното им състояние и наличните здравни услуги, така и на доставчиците на здравни услуги за потребностите на населението, при равни други условия, води до подобряване на достъпа и повишаване на ефективността на системата.

На включването на този елемент може да се гледа като на едно значително разширено разбиране за достъпа, навлизащо в приложните полета на здравното образование и промоцията на здравето. Липсата на утвърдени количествени индикатори, методика за измерването и невъзможността за международни сравнения са сред факторите, които правят изследването на този елемент на достъпа трудно приложимо за целите на цялостната оценка на функционирането на здравната система.

Съобразявайки се с общоприетите концепции за достъп, целите на оценката на функционирането на здравната система и със спецификите на българската здравна система, в концептуалната рамка за България в дименсията на достъпа са включени три елемента – физическа наличност (physical availability), финансова достъпност (financial affordability) и своевременност (timeliness).

Показатели за оценка на достъпа

За съставяне на първичен списък от индикатори, използвани за оценка на достъпа до здравни услуги в концептуалните рамки на другите държави са използвани 26 източника, от които:

- 17 национални концептуални рамки за оценка на функционирането на здравната система със съответните индикатори и еволюцията им през различните години и версии на рамките – прегледани са рамките на Белгия за 2010, 2012, 2015 и 2019 г. (Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, 2010; Vrijens et al., 2012; Vrijens et al., 2016; Devos et al., 2019), САЩ – The Commonwealth Fund от 2014 г. (Radley et al., 2014), Холандия (van den Berg et al., 2015), Естония (World Health Organization. Regional Office for Europe, 2011), Грузия (World Health Organization. Regional Office for Europe, 2009b), Малта (Grech et al., 2015), Нова Зеландия (Gauld et al., 2011), Унгария (Szigeti et al., 2014), Великобритания (Cromwell and Mays, 2012), Португалия (World Health Organization. Regional Office for Europe, 2010), Турция (WHO Regional Office for Europe, 2012c), Австралия за 2018 г. (Australian Institute of Health and Welfare, 2018), Канада за 2013 г. (Canadian Institute for Health Information, 2013) и Армения (WHO Regional Office for Europe, 2009a);
- девет доклада на международни организации и авторски колективи, свързани с оценка на функционирането на здравната система – Euro Health Consumer Index (Björnberg, 2015), Headline indicators (Peric et al., 2018), 100 Core Health Indicators (World Health Organisation, 2018; Kaiser et al., 2017; ESIF toolkit (European Structural and Investment Funds, 2015), Health at a Glance (OECD/

European Union, 2013; (OECD/European Union, 2018), HiT Template for authors (Rachel et al., 2019), A handbook of indicators 1997 (Knowles et al., 1997).

На база на информацията от тези източници са идентифицирани общо 302 индикатора, които се използват или са определени като подходящи за измерване на достъпа, в това число и за целите на цялостната оценка на функционирането на здравната система.

В голяма част от използваните източници индикаторите не са групирани по елементи на достъпа. Това наложи тяхното групиране съобразно предложените по-горе елементи – физическа наличност, финансова достъпност и своевременност, като е обособена и четвърта група – „други“, в която са включени индикатори, различни от посочените. Най-голям е броят на индикаторите за физическа наличност (93), следвани от тези за финансова достъпност (83), своевременност (69) и други (57). Това може да се обясни с факта, че голяма част от утвърдените индикатори по тези елементи на достъпа са чисто количествени, информацията за тях в много случаи е достъпна, което ги прави лесно измерими и благоприятства сравненията в национален и международен план.

Някои от индикаторите за оценка на достъпа са много специфични, използвани в единични случаи, докато други се използват в почти всички концептуални рамки и са релевантни и за оценката на функционирането на българската здравна система (Таблица 2.5).

Таблица 2.5. Индикатори за оценка на достъпа до здравни услуги в България

Физическа наличност
Брой лекари (на 100 000 от населението)
Брой специалисти по здравни грижи, вкл. медицински сестри (на 100 000 от населението)
Брой медицински сестри (на 100 000 от населението)
Брой общопрактикуващи лекари (на 100 000 от населението)
Брой лекари по дентална медицина (на 100 000 от населението)
Брой на болничните легла (на 100 000 от населението)
Брой легла за дългосрочни грижи в болничната помощ или резидентни центрове за социални грижи (на 100 000 от населението)
Брой аптеки (на 100 000 от населението)
Дял на населението с неудовлетворени потребности от медицински преглед/лечение поради голямо разстояние
Дял на населението с неудовлетворени потребности от дентална услуга поради голямо разстояние

Финансова достъпност
Дял на домакинствата с „катастрофални“ здравни разходи (над 10% и над 25%) от доходите на домакинството (по видове дейност)
Дял на домакинствата със здравни разходи, водещи до обедняване (по видове дейност)
Дял на директните плащания на домакинствата за здравеопазване от всички разходи за здравеопазване в страната
Разпределение на директните плащания за здравеопазване по видове дейност
Дял на здравнонеосигуреното население
Дял на населението с неизпълнени рецепти поради финансови причини
Дял на населението с неудовлетворени потребности от медицински преглед/лечение поради финансови причини
Дял на населението с неудовлетворени потребности от зъболекарска услуга поради финансови причини
Своевременност
Време за изпълнение на спешно повикване (от ЦСМП/ФСМП) в минути
Време за чакане в спешните отделения (в минути)/наличие на триаж – време за чакане според категорията
Време за чакане за преглед при ОПЛ в дни / дял от пациентите с възможност за преглед при ОПЛ в рамките на деня при необходимост
Дял от пациентите със затруднения в достъпа до неотложна медицинска помощ през нощта и почивните дни
Време за чакане за преглед при специалист в дни
Време за чакане за операция при фрактура на тазобедрена става
Време за започване на онкохирургия /лекарствена терапия / химиотерапия /лъчетерапия (дни от назначаването до започването)
Време за чакане пред кабинета на лекаря/лаборатория
Време за чакане за компютър-томографско изследване
Време за чакане за физиотерапия в болнична/извънболнична помощ
Време за чакане за палиативни грижи
Дял на пациентите с инсулт, на които е направена тромболиза в общия брой на пациентите с инсулт
Дял на населението с неудовлетворени потребности от медицински преглед/лечение поради прекалено дълго време за чакане

В основната си част индикаторите за достъп служат за идентифициране на бариери пред достъпа. Предизвикателство остава измерването на степента, в която наличието на дадена бариера води до ефективно ограничаване на достъпа до здравни услуги. В опит за справяне с това

предизвикателство в проучването EU-SILC е включен индикаторът „неудовлетворени потребности“ (self-reported unmet needs), отчитащ броя на индивидите и случаите, при които не са успели да получат определена здравна услуга, от която са чувствали нужда, заедно с факторите за това – финансови бариери, голяма дистанция, липса на време, предпочитания и др. Изследването на индикатора на европейско ниво показва силна връзка между наличието на неудовлетворени потребности и доходите и здравето, а именно – хората, съобщаващи за неудовлетворени потребности, по-често определят здравното си състояние като лошо (Koolman, 2007), а доходите си като ниски (Mielck et al., 2009). Различни вариации на индикатора се измерват и анализират и на базата на други проучвания (Papanicolas and Smith, 2013; Sørensen et al., 2015), като различните изследвания се фокусират върху отделни аспекти на индикатора – финансови бариери, наличност на услугите, вероятност от настъпване на неудовлетворени нужди в бъдеще и др. Това обуславя индикаторите за неудовлетворени здравни потребности да са сред най-често повтарящите се в различните национални и международни рамки, използвани за оценка на достъпа до здравни услуги и е причина за включването им и в настоящото изследване.

2.2.3. Здравен статус

Валерия Николова, Антония Димова

Интерпретация в контекста на оценката на функционирането на здравната система

Подобряването на здравния статус на обществото е фундаментална цел на здравната система, поради което чрез него се отчитат крайните резултати от функционирането на системата. Независимо от факта, че върху здравето на индивидите и обществото влияние оказват множество фактори, значима част от които не зависят пряко от здравната система, оценката на здравния статус показва степента, в която системата успява да ограничи негативното им влияние⁴ върху здравето. Например чрез осигуряване на адекватен достъп до качествени здравни услуги на цялото население може да бъде ограничено (и би следвало да бъде, ако системата функционира добре) негативното влияние, което социално-икономическите фактори могат да имат върху здравето на индивидите.

⁴ Роля на здравната политика, чийто обект и предмет излизат далече извън рамките на здравната система, е и да стимулира позитивното влияние, което фактори, зависещи от други сфери на обществения живот, могат да оказват върху здравето на обществото.

Поради това, като вътрешно присъща цел (краен резултат), здравният статус се измерва чрез показатели, които пряко зависят от цялостното функциониране на здравната система, т.е. от съвкупните резултати, които системата постига по всяко едно от измеренията, включени в концептуалните рамки.

Начинът, по който здравният статус се интерпретира в концептуалните рамки, е различен за отделните държави, отразявайки специфичните цели на здравните им системи и политиките за тяхното постигане. Общо разбиране е, че крайната цел на здравната система е да подобри здравето на населението, но както се посочва в концептуалната рамка на Белгия от 2015 г., „здравето е трудна за улавяне концепция“, поради което, за целите на оценката на функционирането на здравните системи, то се измерва чрез резултати, които „вероятно са повлияни от здравната система и/или от политиките за насърчаване на здравето, наред с други детерминанти“ (Vrijens et al., 2016).

Държавите с опит в оценката на функционирането на здравните системи използват разнообразни класификации за измерване на здравния статус. Редица държави го декомпонират в категориите *здравни състояния* (health conditions), *функциониране на човека* (human function) и *благосъстояние* (wellbeing) (Hurst and Jee-Huges, 2001; Canadian Institute for Health Information, 2005, 2007, 2012; Australian Institute of Health and Welfare, 2018), или го дефинират общо като „живот в здраве“ (healthy lives), включвайки освен показатели за здравен статус или здравни резултати, и такива, засягащи детерминантите на здравето (напр. в Нова Зеландия – Gauld et al., 2011).

Някои, като резултат от функционирането на здравната система, в измерването на здравния статус освен обичайните показатели за самооценка на здравето, продължителност на живота, заболяемост, увреждания и смъртност, включват и показатели за рискови фактори (в Ирландия – Kringos et al., 2021). Други разглеждат показатели за здравния статус (основно обща самооценка на здравето и продължителност на живота) отделно от здравните резултати, към които отнасят специфични показатели за самооценка на благополучието, уврежданията и заболяемостта, за тежест на заболяванията и потенциално загубени години живот, за заболяемост от определени болести, за мултиморбидност, за предотвратима смъртност и за смъртност по причини (в Естония – OECD, 2023b).

Показатели за оценка на здравния статус

Разнообразието от конкретни индикатори, по направления или общо, с които се измерва здравният статус, е също така голямо, както и в интерпретациите на самата категория „здравен статус“. След преглед на общо 45 източника – концептуални рамки и други документи, са изведени над 150 индикатора в различните категории. Най-голям брой индикатори се използват за измерване на смъртността и за заболяемост, болестност и увреждания. Огромното разнообразие от индикатори за измерване на здравното състояние предполага държавите да се ограничат до онези, които са най-чувствителни конкретно при оценката на функционирането на здравната система. Например Грузия (World Health Organization. Regional Office for Europe, 2009b) използва индикатори за заболяемост и смъртност за петте водещи причини в страната, докато други използват общата смъртност и общата преждевременна смъртност и същите индикатори за смъртността по конкретни причини, както и болестност и заболяемост от определени заболявания (Малта – Grech et al., 2015). В зависимост от интерпретацията на здравния статус, в неговия домейн някои държави включват и показатели, използвани от други за измерване на ефикасността, например като предотвратимата смъртност (в Нова Зеландия – Gauld et al., 2011).

Най-често използваните индикатори за продължителност на живота са очаквана продължителност на живота при раждане и на 65 г., в добро здраве, без увреждания, както и по-специфичните индикатори за продължителност на живота без специфично заболяване или увреждане.

Предложените за България индикатори за измерване на здравния статус в контекста на оценката на функционирането на здравната система (Таблица 2.6) са съобразени както със значимите за страната ни проблеми, така и с избраните индикатори по другите компоненти на концептуалната рамка и нашата интерпретация на всеки един от тях. Някои индикатори, използвани от другите държави за измерване на здравния статус, например като 5-годишна преживяемост при определени онкологични заболявания, за България са включени по други домейни, за примера – в домейна на качеството.

От индикаторите за измерване на здравния статус за България са изключени такива за рискови фактори, независимо че те представляват характеристика на здравното състояние (затлъстяване, физическа дееспособност, употреба на алкохол и др.). Този вид индикатори са отнесени към компонента „Детерминанти на здравето“ (вж. т. 2.2.4) в предложената от нас концептуална рамка.

Таблица 2.6. Показатели за оценка на функционирането на здравната система в България, свързани със здравния статус

Самооценка на здравето
Самооценка на здравето
Наличие на хронично заболяване или продължителен здравен проблем (самооценка)
Продължителност на живота
Очаквана продължителност на живота при раждането
Очаквана продължителност на живота на 65 год.
DALYs/QALYs
Смъртност
Обща стандартизирана смъртност
Детска смъртност
Смъртност при деца (по възрастови групи 1-3 и 3-5 год.)
Майчина смъртност
Смъртност при заболявания на сърдечно-съдовата система
Смъртност при онкологични заболявания
Смъртност при заболявания на дихателната система
Смъртност при заболявания на храносмилателната система
Смъртност по възрастови групи
Болестност, заболяемост и увреждания
Болестност (сърдечно-съдови, онкологични, белодробни, заболявания на храносмилателната система и др.)
Дял на хората с хронични заболявания
Дял на децата с хронични заболявания*
Дял на хората с две, три и повече хронични заболявания
Дял на диспансеризираните лица*
Заболеемост (сърдечно-съдови, онкологични, белодробни, заболявания на храносмилателната система, инфекциозни, ваксинапредотвратими заболявания и др.)
Инвалидност по възрастови групи
Инвалидност по степен на инвалидизация

Забележка: *специфични за България

2.2.4. Детерминанти на здравето

Минчо Минев, Мария Рохова

Детерминантите на здравето в контекста на оценката на функционирането на здравната система

Добре известно е, че върху здравето влияят множество фактори, от чието, най-често комбинирано въздействие, зависи здравното състояние на индивида и обществото. В обобщен вид те могат да се разглеждат като ендеогенни (формирани в самия организъм), етогенни (формирани от поведението на човека) и екзогенни (формирани в околната среда) (Попов, 2005). *Детерминантите на здравето* се дефинират като всички фактори, били те инцидент, събитие, характеристика или обективна същност, които водят до промяна в здравното състояние или до заболяване (Last, 1983) и предполагат причинно-следствена връзка със здравето или със здравните неравенства.

Един от първите опити да се систематизират детерминантите на здравето датира още от 1974 г., когато в доклада за здравето на нацията М. Lalonde ги обобщава в четири основни групи – биологични и генетични фактори (ендеогенните фактори, придобити или наследствени), начин на живот (или поведенческите фактори), околна среда (екзогенните фактори) и организацията на здравната система (Lalonde, 1974). Тези четири групи са идентифицирани чрез изследване на причините и основните фактори за заболяемостта и смъртността в Канада и оценка на влиянието на всеки от тях върху здравното състояние на населението. Докладът на М. Lalonde дава нова перспектива към възможностите за подобряване на здравето, застъпвайки идеята, че въздействието върху детерминантите може да допринесе повече, отколкото екстензивното предлагане на здравни услуги, както и че здравеопазването е само една от обществените политики, която може да доведе до тази цел.

По-късно R. Evans и G. Stoddart (1990) разширяват категоризацията на детерминанти на здравето с идеята за „индивидуалния отговор“, който включва, но не изчерпва обичайния епидемиологичен смисъл на термина. Диапазонът от обстоятелства, на които организъмт/индивидът може да реагира, е по-широк, като обхваща и фактори или процеси, свързани с начина на живот и биологичните детерминанти. Те добавят и социалната среда, включвайки към концепцията фактори, които влияят върху здравето (Evans and Stoddart, 1990).

Впоследствие редица модели се опитват да илюстрират връзката между различните детерминанти и здравето, като най-изчерпателният от тях и вероятно най-използваният за целите на здравнополитическите анализи

е този на G. Dahlgren и M. Whitehead (1991), известен още като *Дъговиден модел на детерминантите на здравето*. Основните детерминанти в него са индивидуалните характеристики, начинът на живот, физическото и социалното обкръжение, икономическите условия и достъпът до здравни услуги, като те се разглеждат в тяхната цялост и общо взаимодействие, за да се анализира съвкупният им ефект върху здравето. Авторите се опитват да систематизират и опишат връзката между биологичните характеристики на индивидите, тяхното обкръжение и здравното им състояние. Факторите, свързани с индивидуалния начин на живот, са повлияни от социално-икономическите и културните условия. Условията на живот и труд оказват влияние върху здравето чрез преки и косвени физически и психологически механизми. Психосоциални фактори, като негативни житейски събития, чувство на изолация и маргинализация, липса на контрол върху събитията от живота и др., могат да допринесат за влошаването на здравето.

В много от концептуалните рамки за оценка на функционирането на здравната система са включени т.нар. *немедицински детерминанти на здравето*, т.е. такива, които не са свързани директно със здравната система, а с по-широки обществени фактори. Те оказват влияние върху здравето, а в някои случаи и върху това кога и как индивидите използват здравни услуги (Arah et al., 2006). Здравната система може да въздейства и косвено върху здравето на населението като целенасочено повлиява немедицинските детерминанти, основно чрез мерки в областта на превенцията и промоцията на здравето. В тази връзка, в редица рамки за оценка на функционирането на здравната система е възприет холистичен подход, като са подчертани връзките между здравното състояние и немедицинските детерминанти на здравето, от една страна, и резултатите от функционирането на системата, от друга (Arah et al., 2006; Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, 2010; Canadian Institute for Health Information, 2012; Grech et al., 2015).

Следвайки традициите на доклада на M. Lalonde, в рамката за оценка на здравната система в Канада са включени детерминантите на здравето, дефинирани като (Canadian Institute for Health Information, 2013):

- такива, които оформят социално-икономическата позиция на индивидите и домакинствата, като доходи и социален статус, образование и грамотност, пол и етническа принадлежност;
- биологични фактори, включващи генетичните дадености, процесите на стареене и половите различия; физическото обкръжение, отнасящо се до местоживеенето, материалните условия и работните места; психосоциалните фактори като стрес, чувството за контрол на индивида и мрежите за социална

подкрепа; и поведенческите фактори, свързани с тютюнопушене, физически упражнения, диета и хранене.

Още в първата концептуална рамка на Белгия е заложена връзката между здравното състояние, отделните направления в работата на здравната система (промоция и профилактика, активно лечение, рехабилитация и дългосрочни грижи и т.н.) и немедицинските детерминанти на здравето, определени в пет групи – поведенчески, генетични, фактори на околната среда, ресурси на индивида, условия на живот и работа/начин на живот (Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, 2010). В предложената от ОИСП рамка „Показатели за качество на здравеопазването“ са включени четири от групите детерминанти (без генетичните), които трябва очертаят основните обществени фактори, извън здравеопазването, които също влияят върху здравето (Arah et al., 2006).

В концептуалната рамка на Малта влиянието на социалните детерминанти върху здравето на индивидите е отразено през идеята за „индивидуалния отговор“ (реакция), развита от R. Evans и G. Stoddart (1990), на условията на живот, социалното положение, генетичната обусловеност и физическата среда (Grech et al., 2015). Социалните, културните и екологичните фактори, оказващи въздействие върху индивидуалните реакции, са отразени в контекстуалния компонент на рамката. Като социални детерминанти са включени условията на живот и социалният статус, които се отнасят до социално-икономическите характеристики и условията на работа, както и до равнището на социална подкрепа и възприеманата социална позиция, които могат да предизвикат физиологични и/или психологически реакции. Физическата среда обхваща както изградената от хората, така и природната среда (като качеството на въздуха, водата и почвата), в която хората живеят. Тези фактори, заедно с генетичната обусловеност, предизвикват индивидуалните реакции, включително и поведението на индивида, свързано със здравето или рисковите поведенчески фактори, което в другите рамки се разглежда като отделна група детерминанти.

В по-новите концептуални рамки за оценка на функционирането на здравната система е възприет различен подход при отразяване на влиянието на детерминантите на здравето. В рамката на Чехия от 2023 г. детерминантите са представени като здравни рискове, които се фокусират върху начина на живот и околната среда, които не са пряк резултат от функционирането на здравната система, но могат да повлияят до известна степен върху него. В това измерение са включени навици, свързани с начина на живот като тютюнопушене и консумация на алкохол, диета и начин на хранене, физически упражнения, както и рискове от околната среда (OECD, 2023a). В рамката на Естония

факторите, свързани с начина на живот (хранене и физическа активност, наднормено тегло и затлъстяване, употреба на наркотици, алкохол и тютюнопушене, сексуално и репродуктивно здраве) и с околната среда (качество на водата, климат, шум и др.), са заложили като част от резултатите от работата на системата (OECD, 2023b).

Показатели за оценка на немедицинските детерминанти на здравето

При определяне и систематизиране на показателите, свързани с детерминантите на здравето, са използвани 14 източника, от които:

- шест национални концептуални рамки за оценка на функционирането на здравната система – Белгия (Vrijens et al., 2016), Канада (Canadian Institute for Health Information, 2013), Унгария (Szigeti et al., 2014), Австралия (Australian Institute of Health and Welfare, 2018), Португалия (World Health Organization. Regional Office for Europe, 2010) и Турция (World Health Organization. Regional Office for Europe, 2012c);
- девет доклада на международни организации и авторски колективи, свързани с оценка на функционирането на здравната система и бази данни с индикатори – Health at a Glance Europe (OECD/European Union, 2018), Core Health Indicators (World Health Organization, 2018), OECD Indicators 2017 (OECD, 2017), Headline indicators (Peric et al., 2018), Bulgaria: Health system review (Dimova et al., 2018), Eurostat database - Health determinants (Eurostat, 2021), European Core Health Indicators database (European Commission, 2019a), European Health for All database (WHO Regional Office for Europe, 2018), Годишен доклад за състоянието на здравето на гражданите и изпълнението на Националната здравна стратегия 2019 г. (НЦОЗА/МЗ, 2019).

Въз основа на информацията от тези източници са идентифицирани общо 124 показателя, свързани с немедицинските детерминанти на здравето, които са групирани в няколко направления (Фигура 2.6).

След премахване на дублиращите се и тези със значителни сходства помежду си показателите са редуцирани до 44. Отчитайки спецификите на контекста, в който функционира българската здравна система, и вземайки предвид най-често използваните за оценка, е предложен списък от 21 показателя, свързани с детерминантите на здравето, представен в таблица 2.7.

Фигура 2.6. Идентифицирани показатели за оценка, свързани с детерминантите на здравето



Таблица 2.7. Показатели за оценка на функционирането на здравната система в България, свързани с детерминантите на здравето

Хранителни навици
Дял от населението, което консумира плодове ежедневно (общо и по възрастови групи)
Дял от населението, което консумира зеленчуци ежедневно (общо и по възрастови групи)
Консумация на сол (количество на едно лице от населението на година)
Консумация на захар (количество на едно лице от населението на година)
Тютюнопушене
Дял на населението, употребяващо тютюневи изделия ежедневно (общо и по възрастови групи)
Средна възраст на започване на редовно тютюнопушене
Употреба на алкохол
Дял на населението редовно употребяващо алкохол (вкл. по възрастови групи)
Дял на населението редовно злоупотребяващо с алкохол (поне веднъж месечно)
Дял от население в риск от дългосрочни увреждания вследствие от употребата на алкохол
Наднормено топло и затлъстяване
Дял на населението със затлъстяване (ИТМ = 30 кг/м2) (вкл. по възрастови групи)
Дял на населението с наднормено топло (ИТМ = 25 кг/м2) (вкл. по възрастови групи)

Физическа активност
Дял от населението с недостатъчна физическа активност (вкл. по възрастови групи)
Замърсяване на въздуха
Загуба на години живот в добро здраве поради замърсяване на въздуха (на 100 души от населението)
Брой дни с концентрации на ФПЧ и газове, превишаващи пределно допустимите стойности на година
Дял от населението изложено на нива на ФПЧ над 10 микрограма/м3
Други
Брой загинали или пострадали в резултат на пътно-транспортни произшествия
Общ брой трудови злополуки
Професионална заболяемост и болестност (брой на регистрираните случаи)
Дял на населението, живеещо в бедност и в риск от бедност
Дял на населението без образование или с начално образование
Дял на населението с висше образование

2.2.5. Чувствителност

Николай Михайлов

Интерпретация на концепцията за чувствителност в контекста на оценката на функционирането на здравната система

Чувствителността на здравната система е качеството или способността на системата да отговаря на легитимните очаквания на населението относно тези аспекти на взаимодействието им с нея, които не допринасят пряко за здравето (Murray and Frenk, 1999; Silva, 2000), т.е. обхваща неклиничните аспекти на качеството на здравеопазването (Valentine et al., 2008). Всяка обществена система има своя основна цел (в случая опазване и подобряване на здравето), както и още две желани цели: справедливо финансово осигуряване на системата и чувствителност на системата към очакванията на гражданите за това как тя трябва да функционира и да взаимодейства с тях (Murray and Frenk, 1999). Фокусирането върху чувствителността като отделено измерение е свързано със стремежа на държавите да „допринасят за социалното благополучие и кохезия“ чрез „осигуряване на здравни системи, които са чувствителни към нуждите и предпочитанията на хората, отнасяйки се към тях с достойнство и уважение, когато те взаимодействат със системата“ (World Health Organization, 2008, с. 3). В предлаганата от

нас концептуална рамка чувствителността е краен резултат, наред със здравното състояние на населението (вж. т. 2.1.3).

Чувствителността на здравната система и нейното повишаване е на първо място желана цел сама по себе си, краен резултат със собствена ценност (Фигура 2.3). Чувствителността допринася за подобряване на благосъстоянието на индивида независимо от подобряване на здравето (Murray and Frenk, 1999). Така например уважението към пациента, насърчаването на автономността, спокойствието, вдъхвано от наличието на бързо откликващи грижи, намаляването на стигмата от болестта са пряко свързани с по-добро качество на живот. Също така чувствителната здравна система отразява ценностите на обществото, най-вече защитата на човешките права, и смекчава присъщата за медицината неравнопоставеност в отношенията „лекар-пациент“ (Coulter and Jenkinson, 2005; Silva, 2000).

Значението на чувствителността на второ място като инструментална цел също е голямо. Тя повишава общественото доверие в системата на здравеопазването (Coulter and Jenkinson, 2005; Silva, 2000). Чувствителността е предпоставка за използване на услугите, придържане към предписанията, разкриване на подробности за здравното поведение на пациентите (Silva, 2000). Според някои автори тя означава адаптивност на системата към променящите се нужди на потребителите, по-добра отчетност, разширяване на достъпа до ефективни интервенции и подобряване на качеството на здравните услуги (Lodenstein et al., 2017; Mirzoev and Kane, 2017)

За правилното разбиране на понятието за чувствителност е необходимо да се уточнят няколко важни разграничения от познатата и използвана по-отдавна дименсия на удовлетвореността на пациентите (Silva, 2000). Първо, чувствителността обхваща аспектите от взаимодействието между пациентите и здравната система, които не са пряко свързани със здравето и с финансирането. От своя страна, удовлетвореността засяга както медицинските, така и немедицинските аспекти на здравните услуги. Второ, измерването на чувствителността цели оценяване на здравната система като цяло, докато удовлетвореността се фокусира върху клинични взаимодействия при предоставяне на услугите. И накрая, много важно, удовлетвореността е резултат от субективното взаимодействие на възприетите нужди, личните очаквания и личните преживявания на пациента. Чувствителността се фокусира върху индивидуалните впечатления на пациентите спрямо „легитимни и универсални изисквания“ към здравната система, т.е. приети от обществото очаквания за това как трябва да функционира системата. В този смисъл оценката на чувствителността трябва да бъде по-обективна и универсална от тази на удовлетвореността.

Чувствителността на здравната система е сложно понятие, защото обхваща много неклинични аспекти на предоставянето на здравни услуги. Установената към момента концепция има осем елемента, които се разграничават в две групи: уважение към личността и ориентация към клиента (Murray and Frenk, 1999; Silva, 2000; Valentine et al., 2003). Първата група обхваща важни етични принципи, по които трябва да функционира системата, а втората група отразява очакванията на пациентите за удовлетворително преживяване на контакта със здравната система.

- *Зачитане достойнството на пациента.* Този и следващите три елемента са в групата на уважението към личността. Зачитане на достойнството означава отношения на уважение, вежливост и грижа към пациента, третиране на пациента като личност, тактичност при зачитане на потребностите и човешкото му достойнство и права. Този елемент е пряко свързан с човешките права, с намаляването на неравнопоставеността, стигмата от болестта, както и с насърчаването на пациента да търси медицинска помощ.
- *Зачитане на автономността на пациента.* Този аспект на чувствителността обхваща способността на системата за осигуряване на информирано участие на пациента във взимане на решения относно неговото лечение и грижи; предоставянето на реална възможност да прави избори относно здравето си, включително да отказва лечение; уверяване, че всеки преглед или курс на лечение става с изричното информирано съгласие на пациента. Когато пациентът е правоспособен и дееспособен, принципът на автономността почти винаги е с предимство пред този на лекуването. При малолетни пациенти отговорност на държавата е да наложи животоспасяващо лечение, когато е необходимо.
- *Конфиденциалност.* Елементът изисква осигуряване на условия за конфиденциално споделяне на информация от пациента, запазване на конфиденциалността на споделената информация и на съхраняваните здравни и лични данни за пациента. Елементът е свързан с основни човешки права за неприкосновеност на личността и личната информация, както и с насърчаването на пълно разкриване на здравна информация от пациента.
- *Яснота на здравната комуникация.* Елементът обхваща възможността специалистите да предоставят ясно и достъпно обяснение на здравното състояние, алтернативите за диагностика и лечение, здравното поведение. Яснотата

и достъпността в комуникацията означава медицинските специалисти да изслушват внимателно пациента, да насърчават въпроси и да обясняват на езика на пациента.

- *Избор на здравни услуги.* Този и следващите три елемента обхващат чувствителността на здравната система като ориентация към клиента. Изборът означава възможността и правото на пациента да избира предпочитаните от него лечебно заведение или медицински специалисти, включително да си осигурява второ мнение от специалисти. Наличието на избор увеличава полезността на здравните услуги за индивида, особено при предпочитания, свързани с пол, етнос или възраст.
- *Бързо отзоваване.* Елементът отразява способността на системата експедитивно да се отзовава на възникналите нужди и заявените потребности на пациента и да предоставя съответните здравни услуги. Тази способност намалява несигурността и стреса, което пряко допринася за благополучието на пациента. Елементът има допирни точки с достъпа като дименсия на системата, но е важно да се разграничи, че бързото отзоваване е свързано с реакцията на медицинските специалисти и институции в рамките на контакта, иницииран от пациента, докато достъпът е свързан с обективното наличие на капацитет.
- *Възможности за социална подкрепа.* Здравната система трябва да осигурява възможности на пациентите, приети за болнично лечение, за съхраняване на социалния и личния живот чрез срещи с близки, допускане на подкрепа от близките за болния, поддържане на връзка с външния свят.
- *Материални удобства.* Последният елемент включва осигуряването на комфортни материални, битови и санитарни условия за консултации, диагностика и лечение: чистота, поддръжка, обзавеждане, проветряване, достатъчно пространство и др.

След утвърждаването на осемте описани елемента на чувствителността в изследванията и оценките на здравни системи, някои автори предлагат допълнителни елементи: етичност в отношенията специалист-пациент (Hsu et al., 2006), доверие (само грижата за най-добрия интерес на пациента ръководи специалистите) и координация на грижите (здравното обслужване е координирано, различните специалисти си сътрудничат) (Röttger et al., 2014). Тези елементи са резултат от изследвания на преживяванията на пациентите и са действително важни, но са нужни повече изследвания, за да се провери дали са концептуално различни от вече утвърдените осем.

Още с първите проучвания на чувствителността на здравната система се поставя и проучва въпросът кои елементи на чувствителността са по-важни и значими за пациентите, съответно имат по-силно влияние върху благополучието и легитимността на системата. В проучванията се включват въпроси за ранжиране на елементите по важност от респондентите. Установяват се значителни различия в относителната важност между различните държави и култури. Две световни проучвания предлагат обобщена информация относно важността на отделните елементи на чувствителността. СЗО посочва в своя доклад за 2000 г. (World Health Report 2000), че елементите на чувствителността се подреждат по важност както следва: бързо отзоваване (20%), зачитане достойнството на пациента (16.7%), зачитане на автономността на пациента (16.7%), конфиденциалност (16.7%), материални удобства (15%), възможности за социална подкрепа (10%) и накрая избор на здравни услуги (5%) (World Health Organization, 2000). В тази първа версия на дименсията „чувствителност“ липсва елементът „яснота на комуникацията“. Второто проучване, Multi-Country Survey Study on Health and Health Systems Responsiveness (Valentine et al., 2008), е основополагащо за изследването на чувствителността. Анализът на данните от 41 страни показва, че най-важно за пациентите е бързото отзоваване (41% от пациентите са избрали като най-важен съответният елемент), следвано от зачитането на достойнството (22%), яснотата на здравната комуникация (14%), изборът на услуги (8%), конфиденциалността (6%), зачитането на автономията на пациента (4%), материалните удобства (3%) и възможностите за социална подкрепа (2%). Предпочитанията обаче варират значително в различните страни и по групи пациенти и се препоръчва да бъдат изследвани в специфичния национален контекст при оценката на чувствителността. Възможно е при определяне на общия индекс на чувствителност на една здравна система елементите да се включват с различни относителни тегла според тяхната важност за съответната страна или група от населението (Valentine et al., 2003).

Приложението на елементите при изследвания и оценки на чувствителността е много разнородно. В таблица 2.8 са представени публикувани научни изследвания с експлицитен фокус върху чувствителността на здравната система (лявата половина) и рамки за оценка на функционирането на здравните системи на страните. Най-често измерваните елементи са ясната комуникация, зачитането на автономността, зачитането на достойнството и бързото отзоваване. Най-рядко се измерват социалната подкрепа и изборът на услуги. По отношение на използването на елементи в рамките за оценка на функционирането на здравните системи най-често включени са зачитането на автономността и достойнството, ясната комуникация и

бързото отзоваване. Тези честоти донякъде, но не напълно, отразяват относителната важност на елементите от гледна точка на пациентите. Бързото отзоваване изглежда най-малко измервано в сравнение с важността си. Необходимо е да се отбележи и широкото използване в оценката на здравните системи на удовлетвореността като заместващ измерител, очевидно там, където няма заложили измервания на елементи на чувствителността. Доверието също е сравнително често включвано в рамките, вероятно поради значението му за здравните системи като цяло.

Таблица 2.8. Измерване на елементите на чувствителността в изследвания и рамки за оценка на здравни системи

Удовлетвореност	Координация	Доверие	Материални удобства	Социална подкрепа	Бързо отзоваване	Избор на услуги	Ясна комуникация	Конфиденциалност	Автономност	Достойнство	
			X	X	X	X	X	X	X	X	MCSS, 2000-2001
			X	X	X	X	X	X	X	X	WHS, 2002
						X	X		X		Coulter & Jenkinson, 2005; страни от Европа
			X	X	X		X	X		X	Hsu et al., 2006; Тайван
	X	X			X		X		X	X	Wong et al., 2013; Канада, Великобритания, САЩ
	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Röttger et al., 2014
			X	X	X	X	X	X	X	X	van der Kooy et al., 2014; Нидерландия
			X		X		X	X		X	Fiorentini et al., 2015; Италия
X	X				X		X		X		Schaefer et al., 2015; 34 страни
			X	X	X	X	X	X	X	X	Askari et al., 2016; Иран
					X		X		X	X	Murante et al., 2017; 32 страни
					X		X		X	X	Fujisawa & Klazinga, 2017; препоръки ОИСР
		X					X	X	X	X	Tille et al., 2019; Германия
							X		X	X	Рамка на Белгия
	X		X				X		X	X	Рамка на Нидерландия

Удовлетвореност	Координация	Доверие	Материални удобства	Социална подкрепа	Бързо отзоваване	Избор на услуги	Ясна комуникация	Конфиденциалност	Автономност	Достойнство	
		X	X				X		X		Рамка на Грузия
											Рамка на Малта
X											Рамка на Унгария
X											Рамка на Канада
X		X									Рамка на Онтарио, Канада
X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	Рамка на Нова Зеландия
X	X	X			X		X		X	X	Рамка на Австралия
X									X		Рамка на Турция
X											Рамка на Португалия
X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	Рамка на Великобритания
					X		X	X	X	X	Рамка на Армения
X											Рамка на Естония
10	7	8	11	7	15	7	20	11	19	17	Общо използване
9	4	5	4	1	4	1	7	3	8	6	Използване в рамки за оценка на здравната система

Забележка: MCSS: Multi-Country Survey Study on Health and Health Systems Responsiveness; WHS: World Health Survey

Измерване на чувствителността на здравната система

Чувствителността на здравната система е мултиизмерна и агрегирана конструкция, съставена от осем елемента (самите сложносъставни), доколкото те са независими един от друг, не са по необходимост корелирани, и резултатът по всеки от тях трябва да се агрегира, за да се получи общото ниво на чувствителност. Всеки от елементите е на свой ред сложно съставена, латентна променлива, която се измерва чрез

проявата си в преживяванията и впечатленията на пациентите, т.е. на индивидуално ниво (DeVellis, 2012; Valentine et al., 2003).

Структурата и естеството на измерението „чувствителност“ изисква всеки елемент да се измерва чрез събиране на информация първо на индивидуално ниво (от пациента), като се прилагат една или повече променливи (в качеството си на измерители под формата на въпроси или твърдения) от въпросник. Всеки въпрос се отнася до впечатленията на пациента от съответния аспект на чувствителността (бързо отзоваване, ясна комуникация и пр.). Резултатите от всяка променлива (въпрос) се агрегират, най-често като средно аритметична стойност, в общ индивидуален резултат за елемента. Така например пациентът попълва въпросник, съдържащ n броя въпроси за всеки елемент от чувствителността. Отговорите на въпросите за всеки елемент поотделно се превръщат в числови резултати и се агрегират до резултат за всеки елемент. В следваща стъпка числовите резултати за всеки елемент за конкретния респондент се агрегират в общ резултат за чувствителността на индивидуалния пациент, като може да се приложи сумиране с различни тегла за резултатите от елементите според тяхната важност или да се изчисли средна аритметична стойност. Резултатът за чувствителността на цялата система се калкулира като комбинация от всички индивидуални резултати, най-често като средноаритметична стойност, като е възможно и различно тегло на резултатите на определени групи пациенти (Valentine et al., 2003).

Когато е необходимо да се сравнява чувствителността на различни здравни системи, числовият резултат за чувствителността на системата може да се преобразува в скала от 0 до 1 (Murante et al., 2017), от 1 до 10 (World Health Organization, 2000) или от 1 до 100 (Hadizadeh tala saz et al., 2019). По този начин могат да се сравняват резултати, получени с различни инструменти, от скали с различно разположени стойности. Числовите резултати в такива скали също са по-лесни за възприемане от по-широка публика.

Измерването на чувствителността на индивидуално ниво, чрез събиране на информация от пациентите, поставя определени изисквания пред въпросника. Основен проблем е възможната субективност, с която пациентите оценяват чувствителността (Valentine et al., 2003). Препоръките и добрите практики на измерване до момента са за използване на Ликертови скали, обикновено от 1 до 4 или 1 до 5. Въпросите трябва да са формулирани така, че пациентите да докладват конкретен свой опит, а не да дават субективна оценка. Във връзка с това е препоръчително да се пита за честотата, с която са се случвали определени събития или преживявания при контакта на пациента със

здравната система (Silva, 2000). Например „Колко често лекарите Ви даваха информация на разбираем за Вас език?“. Някои съществуващи инструменти изискват информацията да се дава за последната визита (контакт) за здравни услуги, докато други обхващат последните 6 или 12 месеца.

Предвид различията между страните и културите относно приемливо качество на здравно обслужване, т.е. какви са легитимните очаквания в рамките на националния контекст, експертите препоръчват като част от изработването на инструментите да се използват винетки – въпроси, включващи описание на ситуацията на контакт между пациент и здравната система, при която елемент на чувствителността се проявява в ниска или висока степен. От пациента се изисква да даде мнение доколко приемлива е описаната ситуация. По този начин инструментът се „калибровва“ спрямо разбиранията и очакванията на гражданите. Резултатите могат да се коригират при международни сравнения, ако очакванията са ниски или високи спрямо универсалните.

Чувствителността може да се измерва и оценява с оглед на политики на различни нива на здравната система (Mirzoev and Kane, 2017). Може да се сравняват различни компоненти на системата, например публичен и частен сектор, болнична и извънболнична помощ, лекари и медицински сестри и пр. Също така може да се сравняват нивата на чувствителност при различни състояния и заболявания, например хронични или остри състояния, заразни и незаразни и пр. И накрая, чувствителността може да бъде измервана и сравнявана при различни приоритетни групи от населението – деца, майки, възрастни хора и т.н.

Създаване на инструмент за измерване на чувствителността на здравната система в България

Измерване на чувствителността на българската здравна система не се е осъществявало с директни инструменти преди настоящото изследване. Важно е да се отбележи, че Наредба № 10 от 2.12.2015 г. на МЗ за проучване на удовлетвореността на пациентите от медицинските дейности, закупувани от НЗОК, съдържа въпроси, относими към чувствителността. Наредбата обаче не е влязла в сила и предвиденият с нея инструмент не е бил приложен.

Създаването на български инструмент за измерване на чувствителността премина през няколко етапа: обзор на научна литература и политически документи за концептуално изясняване на понятието; проучване на инструментите и практиките за измерването му; събиране на потенциални променливи (въпроси, твърдения) за всички осем елемента; селекция и превод на въпроси – кандидати за българския инструмент; оценка

на съдържателната валидност на кандидатите чрез експертен панел; подбор и цялостна формулировка на въпроси за пилотно изследване; провеждане на пилотно изследване и факторен анализ на включените въпроси; окончателен избор на въпроси; провеждане на национално представително проучване на чувствителността за установяване на валидност и надеждност на инструмента.

В рамките на документалното и литературно прочуване са разгледани 24 изследователски източници (статии и доклади) и 15 рамки за оценка на здравни системи – общо 25 инструмента с конкретни измерители (въпроси). Прегледаните инструменти са използвани в изследвания в 18 държави, като два от източниците представят сравнителни проучвания с участието на десетки държави от целия свят. Общият брой идентифицирани измерители (въпроси, променливи) в прегледаните източници е около 450.

Въз основа на проучването са подбрани, преведени или формулирани общо 74 въпроса (променливи, твърдения) за осемте елемента на чувствителността. Тези въпроси са предоставени на панел от експерти по общественото здравеопазване и управление на здравеопазването с цел оценка на съдържателната им валидност, съгласно препоръки и методики, предложени в подобни проучвания (Lynn, 1986; Polit and Beck, 2006; Polit, Beck and Owen, 2007). Въпросите са оценени и част от тях са селектирани като подходящи въз основа на индекса на съдържателна валидност (CVI), калкулиран от мненията на експертите в панела.

На следващия етап от апробирането на инструмента окончателно са формулирани 67 въпроса за чувствителността, като форматът на въпросите е „През последните 12 месеца, когато ползвахте медицинска помощ, колко често...“, след което следват твърдения относно преживявания на пациентите, на които те могат да отговорят с „никога“, „рядко“, „понякога“, „често“, „винаги“ и „нямат такъв опит“, т.е. Ликертова скала със стойности от 1 до 5. Тези въпроси са изпробвани в пилотно проучване с 363 участници. Чрез факторен анализ на получените данни е оценена факторната структура и вътрешната съгласуваност на въпросите (DeVellis, 2012). В крайния вариант на инструмента (вж. Приложение) остават 43 въпроса (6 за зачитане на достойнството, 5 за зачитане на автономността, 2 за конфиденциалност, 9 за яснота на комуникацията, 4 за избор на здравни услуги, 7 за бързо отзоваване, 4 за възможности за социална подкрепа и 6 за материални удобства).

2.2.6. Равнопоставеност⁵

Мария Рохова

Интерпретация на равнопоставеността в здравеопазването в контекста на оценката на функционирането на здравната система

Равнопоставеността в здравеопазването се свързва с егалитарната идеология на политическото устройство, според която финансирането на здравната система е според възможностите на отделния индивид, а организацията ѝ предполага равен достъп за цялата популация. Егалитарната гледна точка приема, че достъпът до здравни услуги е право на всички, а не привилегия само за онези, които могат да заплащат за него (Williams, 1993), и използването на здравни услуги зависи от потребностите, а не от финансовите възможности (Wagstaff and van Doorslaer, 2000).

Равнопоставеността в здравеопазването е една от общите ценности на здравните системи на страните членки на ЕС, дефинирана като „равен достъп, който зависи от потребностите, без значение от етнос, пол, възраст, социален статус и икономически възможности“ (Council of the European Union, 2006). Правителствата на много държави декларират политически ангажимент към гарантиране на равнопоставеността в здравната система и егалитарния принцип на равнопоставеност или справедливост при разделянето на финансирането от използването на здравни услуги, който е заложен в редица политически документи. Във връзка с това степента, в която този ангажимент е постигнат, е важен измерител при оценката на функционирането на здравната система. Въпреки че равнопоставеността е приоритетна цел на здравните системи, съществуват различия по отношение на това какво представлява, как се свързва с други парадигми като равенство и справедливост и как да се измерва и оценява (Allin et al., 2010).

В съвременната литература се обсъждат няколко дефиниции на равнопоставеност в здравеопазването (Mooney, 1983):

- равенство в разходите за здравеопазване на глава от населението;
- равенство в ресурсите, отделяни за различните региони;
- равенство в разходите при еднакви потребности;
- възможност на региона да посрещне пределните нужди (ако потребностите са приоритизирани/ранжирани между регионите);

⁵ Тази част се основава на публикацията Рохова М. Показатели за равнопоставеност при оценка на функционирането на здравната система. Здравна икономика и мениджмънт. 2019; 2(72): 32-40.

- равенство в достъпа при еднакви потребности (еднакви разходи за достъп до здравни услуги);
- равенство в използването на здравни услуги при еднакви потребности (еднакви разходи и търсене на еднакви услуги);
- равенство в здравните резултати (здравното състояние) между регионите и/или социалните групи – това предполага често фаворизиране на по-бедните групи или региони, което се определя като „позитивна дискриминация“.

Първите две дефиниции не отчитат различията в потребностите, поради което не отразяват напълно идеите на равнопоставеността. Третата интерпретация не отчита други фактори, извън разходите за здравеопазване, които могат да допринесат за нарастване на неравенствата, докато четвъртата дефиниция създава трудности при практическото ѝ приложение. Най-често се използват последните три дефиниции на равнопоставеността в здравеопазването. Равенството в здравните резултати предполага да бъдат преодолените т.нар. *нечестни или несправедливи* здравни неравенства, които се свързват както със социално-икономическите различия между отделни групи от населението, така и със здравните рискове в поведението на хората (напр. тютюнопушене или наднормено тегло). Тази интерпретация, макар и вписваща се в идеите за идеалното общество, реално е неприемлива, тъй като изисква да бъдат наложени много ограничения в начина, по който хората избират да живеят. На практика еднакви здравни резултати не могат да бъдат постигнати, но една от най-важните цели, която трябва да стои пред здравната политика (и не само), е намаляване на неравенствата в здравното състояние.

В много изследвания равенството в достъпа до здравни услуги се възприема като равнозначно на равенството в използването на здравни услуги, предполагайки, че когато някой използва здравни услуги, това е доказателство за наличието на достъп до тях. Противници на това твърдение свързват достъпа с възможностите, а реалната използваемост – с оползотворяване на тези възможности (Allin et al., 2010). Различията в използването могат да се обяснят както с различните лични предпочитания, така и с разлики в наличната информация за предлаганите услуги (Masseria et al., 2007). Поради различни причини, дори и при равни възможности за достъп, хората могат да не се възползват от тях по еднакъв начин, при което трябва да се направи разграничение между допустими причини, като например индивидуалните предпочитания, и такива, които не могат да бъдат разглеждани като справедливи и съответно не бива да се допускат, като разходи за здравни услуги или за транспорт.

Освен с предоставянето на здравни услуги, равнопоставеността в здравеопазването се дефинира често и от гледна точка на финансирането, при което частните разходи за здравеопазване трябва да зависят от възможностите на индивида и/или домакинството. Съгласно този принцип хората с по-високи доходи трябва да заплащат повече и обратно – тези с по-ниски доходи трябва да заплащат по-малко, независимо от рисковете за здравето им или използването на медицинска помощ. От гледна точка на финансирането равнопоставеността се фокусира върху въпроса „колко справедливо е съобразно платежоспособността на населението“. Една от крайните цели на здравната система според СЗО е справедливото разпределение на финансовата тежест на здравните разходи (Murray and Frenk, 2000). Това означава, че никой не трябва да обеднява поради това, че използва здравни услуги.

С тези дефиниции се свързват и двете основни разновидности на равнопоставеността – хоризонтална и вертикална. Обикновено в изследванията се разглежда предимно хоризонталната равнопоставеност, дефинирана като ситуация, при която индивиди със сходни здравни потребности получават еднакви здравни услуги, независимо от техните личностни или социално-икономически характеристики (особено от дохода) (Le Grand, 1987). Тази форма на равнопоставеността може да бъде определена и като едни и същи ресурси, вложени за лечението и грижите за пациенти с еднакви заболявания (Wagstaff et al., 1991). Вертикалната равнопоставеност се отнася до ситуации, при които хора с различни здравни потребности получават различни здравни услуги. Тя може да се интерпретира и като преференциално лечение за тези, които се нуждаят повече от него. В контекста на финансирането хоризонтална равнопоставеност има в случаите, когато индивиди или домакинства с еднакви доходи имат едни и същи здравни разходи, докато вертикалната равнопоставеност съществува, когато хора с по-големи възможности заплащат по-високи здравни вноски (Ciss'e et al., 2007).

Равнопоставеността присъства като ключово измерение в повечето концептуални рамки за оценка на функционирането на здравната система. В рамката на С. Murray и J. Frenk, използвана в доклада на СЗО от 2000 г., равнопоставеността е включена имплицитно и засяга вътрешноприсъщите цели на здравната система, свързани със здравното състояние, чувствителността към очакванията и финансовата защита. Тя се интерпретира от гледна точка на степента, в която тези цели са постигнати при различни демографски и социално-икономически групи от населението. Равнопоставеността в здравната система зависи от справедливото „разпределение“ на трите цели (Murray and Frenk, 2000).

За разлика от СЗО, в рамката *Показатели за качество на здравеопаз-*

ването равнопоставеността е заложена експлицитно като едно от четирите измерения на функционирането и се разглежда като присъща характеристика на всички останали междинни и крайни резултати от работата на здравната система (Arah et al., 2006). По сходен начин – като измерение, което пресича всички останали – се възприема и в повечето концептуални рамки, използвани за оценка на национално равнище като тези на Канада (Canadian Institute for Health Information, 2006), Австралия (National Health Performance Committee, 2001), Белгия (Vrijens et al., 2016), САЩ (Agency for Healthcare Research and Quality, 2005), Швеция (Swedish Agency for Health and Care, 2019), Ирландия (Kringos et al., 2021), Чехия (OECD, 2023a), Естония (OECD, 2023b) и др. В някои рамки равнопоставеността се разглежда като междинна цел на системата, като се свързва с достъпа и осигурителното покритие (World Health Organization. Regional Office for Europe, 2011; Perko et al., 2021).

В различните рамки се използват множество различни показатели за равнопоставеност, които зависят от начина на интерпретация на тази сложна категория и дефиницията, която е възприета. Няколко са основните направления, в които се изследва равнопоставеността при оценката на функционирането на здравната система (Smith and Paranicolas, 2012):

- (1) Неравенства в здравния статус между различните групи от населението, обособени по демографски или социално-икономически признак;
- (2) Неравенства в достъпа и/или използването на здравни услуги между различните групи от населението;
- (3) Неравенства във финансирането на здравни услуги между различните групи от населението;
- (4) Неравенства в чувствителността на здравната система към потребностите и очакванията на различните групи от населението.

Основният фокус при оценка на неравенствата в достъпа или използването на здравни услуги е хоризонталната равнопоставеност, т.е. доколко индивиди с еднакви потребности получават еднакви здравни услуги, докато оценката на неравенствата във финансирането се свързва предимно с вертикалната равнопоставеност или доколко разходите за здравни услуги зависят от платежоспособността.

В рамката за оценка на ефикасността, ефективността и равнопоставеността на здравеопазването (Framework for Assessing Behavioral Healthcare), предложена от L. A. Aday и кол. (1999), се разглеждат две направления, свързани с равнопоставеността. Първото е степента, в която ползите за здравето се споделят поравно между групите от населението и се отнася до равенството в резултатите от функционирането на системата

за здравното състояние (т.нар. *substantive equity*). Второто е степента, до която структурата на здравната система и процесите за постигане на тези резултати могат да бъдат оценени като справедливи (т.нар. *procedural equity*) и се асоциира предимно с предоставянето на здравни услуги и тяхното финансиране (Aday et al., 1999).

В голяма част от националните рамки за оценка на функционирането равнопоставеността се асоциира както с разпределението на разходите за здравни услуги сред населението (справедливо финансиране), така и с възможностите за достъп до здравни услуги (справедлив достъп) (Commonwealth Fund, 2006; World Health Organization. Regional Office for Europe, 2012c; Grech et al., 2015; Vrijens et al., 2016; Perko et al., 2021; OECD, 2023a). В допълнение в някои държави се оценява и равенството при използване на здравни услуги или т.нар. хоризонтална равнопоставеност (World Health Organization. Regional Office for Europe, 2011; van den Berg et al., 2015; Grech et al., 2015). Освен това равнопоставеността се оценява за здравното състояние и немедицинските детерминанти на здравето (Grech et al., 2015; Vrijens et al., 2016; Radley et al., 2017). В някои рамки се включва и оценка на различията в чувствителността на системата към потребностите и очакванията на пациентите (Vrijens et al., 2016; Swedish Agency for Health and Care, 2019; Papanicolas et al., 2022).

Показатели за оценка на равнопоставеността в здравната система

За определяне и систематизиране на показателите за оценка на равнопоставеността при функционирането на здравната система първо са идентифицирани използваните в различни концептуални рамки, като е съставен изчерпателен списък от показатели, за чието идентифициране са използвани 35 източника, от които 22 национални концептуални рамки за оценка на функционирането на здравната система със съответните показатели и еволюцията им през различните години, осем доклада на международни организации (СЗО, ОИСР и др.) и пет научни изследвания, свързани с оценка на функционирането на здравната система. От посочените източници са идентифицирани общо 383 показателя, които се използват или са предложени за измерване на равнопоставеността при оценка на функционирането на здравната система.

След съставянето на списък събраните показатели са групирани, като са разпределени в девет групи, които отговарят на основните измерения в концептуалните рамки за оценка на функционирането на здравната система, както и на част от интерпретациите за равнопоставеност:

- детерминанти на здравето и рискови фактори;
- здравни резултати и здравен статус;

- достъп до здравни услуги, включително и използваемост;
- качество на здравните услуги;
- ориентация към пациента;
- финансиране и осигурително покритие;
- финансова защита;
- ефективност;
- друго, включително и социално-икономически фактори извън здравната система.

След групирането показателите са прегледани за повторения и значително сходство между тях. Дублираните показатели са отстранени, а сходни показатели – обединени, като в резултат от това показателите са сведени до 157. Най-често срещаните от тях (тези, които се повтарят в два или в повече източника) са представени в таблица 2.9.

Показателите, които се използват или предлагат за оценка на равнопоставеността в здравната система, са разнообразни и на практика обхващат всички други измерения на концептуалните рамки като качество, достъп, здравен статус и др., като се използват същите показатели, с малки изключения, които обаче са анализирани по отделни групи от населението. По този начин равнопоставеността дава специфичен разрез на всички останали измерения при оценката – различия между отделни групи от населението. Специфичният момент е, че групите трябва да бъдат подбрани така, че да отразяват т.нар. *несправедливи различия*, а не такива, които се възприемат като приемливи (като генетично обусловените). В този смисъл не всички разрези по групи, които са идентифицирани в източниците и по-конкретно в някои национални рамки, могат да се определят като подходящи за оценка на равнопоставеността – като напр. някои различия по възраст и по пол.

Най-честите стратификации на населението са по доход, образователно равнище, етнически произход, по регион или тип на населеното място (град, село). В някои страни се използват разделения, които отразяват спецификата на демографската, социално-икономическата и дори геополитическата среда. Религиозната принадлежност, наличието на увреждания и осигурителният статус също се срещат като признаци за обособяване на групи от населението при оценката на равнопоставеността.

Най-голям брой показатели за оценка на равнопоставеността са свързани с качеството на здравните услуги (общо 47), като те са и най-разнообразни по съдържание. Голям брой показатели са установени в измеренията,

свързани със здравния статус и детерминантите на здравето (съответно 38 и 24). Най-много повторения се срещат при оценка на достъпа и финансирането, което подсказва, че в тези измерения показателите за равнопоставеност са значително по-установени. Същото може да се твърди и във връзка с финансовата защита, където най-често се използва показателят, свързан с катастрофалните здравни разходи (Таблица 2.9).

Таблица 2.9. Показатели за равнопоставеност при оценка на функционирането на здравната система

Измерение	Често използвани показатели
Детерминанти на здравето/ рискови фактори	Дял от населението със затлъстяване (ИТМ $\geq$ 30) Дял от населението (над 18 год.), които употребяват алкохол (повече от 6 напитки при един случай) Дял от населението (над 18 год.), които пушат всеки ден Дял от населението с физическа активност поне 30 мин на ден Дял от жените (между 50 и 69 год.), преминали скрининг за рак на гърдата Дял от жените, преминали скрининг за рак на шийката на матката през последните 3 години Дял от населението с ежедневна консумация на зеленчуци и плодове Имунизационно покритие на децата Имунизации срещу грип (дял от населението над 65 год.)
Здравни резултати и здравен статус	Дял от населението (над 18 год.), които оценяват здравето си като „добро“ или „много добро“ Самооценка на психичното здраве като „добро“ или „много добро“
Здравни резултати и здравен статус	Наличие на продължително (хронично) заболяване или здравен проблем Едно или повече хронични заболявания Причини за смъртност под 65-годишна възраст Очаквана продължителност на живота в добро здраве над 65-годишна възраст Детска смъртност Очаквана продължителност на предстоящия живот Смъртност на населението Използване на антидепресанти (дял от населението, които са употребявали поне веднъж годишно) Продължителност на живота без физическа недееспособност

Достъп до здравни услуги	Достъп до здравни услуги (много често дентални) Пълнолетни граждани без личен лекар (или без достъп до медицинска помощ) Пълнолетни граждани, които не са използвали здравни услуги през последната година поради разходи (особен фокус към денталната помощ) Осигуреност със здравни професионалисти Осигуреност с болнични легла Неудовлетворени потребности от медицинска помощ (дентална помощ) – общо и по причини Неизпълнени рецепти поради финансови причини през последната година Използваемост на извънболничната помощ Дял на хоспитализациите на 1000 души от населението
Качество на здравните услуги	Рехоспитализации в рамките на 30 дни след изписването (по определени диагнози) Смъртност, която може да бъде избегната (вкл. и предотвратима смъртност) Дял на диабетиците с подходящи редовни прегледи и изследвания Потенциално загубени години живот поради смъртност, която може да бъде избегната
Ориентация към пациента	Оценка на получените здравни услуги през последните 12 месеца (по видове)
Финансиране и осигурително покритие	Прогресивно/регресивно финансиране Дял на частни разходи за здравеопазване от разходите на домакинството без тези за храна Дял на публичните разходи от общите здравни разходи Дял на частните разходи от общите здравни разходи Разлики в дела на разходите за здравеопазване от общите разходи на домакинството по доходни групи Дял на неосигурените пълнолетни граждани
Финансова защита	Дял на домакинствата с катастрофални здравни разходи Дял на домакинствата, чиито здравни разходи предизвикват обедняване
Ефективност	Непланирани хоспитализации при астма, диабет и епилепсия Посещения на спешни центрове, които биха могли да бъдат избегнати (на 1000 посещения)
Други	Джини индекс за разпределение на доходите

Въз основа на експертна оценка и анализ на показателите (вж. т. 2.2) са избрани 53, които да бъдат включени за оценка на равнопоставеността при функционирането на здравната система в България (Таблица 2.10). Показателите са групирани по отделните измерения на концептуалната рамка и техните елементи, като са посочени и разрезите, в които следва да се търсят различия между отделните групи от населението, предполагащи наличието на неравнопоставеност в здравеопазването.

Таблица 2.10. Показатели за оценка на равнопоставеността за България

Елемент	Показатели	Разрези
Ефикасност	Предотвратима с добра профилактика смъртност	доходи/ образование/ тип населено място
	Предотвратима с добро лечение смъртност	
	Дял от жените (между 50 и 69 год.), преминали скрининг за рак на гърдата	
	Дял от жените, преминали скрининг за рак на шийката на матката през последните 3 години	
Ефикасност	Дял от мъжете, преминали скрининг за рак на простата през последните 3 години	доходи/ образование/ тип населено място
	Дял от населението, преминало скрининг за рак на дебелото черво (за определен период)	
	Имунизационно покритие на децата	
Физическа наличност	Брой лекари (на 10 000 от населението)	области/тип населено място
	Население на 1 лекар	
	Брой медицински сестри (на 10 000 от населението)	
	Брой специалисти по здравни грижи – без медицински сестри (на 10 000 от населението)	
	Брой общопрактикуващи лекари (на 10 000 от населението)	
	Население на 1 общопрактикуващ лекар	
	Брой лекари по дентална медицина (на 10 000 от населението)	
	Население на 1 лекар по дентална медицина	
	Брой на болничните легла (на 10 000 от населението)	
	Брой легла за дългосрочни грижи (на 10 000 от населението)	
	Брой аптеки (на 10 000 от населението)	

Финансова достъпност	Дял на директните плащания на домакинствата за здравеопазване от общите разходи на домакинството	доходи
	Дял на директните разходи за здравеопазване от разходите на домакинството с изключение тези за храна	
	Тежест на разходите за здравеопазване за домакинство	
	Дял на населението без здравна осигуровка	доходи/ образование/ тип населено място/ области
Своевременност	Време за изпълнение на спешно повикване (от ЦСМП/ФСМП) в минути	тип населено място/ области
	Време за чакане за преглед при ОПЛ в дни / дял от пациентите с възможност за преглед при ОПЛ в рамките на деня при необходимост	
	Дял на пациентите със затруднения в достъпа до неотложна медицинска помощ през нощта и почивните дни	
	Време за чакане за преглед при специалист (дни)	
Достъп (общо)	Дял на населението с неудовлетворени потребности от медицински преглед/лечение (всички причини)	доходи/ образование/ тип населено място/ области
	Дял на населението с неудовлетворени потребности от дентална услуга (всички причини)	
	Дял на населението над 18 години без ОПЛ	
Здравно състояние	Самооценка на здравето	доходи/ образование/ тип населено място
	Наличие на продължителен (хронично заболяване) или здравен проблем (самооценка)	
	Средна продължителност на живота при раждането	
Здравно състояние	Средна продължителност на живота след 65 г.	доходи/ образование/ тип населено място
	Обща стандартизирана смъртност	
	Детска смъртност	
	Майчина смъртност	
	Дял на хората с хронични заболявания (едно или повече)	
	Заболяемост от туберкулоза	доходи/тип населено място
	DALYs/QALYs	

Хранителни навици	Дял от населението, което консумира плодове ежедневно	доходи/ образование
	Дял от населението, което консумира зеленчуци ежедневно	
Тютюнопушене	Дял на населението, употребяващо тютюневи изделия ежедневно	доходи/ образование/ тип населено място
Употреба на алкохол	Дял на населението редовно злоупотребяващо с алкохол (поне веднъж месечно)	доходи/ образование/ тип населено място
Наднормено тегло и затлъстяване	Дял на населението със затлъстяване (ИТМ=30 кг/ м2)	доходи/ образование
	Дял на населението с наднормено тегло (ИТМ=25 кг/м2)	
Физическа активност	Дял на населението с умерена ежеседмична физическа активност	доходи/ образование
Други	Дял от населението с изследвания за кръвна захар през последната година	доходи/ образование/ тип населено място
	Дял от населението с изследвания за холестерол през последната година	
	Среден брой прегледи в извънболничната медицинска помощ (първична и специализирана) през последните 12 месеца (крива на Лоренц)	доходи
	Среден брой хоспитализации през последните 12 месеца (крива на Лоренц)	
	Повиквания към ЦСМП през последните 12 месеца (крива на Лоренц)	
	Среден брой посещения при зъболекар през последните 12 месеца (крива на Лоренц)	
	Оценка на използваните здравни услуги през последните 12 месеца (обща оценка на чувствителност)	доходи/ образование/ тип населено място

Оценката на равнопоставеността в здравната система зависи от това коя или кои интерпретации на равнопоставеността ще бъдат приети. Често в националните концептуални рамки за оценка на функционирането на здравната система равнопоставеността се интерпретира по няколко различни начина с идеята да се обхванат максимално аспектите на тази сложна категория. Това предполага голямо разнообразие на използваните показатели. В някои случаи стремежът да се обхванат колкото се може повече аспекти на равнопоставеността създава затруднения при оценката поради включването на голям брой показатели с различна стратификация на населението. Проблем представлява и събирането на информация по отделните показатели и проследяване на тенденциите във времето. Всички тези методически и приложни предизвикателства предполагат, че изследванията в търсене на оптимален набор от показатели за равнопоставеност при оценка на функционирането на здравната система трябва да продължат.

2.2.7. Издръжливост на здравната система

Мария Рохова, Стефка Коева

Интерпретация на концепцията за издръжливост в контекста на оценката на функционирането на здравната система

В контекста на функционирането на здравната система концепцията за издръжливост (health system resilience) е сравнително нова. Интересът на изследователи, политици и експерти към нея се засилва по време на световната икономическа криза от 2008 г. Епидемиите от ебола в Западна Африка от 2014 г. и зика в Южна и Централна Америка от 2015 г. дават сериозен тласък на изследванията, свързани със способността на системата да устои на различни смущения, шокове и кризи (Rohova and Koeva, 2021). Вследствие от тези събития се откроява необходимостта от развитие на концепцията – какво точно представлява издръжливата здравна система и как може да се стимулира издръжливостта. В резултат на това издръжливостта се разглежда като основна предпоставка за „нормалното“ (в смисъл на обичайно) функциониране на системата и основна насока за нейното укрепване и развитие, като очертава условията, които трябва да я направят по-устойчива на внезапни шокове или постепенно развиващи се кризи.

Значението на издръжливостта за функционирането на здравната система е подчертано в Съобщението относно ефективни, достъпни и устойчиви здравни системи на Европейската комисия от 2014 г., в

което се посочва, че системата „трябва да е способна да се адаптира ефективно към променящата се среда, като се справя със значителни предизвикателства при наличието на ограничени ресурси“ (European Commission, 2014). През 2019 г. Експертната група за оценка на функционирането на здравните системи (Expert Group on Health Systems Performance Assessment) я разглежда като приоритетна област за анализ от гледна точка на нейния потенциал за въздействие върху функционирането на здравните системи (European Commission, 2023). СЗО определя издръжливостта като основа за постигане на целите за устойчиво развитие на Организацията на обединените нации, както и за реализация на стратегическата рамка „Здраве 2020“ (World Health Organisation. Regional Office for Europe, 2017). ОИСР първоначално разглежда издръжливостта в контекста на бежанската криза от 2014 г. (OECD, 2018), а от 2016 г. я включва като основно направление в периодично подготвяния доклад за здравеопазването в Европа (Health at a Glance: Europe).

Издръжливостта най-общо се дефинира като способността на здравната система да се подготви и да реагира ефективно на шокове, като същевременно запази основните си функции при настъпване на кризата. Друг аспект се отнася до способността на системата да се реорганизира, за да отговори на променящите се потребности в определен контекст (Kruk et al., 2017). Концепцията за издръжливостта се фокусира върху функциите на здравната система и нейната способност да се подготви и адаптира към промените, поради което много автори я асоциират с функционирането на здравната система (Turenne et al., 2019).

Въпреки че дефинициите на издръжливостта поставят акцент върху различни аспекти, те имат една и съща основа – степента на промяна, която една система може да претърпи, като същевременно поддържа своите функции и контрола върху своята структура (Blanchet, 2015). В здравеопазването концепцията е заимствана от изследванията на екологичните и социално-екологичните системи и е тясно свързана с идеята за сложни адаптивни системи, поради което дава възможност за по-добро разбиране на динамиката на здравната система. Важно е да се отбележи също, че тя е приложима не само към внезапни и силни външни шокове, но и към по-бавни, но продължителни (хронични) изменения, които имат потенциал да компрометират структурата на здравната система като недостиг на човешки и материални ресурси. Това се свързва с т.нар. ежедневна устойчивост (everyday resilience) (Gilson et al., 2017), която е ключова предпоставка за подобряване на цялата здравна система.

Аспектите в различните интерпретации са обобщени от Експертна група за оценка на функционирането на здравните системи (Expert Group on Health Systems Performance Assessment) към Европейската комисия, според която издръжливостта „описва способността на здравната система да предвижда, поема и да се адаптира към шокове и структурни промени по начин, който ѝ позволява (а) да поддържа необходимите дейности; (б) да възобновява възможно най-бързо оптималното си функциониране; (в) да трансформира своята структура и функции, за да укрепи и да се развива като цяло и; (г) да намалява (евентуално) своята уязвимост към подобни шокове и структурни промени в бъдеще“ (EU Expert Group on Health Systems Performance Assessment, 2020). Въз основа на тази дефиниция са определени качествените характеристики на системата, от които зависи нейната издръжливост:

- капацитет за превенция/прогнозиране, т.е. способността на здравната система проактивно да предвижда кризисни събития и да минимизира потенциалното им въздействие;
- капацитет за абсорбиране, т.е. капацитета на системата да смекчи въздействието на кризата;
- адаптивен капацитет, т.е. способността да поддържа необходимите дейности и функции въпреки извънредните обстоятелства;
- капацитет за трансформация, т.е. способността на здравната система да трансформира своята структура и начин на функциониране, за да реагира на структурните промени в контекста.

S. Thomas и кол. (2020) също дефинират издръжливостта, използвайки тези четири характеристики, като „способността да се подготвя, управлява (поема, адаптира и трансформира) и да се учи от шокове“, като под „шок“ се разбира внезапни и екстремни (тежки) промени, които ще повлияят на здравната система. Различни шокове могат да повлияят на здравната система като епидемии или извънредни здравни ситуации, природни бедствия, икономически кризи, военни конфликти и бежански кризи и др. На базата на обширен литературен обзор M. Fridell и кол. (2020) обобщават, че издръжливостта на здравната система е свързана предимно с адаптиране, поддържане, абсорбиране, учене, трансформация, устояване и реагиране на шокове.

Този по-широк подход е възприет от Европейската обсерватория по здравни системи и политики и ОИСР при регулярната оценка на здравните системи в ЕС (State of Health in the EU). Използваната аналитична рамка определя издръжливостта като „капацитет на здравните системи да поемат смущения, създадени от променяща се среда, внезапни шокове или кризи, и да се адаптират и реагират ефективно с предоставянето

на необходимите услуги“ (Karanikolos and Maresso, 2020). Рамката разграничава три измерения на издръжливостта:

- осигуряване на дългосрочна стабилност на ресурсите – капацитет за запазване или генериране на адекватни финансови, материални, човешки и информационни ресурси, необходими за справяне с внезапни шокове и кризи;
- ефективно реагиране – способност за управление на здравната система с ограничени ресурси, като се гарантира ефективност, без да се прави компромис с определените приоритети на системата, както и с достъпа или правата на пациентите;
- укрепване на управлението – капацитет за ръководство на системата, за да се адаптира бързо към нови цели и приоритети и да отговори на предизвикателствата.

Въпреки че издръжливостта е призната като една от основните ценности на здравните системи, наред с равнопоставеността, ефективността и чувствителността към потребностите на населението (Kruk et al., 2018), преди пандемията от COVID-19 тя не присъства в националните концептуални рамки за оценка на функционирането на здравната система. До голяма степен това се дължи на факта, че вниманието на научната общност до този момент е насочено предимно към изясняване на концепцията и нейните теоретични основи, като съществува значително по-малко яснота по отношение на нейната операционализация, включително измерване и оценка. Пандемията и продължаващите конфликти поставиха началото на нова перспектива за това как здравните системи могат да се адаптират в кризисни ситуации и да поддържат основните си функции. Изследванията върху издръжливостта на здравната система се придвижват от опитите за концептуалното ѝ изясняване към търсене на оперативни начини и средства за измерването и набелязване на мерки за нейното укрепване.

От 2020 г. издръжливостта е включена в няколко от концептуалните рамки за оценка на функционирането като измерение, което пресича всички останали, подобно на равнопоставеността и ефективността. Това са рамките на Ирландия (Kringos et al., 2021), Естония (OECD, 2023b), Чехия (OECD, 2023a), актуализираната рамка на Белгия от 2023 г. (Gerkens et al., 2023) и Рамката за оценка на функционирането на здравната система за универсално здравно покритие (Health System Performance Assessment Framework for Universal Health Coverage) на Европейската обсерватория за здравни системи и политики и СЗО (Papanicolas et al., 2022). В допълнение Европейската обсерватория за здравни системи и политики и ОИСР включват издръжливостта като част от докладите и анализите на здравните системи в ЕС (Health at a Glance: Europe и State

of Health in the EU), които също са придружени от набор от показатели за анализ и оценка.

Новата версия на концептуална рамка на Белгия възприема дефиницията за издръжливост, предложена от Експертната група за оценка на функционирането на здравните системи (вж. по-горе). Подобно определение е използвано от ОИСР в изданията на доклада *Health at a Glance: Europe* от 2020 г. и 2022 г., въпреки че анализът е фокусиран предимно върху пандемията от COVID-19 (OECD/European Union, 2020; OECD/European Union, 2022). Рамката за оценка на функционирането на здравната система за универсално здравно покритие приема интерпретацията на S. Thomas и кол. (2020) (вж. по-горе), като се фокусира предимно върху внезапните шокове и по-малко върху т.нар. ежедневна издръжливост. В концептуалната рамка на Чехия е дефинирана като „способност на здравната система да абсорбира, реагира и да се адаптира към неочаквани събития“ (OECD, 2023a), като до голяма степен се изключва проактивния аспект в интерпретацията, докато в рамката на Естония той е изведен като водещ при оценката на издръжливостта (OECD, 2023b).

Показатели за оценка на издръжливостта на здравната система

За определяне на показателите за оценка на издръжливостта са систематизирани използваните в концептуалните рамки. Тъй като това измерение е включено сравнително отскоро при оценката на функционирането на здравната система, са разгледани само пет концептуални рамки – на Ирландия, Чехия, Естония, Белгия и Рамката за оценка на функционирането на здравната система за универсално здравно покритие. В допълнение са прегледани и докладите на ОИСР от 2020 и 2022 г., както и здравния профил на България от анализа *Състояние на здравето в ЕС* за 2021 г. (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2021). Идентифицираните в концептуални рамки показатели са представени в таблица 2.11.

В доклада *Health at a Glance: Europe* от 2020 г. е направена първоначална оценка на въздействието на пандемията от COVID-19 върху европейските здравни системи и тяхната издръжливост при тази извънредна ситуация (OECD/European Union, 2020). Анализът обхваща капацитета на системите във връзка с осигуреността с болнични легла за активно лечение, легла в отделенията за интензивно лечение и медицинските специалисти, както и стратегиите, използвани в отговор на пандемията. Вниманието е отделено и на капацитета на здравните системи да поддържат основни здравни услуги, различни от тези за пациенти с коронавирусна инфекция (консултации в първичната медицинска помощ). Последното

издание на доклада от 2022 г. отново се фокусира върху мерките във връзка с извънредната ситуация и адаптирането на здравните системи към новите условия (OECD/European Union, 2022). Оценката включва осем показателя, свързани до голяма степен с пандемията от COVID-19: ваксинация срещу COVID-19, телеконсултации, капацитет за лабораторни изследвания, легла за интензивно лечение, въвеждане на електронно медицинско досие, капиталови разходи в здравния сектор и прогнози за публичните здравни разходи. Освен това докладът *България: Здравен профил на страната* от 2021 г. анализира подготвеността, капацитета за реакция и управлението на системата в условията на извънредна ситуация (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2021). Капацитетът за реакция е оценен основно с помощта на количествени показатели, свързани с човешките и материалните ресурси, капацитета на интензивните отделения, имунизациите и др.

Таблица 2.11. Показатели за оценка на издръжливостта, предложени в международни и национални концептуални рамки

Рамка	Подизмерения	Показатели
Ирландия (2021)	<i>Мотивирана работна сила</i>	Удовлетвореност от професията
		Отсъствия от работа
		Използване на механизми за подкрепа на персонала
	<i>Капацитет за посрещане на шокове</i>	-
	<i>Капацитет за увеличаване/ намаляване</i>	Степен на заместване на легла за активно лечение с интензивни легла (%)
		Оборот на леглата за интензивно лечение
Рамката за оценка на функционирането на здравната система за универсално здравно покритие (2022)	<i>Подобряване на здравето</i>	Общ брой случаи на COVID-19 и смъртни случаи
		Свръхсмъртност
	<i>Чувствителност към потребностите</i>	Опит на пациентите
		Неудовлетворени здравни потребности
	<i>Финансова защита</i>	Катастрофални здравни разходи
		Дял на директните плащания
	<i>Ефективност на здравната система</i>	Размер на инвестициите, необходими за поддържане на резултатите
	<i>Равнопоставеност</i>	Общ брой случаи на COVID-19 и смъртни случаи по социално-икономически и демографски групи или по региони
		Свръхсмъртност по социално-икономически и демографски групи или по региони

Естония (2023)	<i>Подготвеност</i>	Съотношение лекари-медицински сестри
		Дял на ОПЛ на възраст над 55 год.
		Дял на медицинските сестри на възраст над 55 год.
	<i>Подготвеност</i>	Дял на болниците с наличен ел. генератор
		Респиратори на 100 000 души от населението
		Интензивни легла от 3-то ниво на 100 000 души
		Легла за изолация на 100 000 души
		Наличие на планове за готовност при кризи и анализи на риска в болниците и спешната помощ
	<i>Ваксинация</i>	Имунизационно покритие срещу инфекциозни заболявания, включени в националния имунизационен календар
		Обхват на реваксинация
		Сезонна ваксинация срещу определени инфекциозни заболявания
		Заболяемост от ваксинапредотвратими болести на 100 000 души от населението
Белгия (2023)	<i>Осигуряване на необходимите човешки ресурси</i>	Здравни професионалисти, които смятат да напуснат професията
		Брой закрити болнични легла поради липса на персонал или форсмажорни обстоятелства
		Брой свободни работни места за медицински сестри в болниците
	<i>Предоставяне на здравни услуги по време на криза</i>	Брой основни хирургични интервенции в болниците
		Брой на новодиагностицираните онкологични заболявания
	<i>Увеличаване на съществуващия капацитет и въвеждане на нови здравни услуги</i>	Болници със заетост над 60% на интензивните легла с пациенти с COVID-19 (% от болниците с лицензирани легла за интензивно лечение)
		Брой контакти (вкл. телеконсултации) с ОПЛ
	<i>Увеличаване на съществуващия капацитет и въвеждане на нови здравни услуги</i>	Средна продължителност за подготовка на резултатите при лабораторните тестове за COVID-19
		Средна продължителност за проследяване на контактите при положителен резултат за COVID-19
		Ваксинация срещу COVID-19 през последните шест месеца (поне една доза, % от населението)

Чехия (2023)		Легла за дългосрочни грижи по региони
		Предоставяне на амбулаторни психиатрични грижи за деца и юноши
		Ранно идентифициране на недостиг на лекарства
		Капацитет на първичната медицинска помощ
		Болнични легла на 1 000 души от населението
		Използваемост на леглата за активно лечение (%)
		Използваемост на интензивните легла за възрастни (%)
		Легла за интензивно лечение на възрастни (на 100 000 души от населението)

Източници: Kringos et al., 2021; Papanicolas et al., 2022; OECD, 2023a; OECD, 2023b; Gerkens et al., 2023.

Повечето показатели за оценка на издръжливостта са свързани с пандемията от COVID-19, като се фокусират върху капацитета на здравната система да смекчи въздействието на шока и да поддържа основните си дейности, както и да трансформира своята структура така, че да намали уязвимостта си към потенциални бъдещи шокове и кризи. Голяма част от показателите се използват за анализ на капацитета на здравната система за предоставяне на здравни услуги, включително и нейния свободен капацитет, който може да бъде мобилизиран при необходимост. По-малко внимание се отделя на капацитета на системата да предвижда и да се предпазва от въздействието на шокове (проактивния аспект на издръжливостта). В част от рамките се оценява подготвеността на системата, като се анализира наличието на кризисни планове, системи за наблюдение и ранно предупреждение, както и способността на системата да генерира нужните ѝ ресурси. Рамката за оценка на функционирането на здравната система за универсално здравно покритие оценява издръжливостта по отношение на всяка една от функциите на системата, като изследва т.нар. *тесни места*, които са особено уязвими на потенциален шок. Издръжливата здравна система трябва да намери механизми да се справи тези уязвими места, така че да поеме шока без особени сътресения (Papanicolas et al., 2022).

Идеята за издръжливостта на здравната система привлече интереса на експерти и политици в следствие на редица кризисни ситуации, но пандемията от COVID-19 може да се разглежда като безпрецедентен тест за готовността на здравната система за внезапни и тежки шокове. В настоящия контекст издръжливостта е от съществено значение,

превърщайки се в критична предпоставка за добре работеща здравна система, способна да поддържа основните си функции в кризисни условия. Предвид ограничените все още изследвания за операционализирането на концепцията, изборът на показатели за оценка е твърде ограничен. Измерването, оценката и укрепването на издръжливостта остават предизвикателство, което ще задвижва изследванията на здравната система.

2.2.8. Ефективност

Любомира Коева-Димитрова, Елка Атанасова

Интерпретация на концепцията за ефективност в контекста на оценката на функционирането на здравната система

Ефективността (efficiency), подобно на другите измерения на функционирането на здравната система, не се дефинира еднозначно и това създава известни трудности при нейното измерване. Като цяло чрез ефективността се оценява връзката между входящите ресурси („входа“ на системата – разходи, под формата на труд, капитал или оборудване) и постигнатите резултати („изхода“ на системата – напр. брой лекувани пациенти или здравни резултати като спечелени години живот) (Palmer and Torgerson, 1999; Figueras and McKee, 2012; Papanicolas and Smith, 2013), като тя може да се детайлизира и измерва на различни нива в здравната система, по отношение на различни видове ресурси и резултати.

Концепцията за ефективност се отнася до това колко добре здравната система използва ресурсите, с които разполага, за да подобри здравето на населението и да постигне крайните здравни цели (World Health Organization, 2000), функционирайки по най-рентабилния начин, с най-малко загуба на време и усилия (European Commission, 2019b).

Според икономическата теория, *ефективност* е връзката между един или повече вложени ресурси (или производствени фактори) и един или повече крайни резултати. Преобразуването на производствените фактори в остойностени крайни продукти и услуги се представя още чрез производствената функция, която показва максимално осъществимото равнище на „продукцията“ за даден набор от вложени ресурси (Hollingsworth and Peacock, 2008), т.е. т.нар. производствена ефективност – комбинация от входящи ресурси, необходими за „производство“ на здравни и свързаните с тях услуги, при най-ниски разходи (Aday et al., 1998). Всяко ниво на производство под максимално осъществимото се разглежда като показател за неефективност (Jacobs et al., 2006).

Неефективността е често срещана в системите на общественото здравеопазване и в повечето случаи се дължи на неуспехи в управлението и контрола (World Health Organization. Regional Office for Europe, 2012c). Неефективното използване на ресурсите на здравната система поражда сериозни опасения поради редица причини, основно свързани с рискове за качеството на медицинската помощ и с нежелание на обществото да допринесе за финансирането на здравеопазването, което вреди на солидарността, благосъстоянието и на свой ред – на ефективността в здравната система (Cylus et al., 2016). Поради това концептуализирането на ефективността се съпътства от схващанията за неефективност и в по-тесен план – за „разхищение“ (waste). Неефективност е налице, когато максимално възможното подобрение на резултата не се получава от фиксиран набор от входове (когато същият или дори по-голям резултат може да се получи с по-малко ресурси) или когато здравни ресурси се изразходват за комбинация от услуги, които не успяват да максимизират социалните здравни ползи (European Commission, 2019b). В по-тесен план разхищение е, когато ресурсите за здравеопазване се разпределят за услуги и процеси, които или са вредни, или не носят ползи и когато възникват разходи, които биха могли да бъдат избегнати чрез заместване с по-евтини алтернативи с идентични или по-добри ползи (OECD, 2017). Идеята за разхищението е развита в рамка и е представена с три категории предотвратими разходи – за лечение, разходи, предизвикани от лоша организация и експлоатация и такива, свързани с управлението – високи разходи за администрация и/или злоупотреби и корупция.

В международните концептуални рамки за оценка на функционирането на здравите системи се прилагат различни концепции за ефективност (Таблица 2.12), като в част от тях тя се възприема като междинна (инструментална) цел, а в други като крайна (вътрешноприсъща на здравната система) или всеобхватно (crosscutting) измерение на функционирането на системата. Ефективността се разглежда като междинна цел в рамките Behavioural Health Care (1998), Control Knobs (2003), Commonwealth Fund (2006) и Systems Framework (2008), а като крайна цел или комплексен измерител на функционирането в рамките на СЗО (2000 и 2007) и ОИСР (2001 и 2006), като в някои рамки тя е представена в двете си най-често използвани разновидности – техническа и разпределителна със съответни показатели за оценка. В концептуалната рамка, предложена за оценка на функционирането на здравната система в България (вж. т. 2.1.3), ефективността е възприета като всеобхватно измерение, което позволява да се оценят крайните резултати, преминавайки през непосредствените резултати и отчитайки условията създадени на „входа“ на системата (Рохова и кол., 2020).

Таблица 2.12. Концепции за ефективност възприети в международни концептуални рамки

Рамки	Концепция за ефективност
Behavioural Health Care (1998)	Ефективността се определя, от една страна, като производствена ефективност, комбинацията от вложени производствени фактори, необходими за „производството“ на основни и свързани услуги с най-ниски разходи и, от друга страна, като разпределителна ефективност, комбинацията от входящи ресурси, които „произвеждат“ най-големи подобрения в здравеопазването предвид наличните ресурси.
СЗО (2000, 2007)	Действително постигнатите цели в сравнение с това, което може да бъде постигнато предвид наличните ресурси.
ОИСР (2001)	Определя се като 1) микроикономическа ефективност, която измерва производителността на здравната система в сравнение с максимално постижимото „производство“; и 2) макроикономическа ефективност – какъв ефект би имала промяната в нивото на ресурсите върху желаното ниво на здравни резултати и чувствителността към очакванията на пациентите в сравнение с други стоки и услуги.
Control Knobs (2003)	Определя се като 1) техническа ефективност (или производствена ефективност) – получаване на максимален краен резултат от вложените финансови средства; и 2) разпределителна ефективност – получаване на адекватни непосредствени резултати, с които да се постигнат крайните цели, или достигане на границата на производствените възможности.
Commonwealth Fund (2006)	Определя ефективно предоставяне на здравни услуги, в точното време и на точното място и при което иновациите могат да бъдат оценени както за ефективност, така и за стойност.
ОИСР (2006)	Микроикономическа ефективност – максимизиране на непосредствените резултати (или съотношението между качество и разходи) и макроикономическа ефективност - определяне на правилното ниво на здравни разходи.
Systems Framework (2008)	Разделена на техническа и разпределителна ефективност (без точно дефиниране).

Източник: Papanicolas and Smith, 2013

В областта на здравеопазването техническата ефективност се отнася до зависимостта между използваните ресурси (напр. капитал, труд, оборудване) и конкретен здравен резултат. Здравните резултати могат да бъдат определени както като междинни резултати (брой преминали болни, леглодни, време на изчакване и др.), така и като краен резултат (напр. ниска смъртност, по-висока продължителност на живота) (Folland

et al., 1997; Palmer and Torgerson, 1999). В здравната система измерването на ефективността е твърде сложно, защото това, което наистина има значение за пациентите, са не толкова междинните резултати (outputs) от функционирането на здравната система (напр. извършени консултации, хирургични процедури), а крайните резултати (outcomes) от тези дейности (т.е. възстановяване от различни заболявания и наранявания и като цяло дали пациентите се чувстват по-добре, изпитвайки по-малко болка и дискомфорт) (OECD, 2016).

Техническата ефективност се представя още като „правене на повече с по-малко“ (как отделната единица или системата произвежда максимални резултати за дадено ниво на вложените ресурси) или „правене на същото на по-ниска цена“ (как произвежда същите резултати, но на по-ниска цена) (OECD, 2016). И в двата случая всяка промяна в производителността спрямо най-голямото възможно ниво на производство е показател за техническа неефективност или разхищение. При анализа на техническата ефективност фокусът е насочен към оперативните резултати на изследвания обект, а не към стратегическия му избор по отношение на крайните резултати, които трябва да постигне (Cylus et al., 2017).

Докато техническата ефективност взема предвид доколко системата може да максимизира своя резултат с помощта на фиксирано количество входящи ресурси, то „извършването на правилните действия, на правилното място“ се обозначава като разпределителна (алокативна) ефективност (Cylus et al., 2017; Jacobs et al., 2006). Разпределителната ефективност трябва да реши проблема с избора на правилния микс на резултатите (или ресурсите), който увеличава максимално благосъстоянието според социалните предпочитания. Решение за това каква трябва да бъде тази „правилна“ комбинация от резултати по принцип предполага съществуването на информация за относителната стойност на различни резултати от здравната система от гледна точка на предпочитанията на хората (European Commission, 2019b), което свързва ефективността и чувствителността на здравната система като измерения за оценка на нейното функциониране.

Схващанията на различните автори за видовете ефективност в здравеопазването са представени в таблица 2.13.

От гледна точка на различните нива и сектори на здравната система, разпределителната ефективност се разглежда на макро-, мезо- и микрониво (Papanicolas and Smith, 2013; Street and Häkkinen, 2009), на национално, регионално и локално ниво (индивидуален доставчик на здравни услуги, местни здравни служби) (World Health Organization. Regional Office for Europe, 2012b) или на общосистемно, секторно и ниво базирано на заболяване (OECD, 2016). Между трите систематизации има

известно припокриване, но съществуват и разлики. От теоретична гледна точка диференциране на нивата, на които се оценява ефективността, е необходимо, но при приложените анализи разграниченията невинаги са ясни. Всяко от нивата на анализ има своите предимства и недостатъци и изисква повече или по-малко обобщени данни за различни входни ресурси, междинни и/или крайни резултати. В таблица 2.14 са обобщени някои от предимствата и ограниченията на анализите на ефективността, прилагани на различните нива.

На макрониво (още национално или общосистемно), разпределителната ефективност се свързва с осигуряване на подходящо равнище на ресурси (дял от БВП или държавния бюджет), отделени за здравеопазване, в сравнение с други сектори, като се имат предвид приоритетите на обществото. Това разпределение обаче не трябва да бъде за сметка на другите отрасли, които допринасят за „благосъстоянието, произвеждащо здраве“ (напр. образование, социална защита, екология) (European Commission, 2019b). По подобен начин се разглежда и разпределителната ефективност на ниво регион в случаите на децентрализация на здравната система и относителна самостоятелност на регионите.

Таблица 2.13. Дефиниции на видовете ефективност на здравната система

Вид ефективност	Дефиниция
Техническа ефективност (Technical efficiency)	• Максимизиране на изхода (резултата) за дадено ниво на входа (ресурси или разходи); или минимизиране на входовете за дадено ниво на изхода (Cylus et al., 2016). • Физическата връзка между вложените ресурси и здравния резултат. Постига се, когато се получи максимален резултат (максимално подобрение) с даден набор от входящи ресурси, или когато с минимум входящи ресурси се получи даден здравен резултат (Hollingsworth and Peacock, 2008). • Отнася се до физическата зависимост между използваните ресурси (напр., капитал, труд, оборудване) и конкретен здравен резултат. Здравните резултати могат да бъдат определени както като междинни продукти (брой преминали болни, леглодни, време на изчакване и т.н.), така и като краен резултат (напр., ниска смъртност, по-висока продължителност на живота) (Palmer and Torgerson, 1999). • Показва степента, в която системата минимизира използването на ресурси за производството на избраните от нея продукти, независимо от стойността на тези резултати. Алтернативна формулировка (в случаите, в които има постоянна възвръщаемост от мащаба) е, че системата максимизира своите продукти, като се има предвид избраното ниво на вложенията (Cylus et al., 2016).

Разпределителна ефективност (Allocative efficiency)	• Отразява способността на една организация да използва входящите ресурси в оптимални съотношения, имайки предвид техните относителни цени и производствената технология, т.е. разпределителната ефективност се отнася до избора между различните технически ефективни комбинации от входящи ресурси, използвани за получаването на максимално количество блага (стоки или услуги) (Palmer and Torgerson, 1999). • Оптималното разпределение на входните ресурси предвид тяхната конкурентна употреба, отчитайки предпочитанията на потребителите (European Commission, 2019b). • Комбинацията от входящи ресурси, с които се постига най-голямо подобрение на здравето предвид наличните ресурси (Aday et al., 1998). • Когато ресурсите за дейностите се разпределят по начин, при който те получават най-високата стойност (т.е. когато нивото на продукция на всяка произведена услуга е такова, че пределният социален разход на последната произведена единица е равен на пределната социална полза). Здравната система разпределя ефективно ресурси, ако създава оптимален микс и ниво на здравни услуги, при което „оптимално“ означава, че за направените разходи се получава най-голяма здравна полза за повечето хора (всяка услуга се предоставя до нивото, в което нейните пределни социални разходи са равни на нейната пределна социална полза) (Jacobs et al., 2006). • Разпределителната ефективност има две перспективи. От гледна точка на продукцията, разпределителната ефективност изследва дали ограничените ресурси са насочени към производството на правилната комбинация от резултати в областта на здравеопазването, като се има предвид относителната стойност, която се придава на всеки от тях. Например те могат да отразяват предпочитанията на финансиращите организации (действащи от името на обществото като цяло). По отношение на входа разпределителната ефективност изследва дали дадената оптимална комбинация от ресурси се използва за производството на избраните резултати (Cylus et al., 2016).
---	--

Източник: Атанасова, Коева-Димитрова, 2022

На мезониво (секторно ниво) разпределителната ефективност показва дали е финансирана правилната комбинация от услуги (доколко правилно са разпределени ресурсите между подсекторите на здравната система – първична, болнична помощ, дългосрочни грижи), така че при определено съвкупно ниво на разходите, получените здравни резултати да са максимални и да са в съответствие с обществените предпочитания.

На микрониво (ниво базирано на заболяване) разпределителната ефективност показва дали е приложено правилното лечение (при наличие на алтернативи) от гледна точка на получените здравни ползи и направените разходи. При определени здравни ползи

разпределителната ефективност се представя с най-разход-ефективното лечение от съществуващите алтернативи. Тази оценка, наречена още „стойност за парите“ (value for money), обикновено се извършва от агенции за оценка на здравните технологии, които най-често използват показателя QALY (quality-adjusted life year) за измерване на ползата за здравето при алтернативни лечения и определят стойност на QALY, показваща кое от алтернативните лечения е най-разходефективно. На тази база се определя какъв пакет от здравни услуги да се предоставя за лечение на съответните заболявания.

Таблица 2.14. Предимства и ограничения на анализите на ефективността според нивото, на което се прилагат

Ниво	Предимства	Ограничения	Подходи за преодоляване на ограниченията
Общосистемно	- Лесно достъпни съвкупни данни във всички страни за ключови показатели на вложените ресурси по отношение на: - финансовите средства (напр. дял от БВП за здравеопазване, общи здравни разходи на глава от населението и др.); - човешките ресурси (напр. брой лекари и медицински сестри); - здравния статус на населението, който се свързва със здравните резултати (напр. продължителност на живота).	- Показателите за здравето на населението като очаквана продължителност на живота или очаквана продължителност на живота в добро здраве се определят не толкова от здравните разходи или от броя на лекарите или медицинските сестри, а по-скоро от редица фактори, които не са свързани със здравеопазването. - Резултатите от общосистемния анализ често не предоставят много полезна информация (ако има такава) на политиките за това кои подсектори от здравната система могат да бъдат неефективни и следователно какви трябва да бъдат приоритетите за действие.	Използване на някои показатели за предотвратима смъртност, т.е. смъртността, която може да се избегне с навременното предоставяне на висококачествено лечение и грижи и чиито резултати могат да бъдат дезагрегирани по причини за смърт (с полза за идентифициране на възможни приоритетни области).

Секторно	- Фокус върху по-конкретни и специфични дейности на здравните системи; - По-лесно определяне на секторни политики и препоръки; - Повечето анализи за ефективност акцентират върху болничната помощ предвид на по-големия дял от средствата, отделяни за нея.	- Подценяване на необходимостта от по-голямо междусекторно сътрудничество за посрещане на здравните потребности в определени географски региони или за определени групи пациенти; - Анализите са насочени повече върху изследване на лечението/грижите, отколкото върху превенцията.	Обръщане на по-голямо внимание на анализите на превантивните дейности в първичната медицинска помощ, както и на оценка на ефективността на публичните здравни интервенции.
Базирано на заболяване	Подходът позволява да се използва поточна информация за здравните резултати, свързани със специфични заболявания или лечения (измерва се най-често по отношение на степента на преживяемост, но също така и по отношение на качеството на живот, свързано със здравето.	- Предизвикателство е обвързването на крайните резултати за здравето със специфична информация за входящите ресурси (напр. разходи за заболяване или лечение); - В повечето страни липсва пълна и надеждна информация за разходите по заболявания; - Липсват надеждни данни за крайните здравни резултати за повечето заболявания или лечения, с изключение на онкологичните.	Разработване и разширяване на показатели за здравни резултати, свързани с лечението на различни заболявания.

Източник: OECD, 2016

Ефективността придобива особена важност в условия на финансови ограничения и опасения за дългосрочната финансова устойчивост, които изпитват много здравни системи. Когато се използват по подходящ начин, показателите за ефективност могат да осигурят надеждна информация на лицата, вземащи решения, за това дали ресурсите се разпределят оптимално и в кои области на здравната система са необходими подобрения.

В научната литература се дискутира и възможността за използване на комплексен показател за ефективност на здравната система (Smith, 2002). Необходимостта от разработване на обща композитна метрика се обосновава с голямата сложност на производственият процес в системата на здравеопазването. Тази сложна последователност от процеси води до невъзможност на отделните показатели да обхванат всички от тях. Поради това повечето показатели предлагат ограничени възможности за анализ. Макар че изследователите вече са конструирали

съставни показатели, които обединяват отделните измерители в едно число, тежестите, използвани за обобщаване на данните, могат да бъдат спорни и да не са универсално приложими за всички системи (Cylus et al., 2016).

Показатели за оценка на ефективността

За идентифициране на използваните показатели за ефективност в оценката на функционирането на здравните системи са използвани 30 източника, от които 16 национални рамки – на Белгия за 2012, 2015 и 2019 г. (Vrijens et al., 2012; Vrijens et al., 2016, Devos et al., 2019), Нидерландия за 2008 и 2014 г. (Westert et al., 2008; van den Berg et al., 2014), Грузия (World Health Organization. Regional Office for Europe, 2009b), Малта (Grech et al., 2015), Нова Зеландия (Gauld et al., 2011), Унгария (Szigeti et al., 2014), Португалия (World Health Organization. Regional Office for Europe, 2010; Ministerio da Saude Republica Portuguesa, 2013), Турция (World Health Organization. Regional Office for Europe, 2012c), Австралия (National Health Information and Performance Principal Committee, 2017), Естония (World Health Organization. Regional Office for Europe, 2011), Армения (World Health Organization. Regional Office for Europe, 2009a), Латвия (Noto et al., 2019), както и доклади на международни организации и проучвания на авторски колективи, свързани с оценка на ефективността и функционирането на здравната система.

От посочените източници са идентифицирани общо 217 показателя, използвани или предложени за измерване на ефективността при оценка на функционирането на здравните системи, които са редуцирани до 107 с премахване на дублиращите се (включително и по смисъл).

В много от използваните източници показателите не са групирани по видове ефективност и се наблюдават големи различия както по отношение на дефинираните показатели, така и на вида ефективност, която те характеризират. Най-често срещаните групи са за техническа и разпределителна ефективност и за неефективност. Най-голям брой различни показатели се използват за измерване и оценка на техническата ефективност (38 показателя), следвана от неефективността (37 показателя) и разпределителната ефективност (32 показателя). Най-често използваните показатели за ефективност по видове са представени в таблица 2.15.

В някои концептуални рамки на страните са дефинирани показатели и в други групи, например за производствена (икономическа) ефективност или за „динамична“ ефективност (ефективност на иновациите). В нито една страна не се разглеждат всички разновидности на ефективността.

Например в Естония и Унгария са включени показатели само за техническа и разпределителна ефективност, докато в Нидерландия измерват и т.нар. динамична ефективност с показатели като използване на катетеризация, байпас и ангиопластика след сърдечен удар; ниво на приемане на нови лекарства за рак; тенденции в разходите за нови лекарства; прием на пациенти за дневни грижи като процент от всички хоспитализации; брой на доставчиците на здравни услуги, свързани с националната система за обмен на електронни здравни записи; използване на електронно здравеопазване под формата на видеокомуникация и телеобслужване. Белгийската здравна система отчита през 2012 г. показатели за техническа ефективност на субсекторно ниво, както и показатели за (не)ефективност, като коефициент на вариация при артроскопията на коляното и при сърдечната катетеризация на ниво провинция; скрининг за рак на гърдата извън възрастовата целева група – жени на възраст 40-49 години, през последните две години; медицинско облъчване от неподходящи изследвания; процент на пациентите с кратка продължителност (<3 месеца) на лечение с антидепресанти (% от населението, лекувано с антидепресанти) (Vrijens et al., 2012). През 2019 г. в Белгия показателите за техническа ефективност са редуцирани до четири – дял на едnodневните хирургични приеми от приетите в хирургичните отделения; средна продължителност на престоя при нормално раждане; използване на евтини лекарства (дял от общия брой амбулаторни DDD); дял на биоподобни лечения в амбулаторната помощ, а показателите за неефективност се запазват без промяна (Devos et al., 2019). Австралия се фокусира основно върху разпределителната ефективност, Латвия – върху техническата ефективност (с показатели като дял на децата преминали профилактичен преглед, дял на децата, посетили специалист по дентална медицина през последната година, средна продължителност на болничния престой), докато в Турция се използват показатели, отчитащи нарастване на ефективността, към които са отнесени брой посещения при лекар на ден в първичната медицинска помощ; брой посещения при лекар на ден – вторични грижи; съотношение между разходите за амбулаторни и болнични услуги.

Въз основа на експертна оценка и анализ на показателите (вж. т. 2.2.) са избрани онези от тях, които да бъдат включени за оценка на ефективността при функционирането на здравната система в България (Таблица 2.16).

Таблица 2.15. Най-често използвани показатели за ефективност по видове

Вид ефективност	Показател
Техническа	• Среден болничен престой • Среден болничен престой за нормално раждане • Използваемост на леглата • Брой извънболнични посещения на лекар на ден • Брой хирургични операции и процедури • Производителност (на болничната помощ, на лекарите) • Хоспитализации на 1000 души • Разходи за здравеопазване във връзка с очакваната продължителност на живота • Болнични легла • Дял на изписани от болница • Среден брой амбулаторни посещения на човек годишно
Разпределителна	• Разходи за здравеопазване като обща сума и като дял от БВП • Разходи за вид помощ като дял от разходите за здравеопазване • Разходи за болнична помощ спрямо разходи за извънболнична помощ • Разходи за лекарства в общите разходи за здравеопазване (%) • Генерични лекарства в общия пазар на лекарства (%)
Неефективност (загуби, преразход)	• Ненужни хоспитализации • Дял на едnodневната хирургия/прием • Скрининг за рак извън целевата група • Използване на генерични (евтини) лекарства (% от общия амбулаторен прием DDD) • Дял на хоспитализираните пациенти с нозокомиална / болнично придобита инфекция (HAI) • Дял от СТ-тестове и ЯМР, извършени в съответствие с актуалните клинични указания • Прекомерна употреба на диагностични изображения – излагане на медицинска радиация (mSv/глава на година) • Разходи за здравна администрация • Брой предоставени дни за отпуск по болест • Дял на пациентите с предписано лечение с антидепресанти за по-малко от 3 месеца

Таблица 2.16. Показатели за ефективност при оценката на функционирането на здравната система в България

Техническа ефективност
Среден болничен престой
Оборот на леглата
Използваемост на леглата – по видове и по области
Брой посещения при ОПЛ на човек, на година
Брой посещения при специалист от извънболничната помощ на човек, на година
Брой медико-диагностични изследвания в извънболничната помощ на човек, на година
Брой хирургични операции и процедури
Продуктивност на лекарите (в болничната и извънболничната помощ): напр., среден брой прегледи в извънболничната помощ на лекар на ден/година, среден брой хоспитализации на лекар в болничната помощ на година
Хоспитализации на 1000 души
Разходи за здравеопазване във връзка с: очаквана продължителност на живота при раждане (общо, мъже, жени); очаквана продължителност на живота в добро здраве; очаквана продължителност на живота на лица на 65 год. (с уреждания и без увреждания); предотвратима смъртност (с превенция и с добро лечение)
Брой лекари в болничната помощ на 100 болнични легла
Брой специалисти по здравни грижи в болничната помощ на 100 болнични легла
Брой високотехнологични изследвания (ЯМР, КТ, PET-скенер) спрямо броя високотехнологична апаратура
Дял на леглата за еднократна хирургия/прием
Дял на леглата за активно лечение в общия брой болнични легла
Разпределителна ефективност
Дял на разходите по вид в общите здравни разходи: за болнична помощ; за извънболнична помощ; за лекарствени продукти и медицински изделия; за профилактика; за дългосрочна грижа
Дял на разходите за здравеопазване от БВП
Дял на директните плащания в общите разходи за здравеопазване
Неефективност (загуби, преразход)
Дял на ненужните хоспитализации
Дял на използваните генерични лекарствени продукти (% от общия амбулаторен DDD) (% от общия пазар на лекарства)
Ваксинопредотвратима заболяемост

Дял на разходите за здравна администрация
Брой предоставени дни за отпуск по болест (на глава от трудово заетото население)
Дял на пациентите хоспитализирани по спешност от общия брой хоспитализации
Дял на хоспитализираните пациенти с нозокомиална / болнично придобита инфекция (HAI)
Дял на повторните хоспитализации
Дял на „неспешните“ повиквания към ЦСМП

Библиография:

Атанасова Е, Коева С, Димова А, Рохова М. (2019). Оценка на функционирането на здравната система – сравнителен анализ на концептуалните рамки. Здравна политика и мениджмънт. 19(2), 236-243.

Атанасова Е, Коева Л. (2022). Ефективност – основни възгледи и значение при оценка на функционирането на здравната система. Варненски медицински форум. 11(1), 229-238.

Николова В. (2022). Система от показатели за измерване и оценка на качеството на здравеопазване в България. Дисертационен труд за придобиване на ОНС „Доктор“, Медицински университет – Варна.

НЦОЗА/МЗ. (2019). Годишен доклад за състоянието на здравето на гражданите и изпълнението на Националната здравна стратегия 2019 г. София. Достъпен на: https://ncpha-government.bg/uploads/reports-analyzes/HealthOfTheNation_AnualReport_2020.pdf.

Попов М. (2005). Организация и управление на здравноосигурителни фондове и каси. Варна: Стено.

Рохова М, Коева С, Атанасова Е, Димова А, Костадинова Т, Коева Л, Димитрова М, Минев М, Михайлов Н, Николова В, Йорданова М. (2019). Оценка на функционирането на здравната система – обосновка и обхват. Здравна политика и мениджмънт. 19(2), 265-269.

Рохова М, Коева С, Атанасова Е, Димова А, Костадинова Т. (2020). Концептуална рамка за оценка на функционирането на здравната система в България. Здравна политика и мениджмънт. 20(извънреден брой), 36-44.

Рохова М. (2019). Показатели за равнопоставеност при оценка на функционирането на здравната система. Здравна икономика и мениджмънт. 2(72), 32-40.

Aday LA, Andersen RM. (1981). Equity of access to medical care: A conceptual and empirical overview. Med Care. 19(12), 4-27.

Aday LA, Begley E, Lairson R, Slater H. (1998). Evaluating the health care system: Effectiveness, efficiency, and equity. 2nd ed. Chicago: Health Administration Press.

Aday LA, Begley CE, Lairson DR, Slater CH, Richard AJ, Montoya ID. (1999). A framework for assessing the effectiveness, efficiency, and equity of behavioral healthcare. Am J Manag Care. 5(SP), 25-44.

Agency for Healthcare Research and Quality. (2006). National healthcare quality report 2005. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, US Department of Health and Human Services.

Allin S, Hernández-Quevedo C, Masseria C. (2010). Measuring equity of access to health care. In: Smith P, Mossialos E, Papanicolas I, Leatherman S (Eds.). Performance measurement for health system improvement: Experience, challenges and prospects. The Cambridge Health Economics, Policy and Management series. New York: Cambridge University Press.

Ammar W, Kdouh O, Hammoud R, Hamadeh R, Harb H, Ammar Z, Atun R, Christiani D, Zalloua PA. (2016). Health system resilience: Lebanon and the Syrian refugee crisis. *BMJ Glob Health*. 6, 020704.

Aqil A, Silvestre E, Hotchkiss D, Maniscalco L. (2017). Health systems strengthening: Monitoring, evaluating, and learning guide. Chapel Hill: MEASURE Evaluation. Available at: <https://www.measureevaluation.org/resources/publications/tr-17-167c>.

Arah OA, Klazinga NS, Delnoji DM, ten Asbroek AH, Custers T. (2003). Conceptual frameworks for health systems performance: A quest for effectiveness, quality, and improvement. *Int J Qual Health Care*. 15(5), 377-398.

Arah OA, Westert GP, Hurst J, Klazinga NS. (2006). A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *Int J Quality in Health Care*. 18(Suppl 1), 5-13.

Atun R, de Jongh T, Secchi F, Ohiri K, Adeyi O. (2009). Integration of targeted health interventions into health systems: A conceptual framework for analysis. *Health Policy Plan*. 25, 104-111.

Australian Institute of Health and Welfare. (2018). Australia's health 2018. Australia's health series No. 16. AUS 221. Canberra: AIHW. Available at: <https://www.aihw.gov.au/reports/australias-health/australias-health-2018/contents/about>.

Björnberg A. (2015). Euro Health Consumer Index 2015. Stockholm: Health Consumer Powerhouse. Available at: <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2015/EHCI-2015-report.pdf>.

Blanchet K. (2015). Thinking shift on health systems: From blueprint health programmes towards resilience of health systems: comment on 'Constraints to applying systems thinking concepts in health systems: a regional perspective from surveying stakeholders in Eastern Mediterranean countries'. *Int J Health Policy Manag*. 4, 307-309.

Braithwaite J, Hibbert P, Blakely B, Plumb J, Hannaford N, Long JC, Marks D. (2017). Health system frameworks and performance indicators in eight countries: A comparative international analysis. *SAGE Open Med*. 5, 1-10.

Burgess J. (2012). Innovation and efficiency in health care: Does anyone know what they mean? *Health Syst*. 1, 7-12.

Canadian Institute for Health Information. (2012). A performance measurement framework for the Canadian health system. Ottawa: Canadian Institute for Health Information. Available at: <https://www.cihi.ca/en/access-data-and-reports/health-system-performance-measurement>.

Canadian Institute for Health Information. (2006). Canadian Health Indicators Framework. Ottawa: Canadian Institute for Health Information. Available at: https://umanitoba.ca/faculties/health_sciences/medicine/units/chs/departamental_units/mchp/protocol/media/Canadian_Health_Indicators_Framework.pdf

Canadian Institute for Health Information. (2007). Health indicators 2007. Ottawa: Canadian Institute for Health Information. Available at: https://secure.cihi.ca/free_products/hi07_health_indicators_2007_e.pdf.

Canadian Institute for Health Information. (2013). Health indicators 2013. Ottawa: Canadian Institute for Health Information. Available at: https://secure.cihi.ca/free_products/HI2013_EN.pdf.

Canadian Institute for Health Information. (2005). The Health Indicators Project: The next 5 years. Report from the Second Consensus Conference on Population Health Indicators. Ottawa: Canadian Institute for Health Information. Available at: https://secure.cihi.ca/free_products/Consensus_Conference_e.pdf.

Carinci F, van Gool K, Mainz J, Veillard J, Pichora EC, Januel JM, Arispe I, Kim SM, Klazinga NS; OECD Health Care Quality Indicators Expert Group. (2015). Towards actionable international comparisons of health system performance: Expert revision of the OECD framework and quality indicators. *Int J Qual Health Care*. 27(2), 137-46.

Cassels A. (1995). Health sector reform: Key issues in less developed countries. *J Int Dev*. 7(3), 329–347.

Cissé B, Luchini S, Moatti JP. (2007). Progressivity and horizontal equity in health care finance and delivery: What about Africa? *Health Policy*. 80, 51–68.

Clark DW. (1983). Dimensions of the concept of access to health care. *Bulletin of the New York Academy of Medicine: J Urban Health*. 59(1), 5–8.

Commonwealth Fund. (2006). Framework for a high performance health system for the United States. New York: The Commonwealth Fund. Available at: <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2006/aug/framework-high-performance-health-system-united-states>.

Commonwealth Fund. (2013). 2013 Commonwealth Fund International Health Policy Survey. New York: The Commonwealth Fund. Available at: <https://www.commonwealthfund.org/publications/surveys/2013/nov/2013-commonwealth-fund-international-health-policy-survey>.

Coulter A, Jenkinson C. (2005). European patients' views on the responsiveness of health systems and healthcare providers. *Eur J Public Health*. 15(4), 355–360.

Council of the European Union. (2006). Council Conclusions on Common values and principles in European Union health systems. *OJ*. 49(C146), 1-3.

Cromwell DA, Mays N. (2012). The NHS outcomes framework 2012-3. *BMJ*. 344, e1080.

Cylus J, Papanicolas I, Smith P. (Eds.). (2016). Health system efficiency. How to make measurement matter for policy and management. Health Policy Series, No. 46. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.

Cylus J, Papanicolas I, Smith P. (2017). How to make sense of health system efficiency comparisons? Health Systems and Policy Analysis, Policy brief No. 27. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.

Dahlgren G, Whitehead M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm (Mimeo): Institute for Future Studies.

Deming WE. (1994). The new economics for industry, government, education. MIT CAES.

Department of Health. (2004). National standards, local action: Health and Social Care Standards and Planning Framework 2005/06–2007/08. London:

Department of Health. Available at: https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20070402093142/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/Browsable/DH_4096173.

de Savigny D, Adam T. (2009). Systems thinking for health systems strengthening. Geneva: World Health Organisation.

DeVellis RF. (2012). Scale development: Theory and applications. 3rd ed. (Applied social research methods series, 26). London: SAGE.

Devos C, Cordon A, Lefevre M, Obyn C, Renard F, Bouckaert B, Gerkens S, Maertens de Noordhout C, Devleeschauwer B, Haelterman M, Leonard C, Meeus P. (2019). Performance of the Belgian health system – report 2019. Brussels: Health Services Research, Belgian Health Care Knowledge Centre. KCE Reports No. 313.

Dimova A, Rohova M, Koeva S, Atanasova E, Koeva-Dimitrova L, Kostadinova T, Spranger A. (2018). Bulgaria: Health system review. Health Systems in Transition. 20(4), 1–256.

Donabedian A. (1972). Models for organizing the delivery of personal health services and criteria for evaluating them. *Milbank Mem Fund Q.* 50, 103–154.

Durán A, Kutzin J, Martin-Moreno JM, Travis Ph. (2012). Understanding health systems: Scope, functions and objectives. In: Figueras J, McKee M (Eds.). *Health systems, health, wealth and societal well-being: Assessing the case for investing in health systems*. Maidenhead: Open University Press.

European Centre for Social Welfare Policy and Research. (2011). Draft report evaluating framework and methodological approaches. European Report No. WP1. Centre for Social Welfare Policy and Research. Available at: <http://www.euroreach.net/sites/default/files/WP1%20Revised%20EuroREACH%20Framework%20Deliverable.pdf>.

European Centre for Social Welfare Policy and Research. (2011). *EuroREACH A handbook to access health care data for cross-country comparisons of efficiency and quality*. Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research. Available at: http://www.euroreach.net/sites/default/files/WP5%20Handbook_Draft%20Deliverable.pdf.

European Commission. (2014a). Communication from the Commission. On effective, accessible and resilient health systems. Brussels, COM(2014) 215 final. Available at: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/en/ALL/?uri=CELEX%3A52014DC0215>.

European Commission. (2014b). Definition and endorsement of criteria to identify priority areas when assessing the performance of health systems. Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health. Available at: https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/002_criteriapformancehealthsystems_en.pdf.

European Commission. (2019a). European Community Health Indicators (ECHI). Available at: https://ec.europa.eu/health/indicators_data/indicators_en.

European Commission. (2023). Health system performance assessment. Available at: https://health.ec.europa.eu/health-systems-performance-assessment_en.

European Commission. (2013). The European Core Health Indicators shortlist of 88 health indicators identified by policy area. Available at: https://health.ec.europa.eu/publications/european-core-health-indicators-echi-shortlist-88-health-indicators-identified-policy-area_en#details.

European Commission. (2019b). Tools and methodologies to assess the efficiency of health care services in Europe: An overview of current approaches and opportunities

for improvement. Report by the Expert Group on Health System Performance Assessment. Luxembourg: Publications Office of the EU. Available at: <https://data.europa.eu/doi/10.2875/346480>.

European Structural and Investment Fund. (2015). Technical Toolkit: Set of indicators useful for the final evaluation of actions, developed under the project provision of support for the effective use of European structural and investment (ESI) funds for health investments. Available at: http://www.esifforhealth.eu/pdf/WP3%283%29_Indicators_FINAL_20150211.pdf.

EU Expert Group on Health Systems Performance Assessment. (2020). Assessing the resilience of health systems in Europe: An overview of the theory, current practice and strategies for improvement. Luxembourg: Publications Office of the EU. Available at: https://health.ec.europa.eu/publications/assessing-resilience-health-systems-europe_en.

Eurostat. (2021). Eurostat database - Health determinants. Available at: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/health/data/database>.

Evans DB, Hsu J, Boerma T. (2013). Universal health coverage and universal access. *Bull World Health Organ.* 91(8), 546-546A.

Evans R, Schneider DG, Barer M. (2010). Health human resources productivity: What it is, how it's measured, why (how you measure) it matters, and who's thinking about it. Available from: www.chsrf.ca.

Evans R. (1981). Incomplete vertical integration: The distinctive structure of the health-care industry. In: van der Graag JJ. (Ed.). *Health, economics, and health economics*. Amsterdam: North-Holland Publishing Company.

Evans R, Stoddart GL. (1990). Producing health, consuming health care. *Soc Sci Med.* 31(12), 1347-1363.

Expert Panel on effective ways of investing in Health. (2018). Opinion on tools and methodologies for assessing the performance of primary care. Luxembourg: European Union.

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. (2010). Een eerste naar het meten van de performantie van het Belgische gezondheidszorgsysteem. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg. Report No. 128A. Available at: <https://kce.fgov.be/nl/publicaties/alle-rapporten/een-eerste-stap-naar-het-meten-van-de-performantie-van-het-belgische-gezondheidszorgsysteem>.

Fekri O, Leeb K, Gurevich Y. (2017). Systematic approach to evaluating and confirming the utility of suite of national health system performance (HSP) indicators in Canada: A modified Delphi study. *BMJ Open.* 7(4), e014772.

Fekri O, Macarayan ER, Klazinga N. (2018). Health system performance assessment in the WHO European Region: Which domains and indicators have been used by Member States for its measurement? Health Evidence Network Synthesis Report, No. 55. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326260>.

Figueras J, Lessof S, McKee M, Durán A, Menabde N. (2012). Health systems, health, wealth and societal well-being: An introduction. In: Figueras J, McKee M (Eds.). *Health systems, health, wealth and societal well-being: Assessing the case for investing in health systems*. Maidenhead: Open University Press.

Figueras J, McKee M (Eds.). (2012). *Health systems, health, wealth and societal well-being: Assessing the case for investing in health systems*. Maidenhead: Open University Press.

Folland S, Goodman AC, Stano M. (1997). The economics of health and health care. New Jersey: Prentice Hall.

Frenk J. (1994). Dimensions of health system reform. *Health Policy*. 27, 19–34.

Fridell M, Edwin S, Von Schreeb J, Saulnier DD. (2020). Health system resilience: What are we talking about? A scoping review mapping characteristics and keywords. *Int J Health Policy Manag*. 9(1), 6.

Gauld R, Al-wahaibi S, Chisholm J, Crabbe R, Kwon B, Oh T, Palepu R, Rawcliffe N, Sohn S. (2011). Scorecards for health system performance assessment: The New Zealand example. *Health Policy*. 103(2-3), 200-208.

Gerkens S, Maertens de Noordhout C, Lefèvre M, Levy M, Bouckaert N, Obyn C, Devos C, Scohy A, De Pauw R, Devleeschauwer B, Vlayen A, Yaras H, Janssens C, Meeus P. (2023). Performance of the Belgian health system: Revision of the conceptual framework and indicators set. Health Services Research (HSR). Brussels. Belgian Health Care Knowledge Centre. KCE Reports No. 370. Available at: <https://kce.fgov.be/en/performance-of-the-belgian-health-system-revision-of-the-conceptual-framework-and-indicators-set>.

Gilson L, Barasa E, Nxumalo N, Cleary S, Goudge J, Molyneux S, Tsofa B, Lehmann U. (2017). Everyday resilience in district health systems: Emerging insights from the front lines in Kenya and South Africa. *BMJ Glob Health*. 2(2), e000224.

Grech K, Podesta M, Calleja A, Calleja N (Eds.). (2015). Report on the performance of the Maltese health system 2015. Ministry for Energy and Health Parliamentary Secretary for Health, Malta. Available at: <https://healthservicescms.gov.mt/en/dhir/Documents/HSPA%20-%20Malta%20Report%20-%20Final%20050416.pdf>.

Hadizadeh tala saz Z, Vafae A, Askari F, ShariatiNezhad K. (2019). Health system responsiveness in Obstetrics and Gynecology Departments of teaching hospitals in Mashhad, Iran. *J Midwifery Reproductive Health*. 7(4), 1906-1913.

Häkkinen U, Iversen T, Peltola M, Seppälä TT, Malmivaara A, Belicza É, Fattore G, Numerato D, Heijink R, Medin E, Rehnberg C. (2013). Health care performance comparison using a disease-based approach: The EuroHOPE project. *Health Policy*. 112(1-2), 100-109.

Holden LM. (2005). Complex adaptive systems: Concept analysis. *J Adv Nurs*. 52(6), 651-657.

Hollingsworth B, Peacock S. (2008). Efficiency measurement in health and health care. Routledge Taylor and Francis Group.

Hsiao W. (2003). What is a health system? Why should we care? Cambridge, Massachusetts: Harvard School of Public Health. Available at: http://fpzg.hr/_download/repository/Hsiao2003.pdf.

Hsu CC, Chen L, Hu YW, Yip W, Shu CC. (2006). The dimensions of responsiveness of a health system: A Taiwanese perspective. *BMC Public Health*. 6, 72.

Hurst J. (1991). Reforming health care in seven European nations. *Health Aff (Millwood)*. 10(3), 7–21.

Hurst J, Jee-Hughes M. (2001). Performance measurement and performance management in OECD health systems. OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers No.47. Paris: OECD Publishing. Available at: <http://dx.doi.org/10.1787/788224073713>.

Jabareen Y. (2009). Building a conceptual framework: Philosophy, definitions, and procedure. *J Qual Methods*. 8(4), 49-62.

Jacobs R, Smith P, Street A. (2006). *Measuring efficiency in health care: Analytic techniques and health policy*. Cambridge: CUP.

Kaiser R, Johnson N, Jalloh MF, Dafee F, Redd JT, Hersey S, Jambai A. (2017). The WHO global reference list of 100 core health indicators: The example of Sierra Leone. *Pan Afr Med J*. 27, 246.

Kannampallil TG, Schauer GF, Cohen T, Patel VL. (2011). Considering complexity in healthcare systems. *J Biomed Inform*. 44(6), 943-947.

Karanikolos M, Maresso A. (2020). Conceptualizing resilience in health systems: Results from 30 countries. *Eur J Public Health*. 30(S5), v402-403.

Kelley E, Hurst J. (2006). *Health Care Quality Indicators Project conceptual framework paper*. OECD Health Working Papers, No. 23. Paris: OECD Publishing. Available at: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-care-quality-indicators-project_440134737301.

Kleczkowski B, Roemer M, Van Der Werff A. (1984). *National health systems and their reorientation towards health for all. Guidance for policy-making*. Geneva: World Health Organization.

Knowles JC, Leighton C, Stinson W. (1997). *Measuring results of health sector reform for system performance: A handbook of indicators*. Partnership for Health Reform. Report No. 1. Available at: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.202.795&rep=rep1&type=pdf>.

Koolman X. (2007). *Unmet need for health care in Europe*. Proceedings of the EU-SILC conference, Comparative EU statistics on Income and Living Conditions: Issues and Challenges. Luxemburg: Office for Official Publication of European Commission, 181-219.

Kringos D, Klazinga N, Barbazza E, Fernandes OB, Ivankovic D, Jansen T. (1984). *Final Report: Performance accountability for the Irish health system*. Academic Medical Centre of the University of Amsterdam (AMC). Available at: <https://www.gov.ie/en/publication/6660a-health-system-performance-assessment-hspa-framework/>.

Kruk ME, Freedman LP. (2008). Assessing health system performance in developing countries: A review of the literature. *Health Policy*. 85, 263–276.

Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S, Adeyi O, Barker P, Daelmans B, Doubova SV, English M, García-Elorrio E, Guanais F, Gureje O, Hirschhorn LR, Jiang L, Kelley E, Lemango ET, Liljestrand J, Malata A, Marchant T, Matsoso MP, Meara JG, Mohanan M, Ndiaye Y, Norheim OF, Reddy KS, Rowe AK, Salomon JA, Thapa G, Twum-Danso NAY, Pate M. (2018). High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: Time for a revolution. *Lancet Glob Health*. 6(11), e1196-e1252.

Kruk ME, Ling EJ, Bitton A, Cammett M, Cavanaugh K, Chopra M, El-Jardali F, Macauley RJ, Muraguri MK, Konuma S, Marten R, Martineau F, Myers M, Rasanathan K, Ruelas E, Soucat A, Sugihantono A, Warnken H. (2017). Building resilient health systems: A proposal for a resilience index. *BMJ*. 357, j2323.

Kumah E, Ankomah SE, Fusheini A, Agyei-Baffour P, Ayanore MA, Asravor RK, Kesse FO, Mwini E, Otchere G. (2021). Framework for assessing the performance of the Ghanaian health system: Study protocol. *Health Res Policy Syst*. 19(1), 149.

Kutzin J. (2001). A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health Policy*. 56(3), 171–204.

Lalonde M. (1974). *New perspective on health of the Canadians*. Ottawa: Ministry of

National Wealth and Welfare. Available at: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>.

Last J. (1983). A dictionary of epidemiology. New York: Oxford University Press.

Le Grand J. (1987). Equity, health and health care. *Soc Justice Res.* 1, 257-274.

Le Grand J. (1983). The strategy of equality: Redistribution and the social service. *J Soc Policy.* 12(4), 550 – 551.

Loeb MJ. (2004). The current state of performance measurement in health care. *Int J Qual Health Care.* 16(S1), i5–i9.

Lodenstein E, Dieleman M, Gerretsen B, Broerse JE. (2017). Health provider responsiveness to social accountability initiatives in low- and middle-income countries: A realist review. *Health Policy Plan.* 32(1), 125-140.

Lynn MR. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nurs Res.* 35(6), 382-386.

Masseria C, Allin S, Sorenson C, Papanicolas I, Mossialos E. (2007). What are the methodological issues related to measuring health and drawing comparisons across countries? A research note. Brussels: DG Employment and Social Affairs, European Observatory on the Social Situation and Demography.

Medeiros J, Schwierz C. (2015). Efficiency estimates of health care systems. *Economic Papers* No. 549. Available at: http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_pape r/2015/pdf/ecp549_en.pdf.

Mesarić J, Bogdan S, Bosanac V, Božić M, Cvorišćec D, Grdinić B, Krapinec S, Kucljak-Susak L, Labura D, Lončarić-Katusin M, Mihalić-Mikuljan V, Mihaljević I, Oresković A, Rakun R, Ruzić B, Sokolić L, Striber N, Sakić K, Sklebar I, Stimac D, Vidović A, Vrkljan-Radošević M, Zekanović D, Polasek O. (2011). Performance assessment tool for quality improvement in hospitals (Path): First experiences in Croatia. *Lijec Vjesn.* 133(7–8), 250–255.

Mielck A, Kiess R, von dem Knesebeck O, Stirbu I, Kunst AE. (2009). Association between forgone care and household income among the elderly in five Western European countries - analyses based on survey data from the SHARE-study. *BMC Health Serv Res.* 9, 52.

Miles MB, Huberman AM. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded source book*. 2nd ed. Newbury Park, CA: Sage.

Mills AJ, Ranson MK. (2001). The design of health systems. In: Merson MH, Black RE, Mills AJ (Eds.). *International public health: Diseases, programs, systems, and policies*. Gaithersburg: Aspen Publishers.

Ministerio da Saude Republica Portuguesa. (2013). Plano Nacional de Saude 2012-2016. Available at: http://pns.dgs.pt/files/2013/05/PNS2012_2016_versaoresumo_maio20133.pdf.

Mirzoev T, Kane S. (2017). What is health systems responsiveness? Review of existing knowledge and proposed conceptual framework. *BMJ Glob Health.* 2, e000486.

Mooney GH. (1983). Equity in health care: Confronting the confusion. *Eff Health Care.* 1(4), 179-185.

Murante AM, Seghieri C, Vainieri M, Schäfer WLA. (2017). Patient-perceived responsiveness of primary care systems across Europe and the relationship with the health expenditure and remuneration systems of primary care doctors. *Soc Sci Med.* 186, 139-147.

Murray C, Evans D (Eds.). (2003). Health systems performance assessment: Debates, methods and empiricism. Geneva: World Health Organization.

Murray C, Frenk J. (2000). A framework for assessing the performance of health systems. *Bull World Health Organ.* 78(6), 717-731.

Murray C, Frenk J. (1999). A WHO framework for health system performance assessment. GPE Discussion Paper Series No. 6.

Najafizada SAM, Sivanandan T, Hogan K, Cohen D, Harvey J. (2017). Ranked performance of Canada's health system on the international stage: A scoping review. *Health Policy.* 13(1), 59-73.

National Health Information and Performance Principal Committee. (2017). The Australian health performance framework. Available at: <https://www.aihw.gov.au/reports-data/australias-health-performance/australias-health-performance-framework>.

National Health Performance Committee. (2001). National health performance framework report. Brisbane: Queensland Health. Available at: <https://www.aihw.gov.au/reports/health-care-quality-performance/national-health-performance-framework-report-augu/contents/summary>.

Noto G, Corazza I, Kļaviņa K, Lepiksone J, Nuti S. (2019). Health system performance assessment in small countries: The case study of Latvia. *Int J Health Plann Mgmt.* 1–15.

Nutley S, Smith PC. (1998). League tables for performance improvement in health care. *J Health Serv Res Policy.* 3(1), 50-57.

OECD. (2016). Cooperation with OECD in Promoting Efficiency in Health Care - Scoping paper on health system efficiency measurement. Interim Report. Available at: <https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=16940&langId=en>.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2021). Bulgaria: Country health profile 2021. State of Health in the EU. Paris: OECD Publishing/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

OECD/European Union. (2018). Health at a Glance: Europe 2018. State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing. Available at: https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en.

OECD/European Union. (2020). Health at a Glance: Europe 2020. State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing. Available at: <https://doi.org/10.1787/82129230-en>.

OECD/European Union. (2022). Health at a Glance: Europe 2022. State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing. Available at: <https://doi.org/10.1787/82129230-en>.

OECD. (2013). Health at a glance 2013: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing. Available at: https://doi.org/10.1787/health_glance-2013-en.

OECD. (2017). Health at a Glance 2017: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing. Available at: https://doi.org/10.1787/health_glance-2017-en.

OECD. (2014). Health Data National Correspondents. Developing health care efficiency indicators: Current status and possible next steps. Meeting of OECD Health Data National Correspondents.

OECD. (2023a). Health system performance assessment framework for the Czech Republic. Paris: OECD Publishing. Available at: <https://doi.org/10.1787/5d59b667-en>. Health System Performance Assessment Framework for the Czech Republic.

OECD. (2023b). Health system performance assessment framework for Estonia. Paris: OECD Publishing. Available at: <https://doi.org/10.1787/e67df802-en>.

OECD. (2018). How resilient were OECD health care systems during the 'refugee crisis'? Migration Policy Debates, No. 17. Paris: OECD Publishing. Available at: <https://www.oecd.org/migration/publicationsdocuments/policybriefs/3/>.

OECD, World Health Organization, World Bank Group. (2018). Delivering quality health services: A global imperative. Geneva: World Health Organization. Available at: <https://doi.org/10.1787/9789264300309-en>.

Paina L, Peters DH. (2012). Understanding pathways for scaling up health services through the lens of complex adaptive systems. Health Policy and Plan. 27(5), 365-373.

Palmer S, Torgerson D. (1999). Economics notes: Definitions of efficiency. 318(7191), 1136.

Papanicolas I, Rajan D, Karanikolos M, Soucat A, Figueras J (Eds.). (2022). Health system performance assessment: A framework for policy analysis. Health Policy Series, No. 57. Geneva: World Health Organization. Available at: www.who.int/publications/i/item/9789240042476.

Papanicolas I, Smith P (Eds.). (2013). Health system performance comparison: An agenda for policy, information and research. Maidenhead: Open University Press.

Penchansky R., Thomas JW. (1981). The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. Med Care. 19(2), 127–140.

Peric N, Hofmarcher MM, Simon J. (2018). Headline indicators for monitoring the performance of health systems: Findings from the european Health Systems_Indicator (euHS_I) survey. Arch Public Health. 76, 32.

Perko D, Poldrugovac M, Potisek R, Kasapinov B, Simončič M, Vinko M, Josar D, Zupančič V, Presečnik M, Jacovič A, Grech K. (2021). Health system performance assessment for Slovenia. SRSS Project. Available at: <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/Kakovost-zdravstvenega-varstva/>.

Polit DF, Beck CT, Owen SV. (2007). Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. Res Nurs Health. 30(4), 459–467.

Polit DF, Beck CT. (2006). The content validity index: Are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. Res Nurs Health. 29(5), 489–497.

Radley DC, McCarthy D, Lippa J, Hayes SL, Schoen C. (2014). Aiming higher: Results from a scorecard on state health system performance. New York: The Commonwealth Fund. Available at: <https://www.commonwealthfund.org/publications/scorecard/2014/apr/aiming-higher-results-scorecard-state-health-system-performance>.

Radley DC, McCarthy D, Hayes SL. (2017). Aiming higher: Results from the Commonwealth Fund scorecard on state health system performance. New York: The Commonwealth Fund. Available from: <https://interactives.commonwealthfund.org/2017/mar/state-scorecard/>.

Rechel B, Maresso A, van Ginneken E. (2019). Health system in transition – template for authors 2019. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Available at: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/health-systems-in-transition-template-for-authors>.

Rajan D. (2016). Situation analysis of the health sector. In: World Health Organization. Strategizing national health in the 21st century: a handbook. Geneva,

World Health Organization. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549745>.

Roberts MJ, Hsiao W, Berman P, Reich M. (2008). *Getting health reform right: A guide to improving performance and equity*. Oxford: Oxford University Press.

Roemer MI. (1993). National health systems throughout the world. *Annu Rev Public Health*. 14, 335–353.

Rohova M, Koeva S. (2021). Health system resilience: Review of the concept and a framework for its understanding. *J of IMAB*. 27(4), 4060-4067.

Romaniuk P, Kaczmarek K, Syrkiewicz-Switla M, Holecki T, Szromek AR. (2018). Health systems and their assessment: A methodological proposal of the synthetic outcome measure. *Front Public Health*. 6, 126.

Röttger J, Blümel M, Fuchs S, Busse R. (2014). Assessing the responsiveness of chronic disease care - is the World Health Organization's concept of health system responsiveness applicable? *Soc Sci Med*. 113, 87-94.

Saurman E. (2016). Improving access: Modifying penchansky and thomas's theory of access. *J Health Serv Res Policy*. 21(1), 36–39.

Schneider E, Sarnak D, Squires D, Shah A, Doty M. (2017). *Mirror, mirror 2017: International comparison reflects flaws and opportunities for better U.S. health care. Mirror, mirror: Comparing health systems across countries*. New York: The Commonwealth Fund. Available at: <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2017/jul/mirror-mirror-2017-international-comparison-reflects-flaws-and>

Shakarishvili G, Atun R, Berman P, Hsiao W, Burgess C. (2009). *Building on health systems framework for developing a common approach to health systems strengthening*. Background document for the World Bank, the Global Fund and the GAVI Alliance Technical Workshop on Health System Strengthening. Washington DC.

Shakarishvili G, Atun R, Berman P, Hsiao W, Burgess C, Lansang MA. (2010). *Converging health systems frameworks: Towards a concepts-to-actions roadmap for health systems strengthening in low and middle income countries*. *Global Health Governance*. 3(2).

Silva A. de (2000). *A framework for measuring responsiveness*. GPE Discussion Paper Series, No. 32. World Health Organization.

Smith P. (2002). Developing composite indicators for assessing health system efficiency. In: OECD. *Measuring up: Improving health system performance in OECD countries*. Paris: OECD Publishing, 295-319.

Smith P. (2009). *Measuring value for money in healthcare: Concepts and tools*. Centre for Health Economics, University of York. Available at: <http://www.health.org.uk/sites/default/files/MeasuringValueForMoneyInHealthcareConceptsAndTools.pdf>.

Smith P, Mossialos E, Papanicolas I, Leatherman S (Eds.). (2009). *Performance measurement for health system improvement: Experience, challenges and prospects*. The Cambridge Health Economics, Policy and Management series. New York: Cambridge University Press.

Smith P, Papanicolas I. (2012). *Health system performance comparison: An agenda for policy, information and research*. Policy summary No. 4. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, Fullam J, Kondilis B, Agrafiotis D, Uiters E, Falcon M, Mensing M, Tchamov K, van den Broucke S, Brand

H; HLS-EU Consortium. (2015). Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*. 25(6), 1053-1058.

Spranger A, Dimova A, Rohova M, Koeva S, Atanasova E, Koeva-Dimitrova L, Kostadinova T. (2018). Over-utilising inpatient care: Development and reforms to the Bulgarian hospital sector. *Eurohealth*. 24(4), 25-28.

Street A, Häkkinen U. (2009). Health system productivity and efficiency. In: Smith P, Mossialos E, Papanicolas I, Leatherman S (Eds.). *Performance measurement for health system improvement: Experiences, challenges and prospects*. Cambridge: Cambridge University Press.

Swedish Agency for Health and Care. (2019). *An Ear to the Ground. Proposal for national monitoring and evaluation of Swedish health care*. Report. *Vårdanalys*: Swedish Agency for Health and Care.

Szigeti S, Evetovits T, Gaal P, Pusztai Z (Eds.). (2014). *Strengthening health system performance assessment in Hungary: Analysis and recommendations*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/294882/Strengthening-HSPA-Hungary-Analysis-Recommendations.pdf.

Tashobya CK, da Silveira VC, Ssengooba F, Nabyonga-Orem J, Macq J, Criel B. (2014). Health systems performance assessment in low-income countries: Learning from international experience. *BMJ Glob Health*. 10, 5.

Thomas S, Sagan A, Larkin J, Cylus J, Figueras J, Karanikolos M. (2020). *Strengthening health systems resilience. Key concepts and strategies*. Policy Brief No36. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332441>.

Turennea CP, Gautierb L, Degrootea S, Guillard E, Chabrola F, Ridde V. (2019). Conceptual analysis of health systems resilience: A scoping review. *Soc Sci Med*. 232, 168–180.

Valentine N, Darby C, Bonsel GJ. (2008). Which aspects of non-clinical quality of care are most important? Results from WHO's general population surveys of "health systems responsiveness" in 41 countries. *Soc Sci Med*. 66(9), 1939–1950.

Valentine NB, de Silva A, Kawabata K, Darby C, Murray CJ, Evans DB. (2003). Health system responsiveness: Concepts, domains and operationalization. In: Murray C, Evans DB (Eds.). *Health systems performance assessment: Debates, methods and empiricism*. Geneva: World Health Organization, 573–596.

Valentine N, Lavallée R, Liu B, Bonsel G, Murray CJ. (2003). Classical psychometric assessment of the responsiveness instrument in the WHO multi-country survey study on health responsiveness 2000–2001. In: Murray C, Evans DB (Eds.). *Health systems performance assessment: Debates, methods and empiricism*. Geneva: World Health Organization, 597–630.

van den Berg MJ, Kringos DS, Marks LK, Klazinga NS. (2014). The Dutch health care performance report: seven years of health care performance assessment in the Netherlands. *Health Res Policy Syst*. 12(1), 1-7.

van den Berg MJ, de Boer D, Gijzen R, Heijink R, Limburg LCM, Zwakhals SLN (Eds.). (2015). *Dutch health care performance report 2014*. Bilthoven: National Institute for Public Health and the Environment.

van Olmen J, Criel B, Bhojani U, Marchal B, Chenge F, Van Damme W, Hoeree T, Pirard M, Kegels G. (2012a). The health systems dynamics framework. *Health Soc Cult*. 2(1), 1–12.

van Olmen J, Marchal B, Damme WV, Kegels G, Hill PS. (2012b). Health systems frameworks in their political context: Framing divergent agendas. *BMC Public Health*. 12, 774.

Varabyova Y, Schreyogg J. (2013). International comparisons of the technical efficiency of the hospital sector: Panel data analysis of OECD countries using parametric and non-parametric approaches. *Health Policy*. 112(1-2), 70-9.

von Bertalanffy L. (1968). *General system theory. Foundations, development, applications*. George Braziller Inc., revised edition; 2003.

Vrijens F, Renard F, Camberlin C, Desomer A, Dubois C, Jonckheer P, van den Heede K, van de Voorde C, Walckiers D, Léonard C, Meeus P. (2016). Performance of the Belgian health system – report 2015. Belgian Health Care Knowledge Centre. KCE Report No. 259C. Available at: https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_259C_performancereport2015_0.pdf.

Vrijens, F., Renard, F., Jonckheer, P., Van den Heede, K., Desomer, A., van de Voorde, C., Walckiers, D., Dubois, C., Camberlin, C., Vlayen, J., Van Oyen, H., Léonard, C., Meeus, P. (2012). Performance of the Belgian Health System. Report 2012. Health Services Research. Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre. KCE Report 196Cs.

Wagstaff A, van Doorslaer E. (2000). Equity in health care finance and delivery. In: Culyer AJ, Newhouse JP (Eds.). *Handbook of health economics*. Amsterdam: North-Holland.

Wagstaff A, van Doorslaer E, Paci P. (1991). Horizontal equity in the delivery of health care. *Journal of Health Economics*. 10, 251-256.

Westert GP, van den Berg MJ, Koolman X, Verkleij H. (2008). The Dutch health care performance report 2008. Bilthoven: National Institute for Public Health and the Environment. Available at: <https://www.rivm.nl/bibliotheek/rapporten/260602004.pdf>.

Williams A. (1993). Equity in health care: The role of ideology. In: van Doorslaer E, Wagstaff A, Rutten F (Eds.). *Equity in the finance and delivery of health care*. Oxford: Oxford University Press.

World Health Organization. (2015). 2015 Global reference list of 100 core health indicators. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2007). *Everybody's business - strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. Geneva: World Health Organization. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43918>.

World Health Organization. (2018). Global reference list of 100 core health indicators (plus health-related SDGs). Geneva: World Health Organization. Available at: https://score.tools-who.int/fileadmin/uploads/score/Documents/Enable_data_use_for_policy_and_action/100_Core_Health_Indicators_2018.pdf.

World Health Organization. (2009). *Monitoring and evaluation of health systems strengthening: An operational framework*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2006). *Quality of care: A process for making strategic choices in health systems*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2000). *The World health report 2000. Health systems: Improving performance*. World Health Organization. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42281>.

World Health Organization. Regional Office for Europe. (2009a). Armenia health system performance assessment 2009. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Available at: <http://www.euro.who.int/en/countries/armenia/publications/armenia-health-system-performance-assessment>.

World Health Organization. Regional Office for Europe. (2016). Assessing health services delivery performance with hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/348972>.

World Health Organization. Regional Office for Europe. (2011). Estonia: Health system performance assessment 2009 snapshot. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Available at: <https://www.healthsystemsevidence.org/articles/62fe6f6eef088708d8dcaa2d-estonia-health-system-performance-assessment-2009-snapshot?lang=en&source=search>.

World Health Organization. Regional Office for Europe. (2018). European database on human and technical resources for health. European Health for All database. Available at: <https://gateway.euro.who.int/en/datasets/european-health-for-all-database/>.

World Health Organization. Regional Office for Europe. (2009b). Georgia health system performance assessment. Available at: <https://iris.who.int/handle/10665/350538?locale-attribute=ar>.

World Health Organization. Regional Office for Europe. (2012a). Health system performance assessment: A tool for health governance in the 21st century. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Available at: <https://www.who.int/europe/publications/m/item/health-systems-performance-assessment.-a-tool-for-health-governance-in-the-21st-century>.

World Health Organization. Regional Office for Europe. (2012b). Pathways to health system performance assessment: A manual to conducting health system performance assessment at national or sub-national level. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/169412/e96512-Eng.pdf?ua=1.

World Health Organization. Regional Office for Europe. (2010). Portugal health system performance assessment. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe. Available at: <https://extranet.who.int/mindbank/item/805>.

World Health Organisation. Regional Office for Europe. (2017). Strengthening resilience: A shared priority for both Health 2020 and the Sustainable Development Goals. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe. Available at: <http://www.euro.who.int/en/about-us/networks/small-countries-initiative/key-resources/strengthening-resilience-a-priority-shared-by-health-2020-and-the-sustainable-development-goals-2017>.

World Health Organization. Regional Office for Europe. (2008). The Tallinn Charter: Health systems for health and wealth. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349648>.

World Health Organization. Regional Office for Europe. (2012c). Turkey health system performance assessment - 2011. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/165109/e95429.pdf.

Worthington A. (2004). Frontier efficiency measurement in healthcare: A review of empirical techniques and selected applications. *Med Care Res Rev.* 61(2), 1-36.

3. Оценка на функционирането на българската здравна система

Както беше посочено в първа глава, оценката на функционирането на здравната система се основава на степента, в която системата постига заложените цели, но тя не може да бъде направена извън контекста на общата политическа и макроикономическа среда, характеризираща периода, през който се извършва.

Моментът на извършване на оценката предполага съобразяване основно с целите на изпълняваната след 2015 г. Национална здравна стратегия, която, както се посочва в самата нея, е водещият стратегически документ, конкретизиращ целите за развитие на здравната система до 2020 г. Общият политически и макроикономически контекст, в който се извършва оценката, е доминиран от безпрецедентно съчетание на глобални и вътрешни кризи от различен характер – здравни, политически и икономически, което повлиява пряко и много осезателно функционирането на здравната система.

3.1. Цели на здравната система

Антония Димова

Няколко стратегически документа поставят целите на здравната система за разглеждания период – правителствените програми 2014-2018⁶ и 2017-2021⁷ г., Концепцията „Цели за здраве 2020“ и свързаната с нея Национална здравна стратегия 2020, както и някои стратегически документи, специално насочени към конкретни области (или подсистеми на здравната система) като спешната помощ⁸ и майчиното и детското здравеопазване⁹.

Без да обръщаме специално внимание на политическия процес, тъй като той не е предмет на анализ при оценката на функционирането на здравната система, във връзка с целите на системата и общия политически контекст, в който се апробира предложената от нас концептуална рамка, следва да се отбележат някои основни моменти.

⁶ Програма на правителството за стабилно развитие на Република България за периода 2014-2018 г.

⁷ Програма за управление на правителството на Република България за периода 2017-2021 г.

⁸ Концепция за развитие на системата на спешна медицинска помощ в Р България 2014-2020 г.

⁹ Национална програма за подобряване на майчиното и детско здраве за периода 2014-2020 г.

Смяната на правителствата през 2017 г. е причина за наличието на две правителствени програми, обхващащи застъпващи се времеви периоди, в които целите на здравната система, без да са изрично посочени като такива, се преплитат с цели или политики на правителствата за развитие на системата. Макар и в известна степен различни по структура и степен на конкретност, по същество и в двете програми са поставени едни и същи крайни и инструментални (съгласно предложеното от нас разделение в концептуалната рамка) цели – подобряване на здравето на населението и повишаване качеството на живот с акцент върху преждевременната смъртност, заболяемостта и смъртността от основните хронични незаразни болести, свързани с рискови фактори, и от инфекциозни заболявания, и приоритети/цели, свързани с подобряване на качеството и достъпа и преодоляване на регионалните дисбаланси, развитието на човешките ресурси, електронното здравеопазване, спешната помощ и т.н.

Конкретни, измерими национални здрави цели се поставят с Националната здравна стратегия 2020, приета от Народното събрание в края на 2015 г. след почти тригодишен период на широко обществено обсъждане. Независимо от смяната на правителствата – осем за периода 2017-2023 г., пет от които служебни – тя остава в сила през целия период¹⁰.

За разлика от предишни стратегии, правителствени програми и други стратегически документи, НЗС 2020 ясно дефинира пет измерими стратегически цели, които да бъдат постигнати през 2020 г.:

- (1) Сnižаване на смъртността при децата от 0 - 1-годишна възраст до 6.8 на 1000 живородени деца;
- (2) Сnižаване на смъртността при децата от 1–9-годишна възраст до 0.24 на 1000;
- (3) Сnižаване на смъртността при подрастващите и младите хора от 10–19-годишна възраст до 0.28 на 1000;
- (4) Сnižаване на смъртността при лицата в икономически активните групи от 20–65-годишна възраст до 4.19 на 1000;
- (5) Увеличаване на средната продължителност на предстоящия живот на хората след навършване на 65-годишна възраст до 16.4 години.

В стратегията се посочва, че „Постигането на петте националните здравни цели до 2020 г., при осигурена устойчивост на прилаганите политики

¹⁰ Работата по Националната здравна стратегия 2020 продължава и след 2020 г., тъй като следващата стратегия с хоризонт до 2030 г. е приета с решение на МС от 29.09.2023 г. и все още не е гласувана в Народното събрание. И двете – Националната здравна стратегия 2020 и проекта на Национална здравна стратегия 2030 се използват при определянето на ежегодните цели на МЗ „Цели на администрацията“ през 2022-2023 г.

и мерки, ще позволи през 2025 г. България да достигне настоящите средноевропейски нива на посочените 5 показателя.“

Постигането на националните здравни цели се основава на специфични политики в три приоритетни области – създаване на условия за здраве за всички през целия живот; изграждане и управление на справедлива, устойчива и ефективна здравна система и укрепване на капацитета на общественото здравеопазване.

Национална здравна стратегия 2020 представлява напредък в здравната политика в сравнение с предходните стратегии не само поради наличието на ясно дефинирани и измерими национални здравни цели, но и с адресирането на специфични проблеми (като регионалните неравенства, здравето на възрастните хора и хората с увреждания, участието на гражданите в управлението на системата) и поставените нови акценти в политиките (интеграция между различните нива на предоставяне на медицинска помощ и с фокус едновременно върху здравните и социалните потребности, разпределение на отговорностите между институциите и междусекторно сътрудничество и др.) (Dimova et al., 2018).

В контекста на оценката на функционирането на здравната система и степента, в която тя успява да постигне заложените цели обаче, е важно да се отбележи, че при приемането на Националната здравна стратегия 2020 от Народното събрание през 2015 г. три от петте национални стратегически цели (детската смъртност, смъртността във възрастовата група 1–9 год. и очакваната продължителност на живот над 65 год.), избрани на базата на анализи, извършени през 2011 г. и останали неадаптирани през почти тригодишния период на обсъждане на стратегията, са вече достигнати, а останалите две (намаляване на смъртността сред подрастващите на 10–19 год. и възрастните между 20 и 65 год.) са достигнати още през 2016 г. (Dimova et al., 2018). Поради това оценката на функционирането на системата за разглеждания от нас период следва да се основава на сравнение между актуалните показатели за здравето на населението в България и средните за ЕС и изменението им във времето, както и на резултатите, свързани с втората приоритетна област от стратегията, по изграждане на „справедлива, устойчива и ефективна здравна система“.

В Националната здравна стратегия 2030 (проект) са дефинирани 3 стратегически цели:

Стратегическа цел 1: Устойчиво подобряване на здравето и среда, подкрепяща здравето („...хората да живеят по-дълго в добро здраве, да имат по-малко нужда от медицински грижи и по-късно в живота, да

останат на работа по-дълго и когато не са добре, да останат по-дълго в собствените си домове“);

Стратегическа цел 2: Ефективно управление на ресурсите с фокус върху здравните резултати („...максимално ефективно използване на ресурсите (човешки, материални и финансови), така че да допринасят за постигане на възможно най-много здраве.“);

Стратегическа цел 3: Гарантиране на здравната сигурност и намаляване на неравенствата („...гарантиране на здравната сигурност и справяне с екологичните опасности и заплахите от инфекциозни заболявания...“ и „...намаляване на здравните неравенства поради несправедливи различия в достъпа до здравни услуги между отделни региони в страната или между отделни групи от населението...“).

Ако Народното събрание приеме Националната здравна стратегия 2030 с така формулираните стратегически цели и вложения в тях смисъл, следваща оценка на функционирането на здравната система ще трябва да се основава на напредъка по тяхното изпълнение, който предложената от нас концептуална рамка, убедени сме, ще може да улови. Остава необходимостта от прецизиране на индикаторите за измерване на всяко едно от измеренията, включени в рамката, но то ще зависи от това какви конкретни резултати и за какъв период се преследват с мерките за постигане на всяка от стратегическите цели.

Ясно зададените цели са необходими за адекватна оценка, която да служи за избор на конкретни мерки за последващо подобряване на функционирането на здравната система, но преди всичко без ясно зададени цели подобряването на функционирането на здравната система и нейните резултати е под въпрос.

3.2. Контекст на здравната система за периода 2015-2022

Стефка Коева

„Картината от птичи полет“ или контекстуалният аспект са задължителни при всеки анализ на една система, каквато е здравната, през определен период. Но доминираща черта на последните три-четири години в глобален мащаб е необичайният, уникален по своя размах, дълбочина и липса на исторически прецеденти шок, разтърсил обществото като цяло, всички негови сфери, но главно здравната система и социално-икономическата среда като цяло. Кризата, започнала през 2020 г., предизвикана от COVID-19, както и руската инвазия в Украйна от февруари 2022 г., имат характер на външни за социално-икономическата система

шокове. В допълнение, България преживява значителна политическа нестабилност, особено през последната година и половина, което не може да не рефлектира върху макроикономиката и обществените системи. Следващите редове представят кратка хронология на периода 2019-2022 г.

Предкризисен период

В глобален план времето преди началото на COVID-19 пандемията се характеризира със сравнително умерен икономически растеж (световната икономика расте средно 3.3% годишно за периода 2012-2019 г.), като през последната година на периода нарастването на икономическата активност е сравнително по-потиснато (2.9% през 2019 г.). Подобни са и тенденциите в Европа. Страните на ЕС започват да се съвземат от финансовата криза значително по-късно, след 2013 г., като подемот е по-слаб, вариращ от 1.6 до 2.8% годишно между 2014 и 2019 г., растежът през 2019 г. е 1.8% (Таблица 3.1). На този фон България демонстрира позитивни тенденции на сравнително устойчиво развитие в годините преди пандемията. Икономиката расте средно с повече от 3% годишно за петгодишния период преди пандемията, а през 2019 г. темпът достига 4%. Безработицата спада до исторически ниски равнища (5.2% през 2019 г.), отбелязва се значителен растеж на реалната работна заплата и това подхранва вътрешното потребление, което е основен двигател на растежа (Eurostat, 2021).

Таблица 3.1. Основни макроикономически показатели за периода 2019-2022 г.

	Средногодишен темп на растеж на реалния БВП				Равнище на безработица				Инфлация			
	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022
Глобална икономика	2.7	-3.4	5.8	3.0	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a
ОИСР	1.7	-4.6	5.5	2.7	5.4	7.2	6.2	5.2	1.9	1.5	3.7	8.8
ЕС	1.8	-5.9	5.3	2.7*	6.8	7.2	7.1	6.7*	1.4	0.7	2.9	6.8*
Евروزона	1.6	-6.5	5.3	2.6	7.6	8.0	7.7	7.1	1.2	0.3	2.6	7.0
България	4.0	-4.4	4.2	2.5	4.2	5.1	5.3	4.7	3.1	1.7	3.3	14.1

Забележки: Групата „ЕС“ включва 27-те държави членки на Европейския съюз.

*Прогнозните данни за 2022 г. са коригирани през месец от юни 2022 г.

Източници: OECD; Eurostat

Безпрецедентна криза

В последните дни на 2019 г. Китай обявява първите случаи на неидентифициран тип пневмония в Ухан, а на 10 януари 2020 г. СЗО дава указания за откриването, тестването и третирането на потенциални случаи. СЗО обявява разпространението на COVID-19 като глобална пандемия на 11 март 2022 г. До края на втората половина на месеца страните обявяват извънредно положение поради епидемията от новия вирус и въвеждат карантина и ограничителни мерки за движение на гражданите си. През февруари-март започва рецесия, предизвикана от COVID-19 кризата, която е отклонение от обичайните икономически модели за цикличното развитие на икономиката.

Като правило свиването на деловата активност, рецесиите са предизвикани или от шокове на търсенето – внезапни промени в желанието за закупуване на стоки и услуги за определени цени – или от шокове на предлагането – внезапни промени в количествата на стоки и услуги, които се предлагат за определени цени. Рецесията, индуцирана от COVID-19, има уникален характер. Тя произлиза от значителни сътресения едновременно и в търсенето, и в предлагането. За разлика от обичайните рецесии, възникващи или като финансови кризи, или като дългови кризи на публичния или частния сектор (в нововъзникващите пазари или в развитите икономики), тази рецесия е непосредствено предизвикана от събитие с екзогенен характер, здравната криза, последвала бързото разпространение на COVID-19. В известен смисъл тя е „самопричинена“, следствие преди всичко от мерките на институциите, отговарящи за общественото здраве, за овладяване на здравната криза: карантиниране, въвеждане на социално дистанциране, ограничаване или забрана на движението на гражданите, затваряне на някои бизнеси, ограничаване на публични събирания, въвеждане на задължителна домашно-базирана работа и пр., както и от индивидуалното самоизолиране. Това, от една страна, предизвиква значително свиване на производствения капацитет поради липсата на работна ръка, сътресения във веригите за доставки, отчасти и поради резки сътресения в обичайните режими на търсене, особено в дейности и бизнеси, характеризирани с непосредствен контакт с клиентите (търговия, ресторантьорство, туризъм и други видове услуги). От друга страна, потреблението, лично и производствено, страда поради загуба на доход, намалена мобилност и пр.

Най-близкият аналог на последната рецесия е тази от края на 1918 и 1919 г., предизвикана от епидемията от испански грип. Един преглед на макроикономическите бедствия, дефинирани като свиване на реалния БВП на глава от населението или на личното потребление с 10% или повече,

характеризира пандемията от испански грип като четвъртия най-силен макроикономически шок в световен мащаб след 1870 г. – след Втората световна война, Великата депресия 1929-33 г. и Първата световна война (Barro et al., 2022). В по-ново време съвременните здравни кризи също имат силно отражение върху макроикономиката. Според изследване от 2020 г. на непосредствените ефекти и възстановяването след шест здравни кризи – 1968 Flu (Hong Kong flu), 2003 SARS (ТОРС – тежък остър респираторен синдром), 2009 H1N1 (свински грип), 2012 MERS (Middle East respiratory syndrome), 2014 Ebola и 2016 Zika, негативният ефект на този тип кризи върху икономическата активност и БВП е значителен и незабавен, с вариации между различните страни. След приключване на кризата влиянието върху БВП е също незабавно, но БВП остава под предкризисното равнище за още пет години (Ma et al., 2020).

Освен поради причините за възникването и характера на протичането ѝ, необичайността на COVID-19 рецесията, превръщайки я в безпрецедентен феномен, случващ се веднъж на повече от сто години (once-in-a-century crisis, World Bank, 2022), е в нейния глобален мащаб, обхват и дълбочина. Тя засяга 90% от страните в света, надхвърляйки по обхвата си дела на страните, претърпели съкращаване на БВП през двете световни войни, Великата депресия от 1929-1933 г., дълговата криза от 80-те години на миналия век и глобалната финансова криза 2008-2009 г. Глобалният БВП се съкращава с 3.5% през 2020 г., в страните членки на ОИСР – с 4.6%, което е значително повече от спада през глобалната финансова криза от 2008-2009 г. Мащабът на икономическите сътресения, причинени от пандемията, е изключително силен, особено в някои страни и региони. За ЕС това е най-дълбоката икономическа криза в мирно време, далеч надминавайки остротата на глобалната финансова криза от края на първото десетилетие на 21-ви век – съкращаването на деловата активност е с 5.9%, а в страните от Евразоната – с 6.5% (Таблица 3.1). В някои европейски страни, особено с голям дял на туризма и други видове услуги, предполагащи директен контакт с клиентите, както и със силни рестриктивни мерки, сривът на производството е още по-голям: в Испания – 11.8%, във Великобритания – 9.9%, Италия – 8.9%. Остротата на кризата и бързината на настъпването ѝ са най-ясно изразени в първата половина на 2020 г. Най-силен отрицателен ефект върху негативния растеж (т.е. спада) на БВП в ЕС (Евразоната) има личното потребление. Показателите за заетостта показват драматичния ефект на COVID-19 кризата върху трудовия пазар. През април 2020 г. безработицата в страните от ОИСР нараства с 3 процентни пункта и достига 8.8%, най-високият растеж за последното десетилетие, като с това изцяло се заличават положителните тенденции от периода след глобалната финансова криза. През този месец страните от Евразоната преживяват връх на безработицата от 14.7%, рекорд за целия следвоенен период.

В България COVID-19 рецесията прекъсва положителните тенденции на относително стабилен и по-висок от средния за ЕС икономически растеж, покачващи се реални възнаграждения и ниска безработица. Икономическата активност спада най-напред през месец март, като най-силно засегнати са дейностите, непосредствено повлияни от ограничителните мерки и намаленото търсене – ресторантьорството, хотелиерството, транспорта. Както във всички други страни, най-рязък е спадът през второто тримесечие на 2020 г – 7.8% спрямо предишното тримесечие. Със смекчаване на ограничителните мерки, икономическата активност започва да се съживява през третото тримесечие, но втората вълна на пандемията води до възстановяване на част от ограниченията и забавя възстановяването. БВП остава под предкризисното си равнище. Общо за годината България преживява спад на БВП от 4.4%. Това съкращение на brutния продукт би било значително по-голямо, ако потреблението (лично и правителствено) не съдейства за съдържането на спада. Крайното потребление бележи дори растеж, дължащ се на силно увеличение на държавното потребление (със 7.5%) и по-слабо увеличение на разходите на домакинствата (с 0.2%). Сравнително по-голямата стабилност на личното потребление в сравнение със средната за ЕС се дължи отчасти на известно отслабване на рестриктивните мерки през втората половина на 2020 г. Държавата също активно съдейства за смекчаване на негативния ефект от ограниченията чрез фискални трансфери към домакинствата, директната финансова помощ на фирмите и повишените разходи за здравната система.

Бърз, но неравномерен подем

Към характеристиките на икономическият колапс, предизвикан от COVID-19, е и бързото, почти бурно възстановяване на деловата активност, започнало непосредствено след безпрецедентните сътресения през второто тримесечие на 2020 г. За това съдействат намаляване на заболяемостта през летните месеци, смекчаване на ограниченията и масираната стимулираща макроикономическа политика на държавата. През 2021 г. върху повишените очаквания силно влияние оказва появата на ефективни ваксини и постиженията в третирането на болестта. Но подобряването на икономическите показатели е неравномерно поради настъпването на втора и трета вълна на пандемията и връщането на строгите ограничителни противоепидемични мерки. Неравномерността от гледна точка на продукта и на заетостта е както по региони и страни, така и по икономически сектори и демографски групи. Глобалният БВП нараства през 2021 г. с 5.8% и през третото тримесечие на 2021 г. достига предпандемичното си равнище от края на 2019 г. Растежът в страните от ОИСР е 5.5%, а в страните от ЕС – 5.3%. В България деловата активност

следва общата тенденция на постепенно възстановяване. Силната фискална реакция, станала възможна благодарение на разумната бюджетна политика в годините преди кризата, се обезсилва от слабия процес на ваксиниране, довел до мощна нова вълна от заболявания и смъртни случаи. През есента на 2021 г. България е с най-ниско равнище на ваксиниране и най-висок брой на смъртните случаи от COVID-19 на милион население в целия ЕС. Това, както и политическата нестабилност, изразила се в поредица избори, неизлъчили редовно правителство, скептицизмът към ваксинирането и липса на доверие в институциите, водят до по-колебливо и неустойчиво подобряване на икономическия климат и по-нисък от средния за ЕС растеж на БВП от 4.2% през 2021 г. Двигател на този растеж остава личното потребление.

С възстановяването на деловата активност се възстановява и заетостта. Повишава се както броят на заетите лица, така и броят на отработените човекочасове. През този период обаче се поражда тенденцията към повишаване на инфлацията, която става основен проблем през 2022 г.

Ефектът от руската инвазия в Украйна

Положителните тенденции през 2021 г. в глобален аспект, резултат от отслабване на натиска върху икономиката на пандемията (в резултат на масираното ваксиниране и спецификата на новия вариант „Омикрон“ на коронавируса), преодоляване на някои от проблемите на предлагането (веригите за доставки), както и от масираната държавна политика на подкрепа на домакинствата и бизнеса, се прекъсват рязко от инвазията на Русия в Украйна. Преди войната прогнозите са за възвръщане на нормалния ход на икономическата активност: растежът на БВП – сходен с темповете през предпандемичния период, повишаване на заетостта и макар и по-висока, но очаквано сравнително краткосрочна инфлация. Военните действия в Украйна нанасят силен удар върху икономическия подъем и налагат съществени корекции в прогнозите. Последните прогнози на всички световни организации са за рязко намаляване на растежа. Прогнозата на ОИСР от юни 2022 г. е за свиване на глобалния БВП с 1.44 процентни пункта (от 4.46% прогнозиран през декември 2022 г. на 3.02% през юни). Световната банка предвижда още по-голям спад – до 2.9%. Особено силен е негативният ефект за европейските страни. Забавянето на растежа за Еврозоната, според оценката на ОИСР, се очаква да бъде с цели 2 процентни пункта (от 4.62 на 2.62). Най-сериозен е шокът върху ценовото равнище. Според Световната банка през март 2022 г. глобалната инфлация е вече 7% на годишна база спрямо 5.5% през декември, 2021 г. В страни като САЩ, Обединеното кралство и Германия инфлацията е най-висока за последните 40 години. Повишението на цените е причинено главно от повишаване на цените на енергийните източници и на храните.

Подобно на другите европейски страни, икономическият растеж на България през 2022 г. се очаква да падне до 2.5% (по оценка на ОИСП), като едновременно с това инфлацията расте извънредно бързо. През м. май годишната инфлация в България, измерена чрез индекса на потребителските цени, достига до 15.6% (НСИ, 2022), което е над средния темп на инфлация за ЕС и един от най-високите в общността. Високият проинфлационен натиск в България може да се отдаде както на поскъпването на храните, петрола и природния газ на международните пазари и твърде голямата зависимост от вноса на руски газ, така и на общата несигурност и песимистични очаквания сред бизнеса и домакинствата относно икономическата конюнктура, предвид голямата нестабилност на политическия живот.

В заключение, направеният кратък анализ на макроикономическата среда в глобален и национален план през последните години очертава една необичайно динамична картина на изключителни по мащаб, сила на ефекта и обхват шокове, които поставят на изпитание всяка една система, здравната на първо място. Те катализират наличните структурните слабости и предизвикателства и поставят на изпитание самото функциониране на системата. В тези условия става особено наложително наличието на надежден модел за измерване, анализ и оценка на здравната система и нейните резултати.

3.3. Оценка на резултатите от функционирането на здравната система

3.3.1. Качество

Валерия Николова

За измерване и оценка на качеството на медицинската помощ в България са налични данни по ограничен брой от селектираните от нас индикатори, някои от които са с епизодичен характер, неналични свободно в публичното пространство (т.е. съществуват, но могат да бъдат получени по заявка) или са публично достъпни, но от неофициални източници. В допълнение, в някои случаи съществуват и съмнения за достоверността на наличните данни.

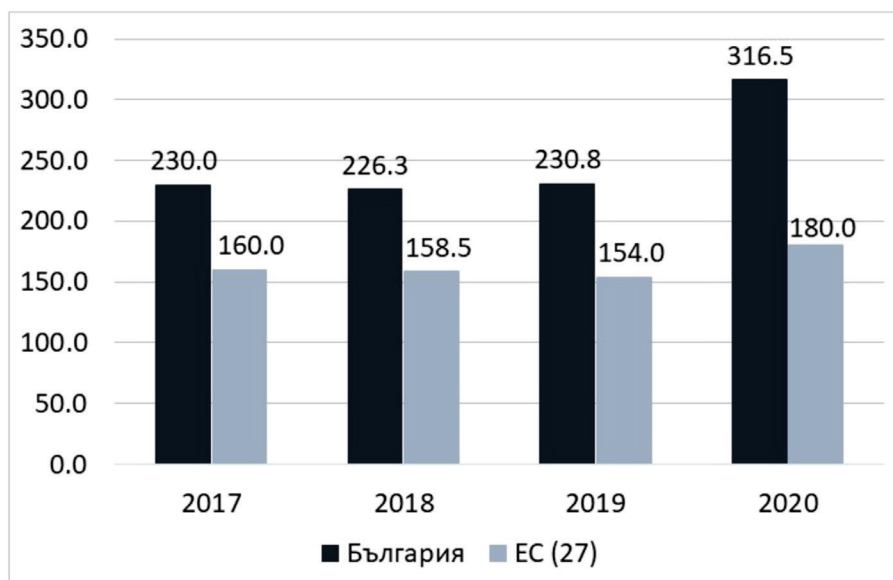
От избраните от нас елементи и индикатори за измерване и оценка на качеството на здравеопазване в България данни са налични по някои от индикаторите за ефикасност и уместност. Данни по индикаторите за безопасност и непрекъснатост (континуитет) на медицинската помощ почти липсват.

Ефикасност

Комплексни индикатори за измерване на ефикасността са тези за предотвратима с добра превенция и профилактика и с добро лечение смъртност, а специфични, засягащи конкретни проблемни области са индикаторите за измерване на качество, например на превантивните дейности – дял на населението обхванато в скрининг за рак на млечна жлеза/шийка на матката, ректум, имунизационно покритие и честота на ваксинопредотвратими заболявания и за измерване на качеството на здравеопазването в специфична област – неонатална смъртност.

Предотвратимата смъртност в България е една от най-високите в ЕС (Dimova et al., 2018; OECD, 2021). Предотвратимата с добра профилактика смъртност в България е около 1.4 пъти по-висока в сравнение с европейските страни през 2017 г., като разликата нараства до близо 1.8 пъти през 2020 г. (Фигура 3.1). Ръстът за 2020 г. се дължи на пандемията от COVID-19, смъртността от която, съгласно актуалната класификация на Евростат и ОИСР, е причислена към причините за предотвратима с добра профилактика смъртност (OECD/Eurostat, 2022).

Фигура 3.1. Предотвратима с добра превенция и профилактика смъртност в България и ЕС за периода 2017-2020 г., на 100 000 души



Източник: Eurostat, 2023

В допълнение, данните по останалите показатели, свързани с ефикасността на превантивните дейности, също свидетелстват за проблеми. Имунизационното покритие със задължително ваксини

на децата е под 95% за периода 2017-2022 г., с изключение на покритието за туберкулоза (Таблица 3.2). Значителна част от случаите на ваксинопредотвратими заболявания са на неимунизирани лица, с незавършен цикъл на имунизация или с неизяснен статус (Таблица 3.3) (НЦЗПБ, 2019). Делът на децата, ваксинирани с препоръчителната ваксина срещу човешки папиломен вирус по Националната програма за първична профилактика на рака на маточната шийка варира съществено през периода 2017-2022 г. и като цяло е на незадоволително равнище (Фигура 3.2). Имунизационното покритие на лица над 65 год. срещу сезонен грип по Националната програма за подобряване на ваксинопрофилактиката на сезонния грип 2019-2022 г. се повишава от 5.91% през 2020 г. до 43.4% през 2022 г., но сред останалата част от населението покритието е ниско (13.2% през 2021 г.) (НЦЗПБ, 2023).

Таблица 3.2. Имунизационно покритие при деца, избрани ваксини, в %

Имунизация срещу	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Хепатит Б	91.9	85.1	93.3	91.5	89.4	91.5
МПР (на 13 месеца)	93.8	92.9	95.1	88.3	88.7	91.2
МПР (на 12 години)	91.6	87.4	92.9	84.5	85.8	87.2
Хемофилус инфлуенце тип Б	92.3	91.5	92.7	91.4	89.5	91.6
Туберкулоза (новородени)	96.2	95.5	95.5	97.0	97.7	96.5

Забележка: МПР – морбили, паротит и рубеола

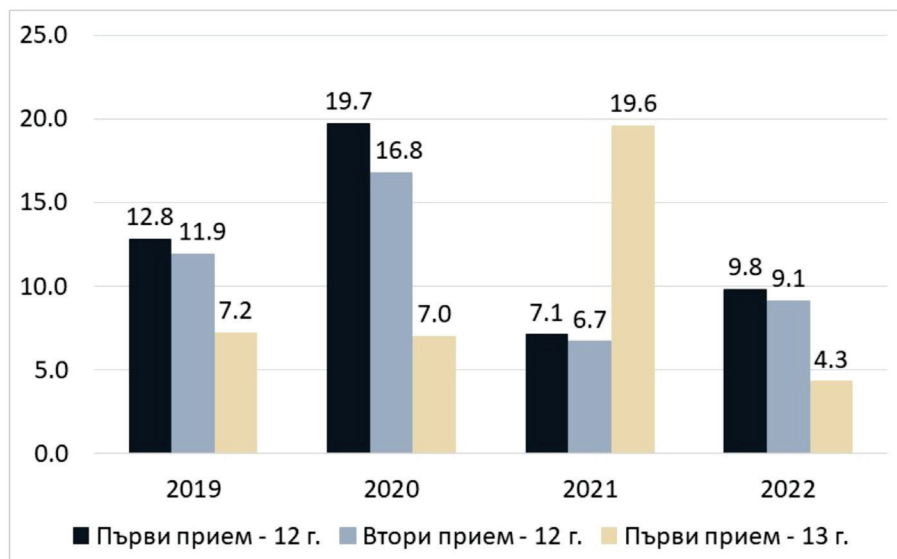
Източник: НЦЗПБ, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022

Таблица 3.3. Заболели от ваксинопредотвратими инфекции за периода 2017-2022 г., в брой

Ваксинопредотвратими инфекции	Брой заболели					
	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Тетанус	0	1	0	0	0	0
Коклюш	116	114	70	27	3	17
Полиомиелит	0	0	0	0	0	0
Морбили	165	13	1231	257	0	1
Паротит	15	27	50	13	16	15
Рубеола	0	1	0	0	0	0
Хепатит Б	249	215	198	121	83	152
Str. Pneumoniae менингит	34	25	34	11	3	2
Hib менингит	2	1	3	0	0	1

Източник: НЦЗПБ, 2019 и 2022

Фигура 3.2. Имунизационен обхват срещу човешки папиломен вирус, в % от подлежащите



Забележка: За 2018 г. са налични данни за брой ваксинирани, но не и за имунизационен обхват.

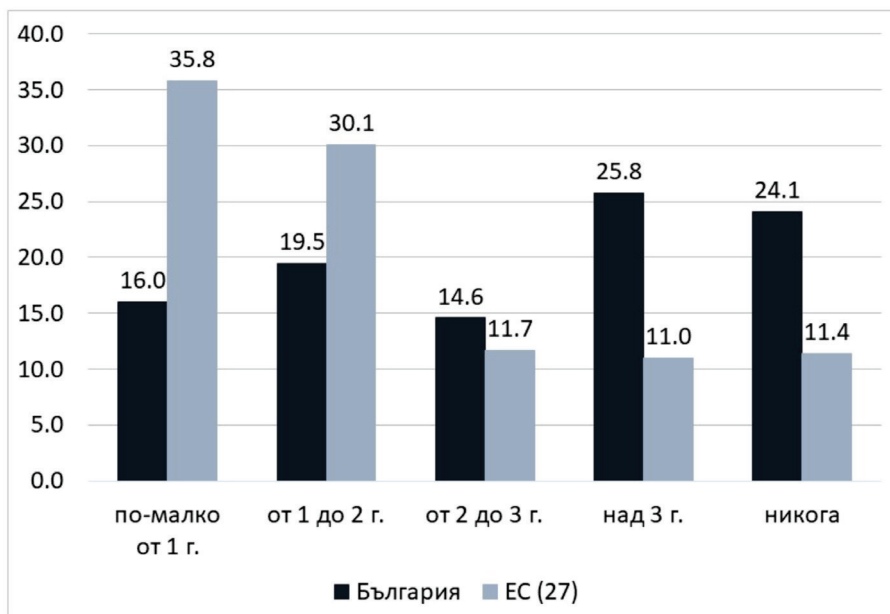
Източник: НЦЗПБ, съответни години; МЗ, 2022

По данни от Европейското здравно интервю от 2019 г. скрининговите и профилактичните прегледи и изследвания в България са със значително по-малък обхват в сравнение с ЕС. Делът на жените, съобщили регулярни скринингови прегледи за рак на гърдата (Фигура 3.3) и рак маточната шийка (Фигура 3.4), е по-нисък в сравнение със средния за ЕС. През 2019 г. 94% от българите във възрастовата група 50-74 год. съобщават, че никога не им е правен скринингов тест за колоректален рак, в сравнение с 48.7% средно за ЕС. По данни на НЗОК през 2019 г. се отбелязва ръст в броя на извършените мамографски изследвания на двете млечни жлези на жени над 50 год. и на изследванията за туморен маркер за рак на простата при мъже над 50 год. (НЗОК, 2020).

Сравнителните данни за предотвратимата с добро лечение смъртност между ЕС и България са още по-контрастни от тези за предотвратимата с добра превенция и профилактика смъртност. Разликата в предотвратимата с добро лечение смъртност между България и ЕС нараства от 2.08 пъти по-висока стойност в България през 2017 г. до 2.3 пъти по-висока през 2020 г. в сравнение със средната за ЕС (Фигура 3.5).

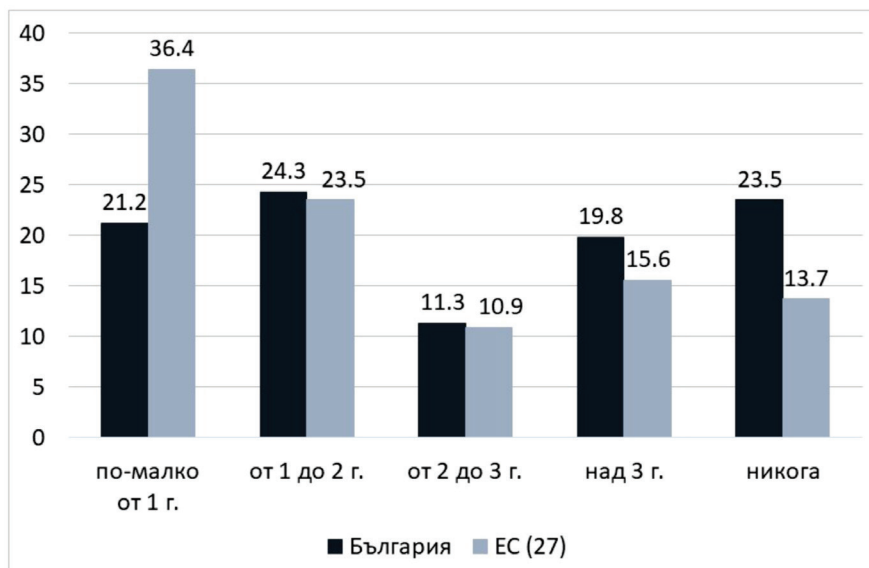
Делът на случаите на неонатална смъртност в страната намалява чувствително между 2017-2020 г., като през 2020 г. България почти достига средните за ЕС стойности (Фигура 3.6).

Фигура 3.3. Дял на жените на възраст 50-69 год. с последно извършено образно изследване за рак на млечна жлеза по време на провеждане на изследването, 2019 г.



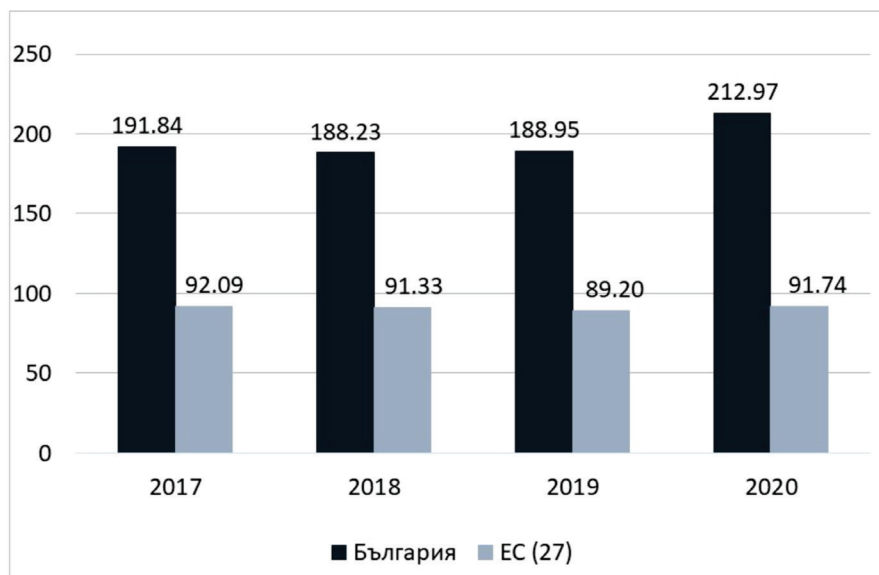
Източник: Eurostat, 2023

Фигура 3.4. Дял на жените на възраст 20-69 г. с извършена цитонамазка по време на провеждане на изследването, 2019 г.



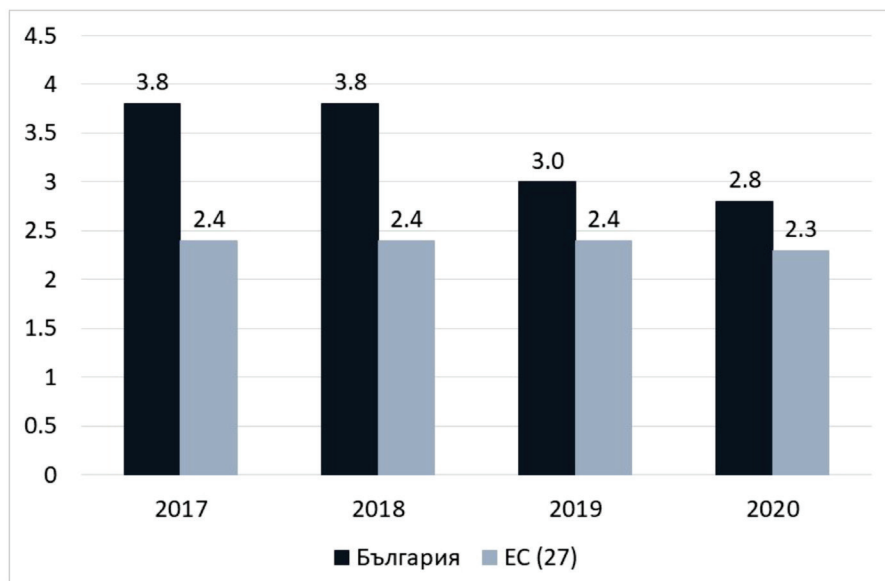
Източник: Eurostat, 2023

Фигура 3.5. Предотвратима с добро лечение смъртност в България и ЕС, 2017 - 2020 г., на 100 000 души



Източник: Eurostat, 2023

Фигура 3.6. Неонатална смъртност в България и средно за ЕС, 2017 - 2020 г., на 1 000 живородени



Източник: Eurostat, 2023

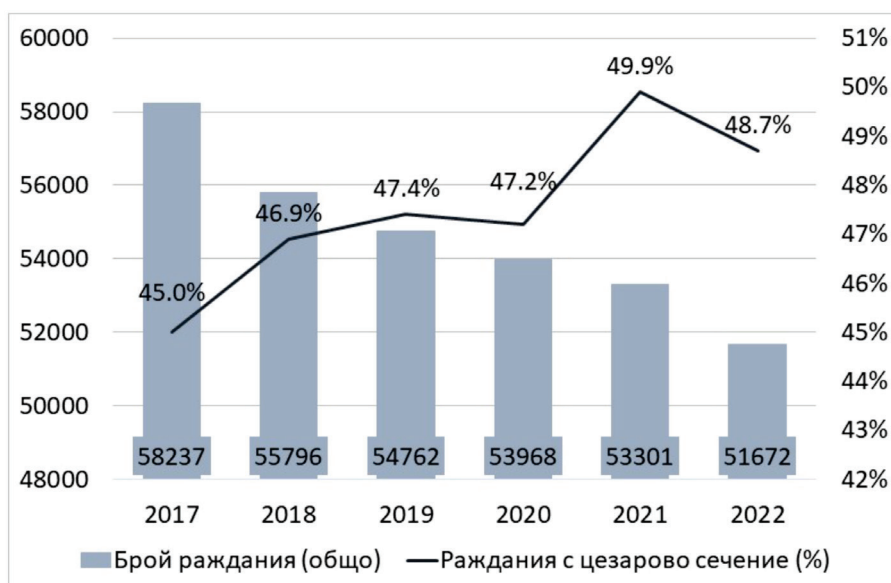
Уместност

За уместност на медицинската помощ са налични някои данни по повечето от избраните от нас индикатори, макар и част от тях да са непълни.

Едни от най-чувствителните във връзка с уместността индикатори са делът на ражданията с цезарово сечение, употребата на антибиотици и хоспитализациите – общо и при определени заболявания.

По данни от НЗОК, цитирани в Индекс на болниците на специализирания сайт clnica.bg, делът на ражданията с цезарово сечение варира между 45 % и почти 50 % през периода 2017-2022 г. (Фигура 3.7).

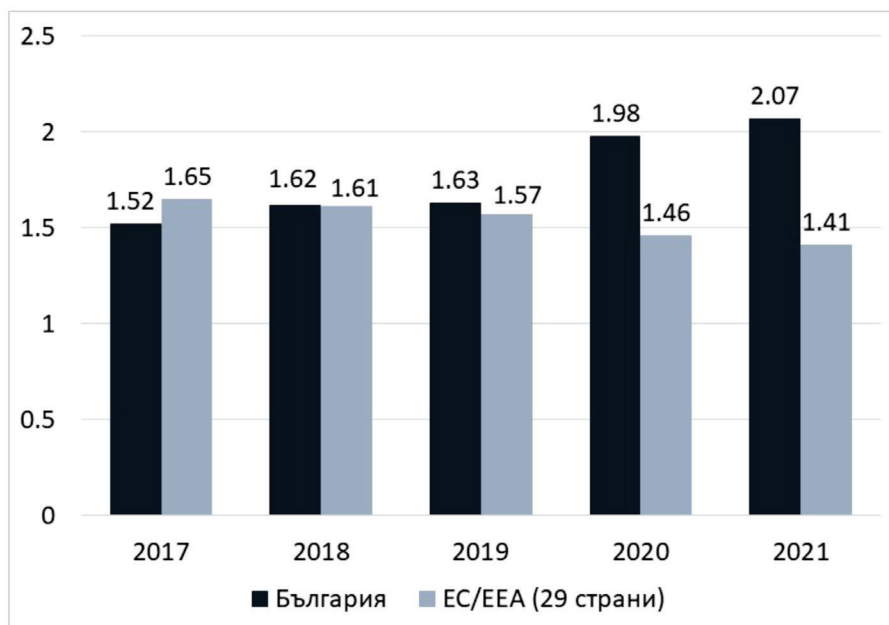
Фигура 3.7. Брой раждания и дял на ражданията с цезарово сечение, 2017 - 2022 г.



Източник: НЗОК, цит. по Индекс на болниците, 2023

Прекомерната употреба на антибиотици е индикатор, който директно се свързва с проблеми с уместността. По данни на Европейския център за превенция и контрол на заболяванията употребата на антибиотици в България е съизмерима със средната за ЕС и европейското икономическо пространство за периода 2017-2019 г., но е значително по-висока през 2020 и 2021 г. както в болничния (Фигура 3.8), така и в извънболничния сектор (Фигура 3.9).

Фигура 3.8. Употреба на антибиотици в болниците, 2017–2021 г., ДДД на 1000 души



Източник: European Centre for Disease Prevention and Control, 2022, 2023a

Фигура 3.9. Употреба на антибиотици при извънболнично лечение, 2017–2021 г., ДДД на 1000 души



Източник: European Centre for Disease Prevention and Control, 2022, 2023a

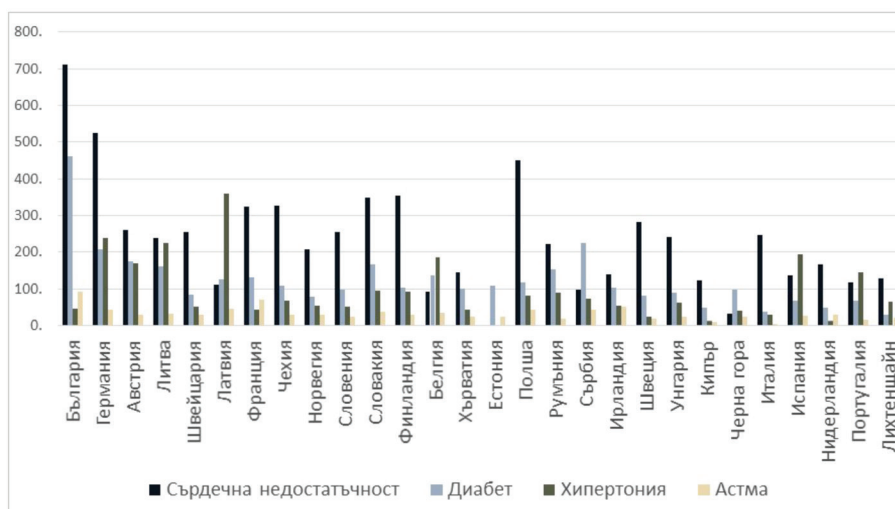
България е на първо място по хоспитализации сред всички 30 европейски страни, за които има данни в Евростат, за всяка от годините в периода 2017-2021 г., при това със съществено по-голям брой на 100 000 души в сравнение с държавата, заемаща второто място през съответната година (Таблица 3.4). Същото важи и за хоспитализациите по причина сърдечна недостатъчност, диабет и астма, и само за хоспитализациите по причина хипертония е в дъното на класациите (Фигура 3.10).

Таблица 3.4. Хоспитализации в България - общо и при избрани заболявания по МКБ, 2017–2021 г., на 100 000 души

По заболявания	2017	2018	2019	2020	2021
Всички причини за заболявания (A00-Z99) без V00-Y98 и Z38	32 342.0	33 603.8	33 993.0	26 927.8	26 294.8
Сърдечна недостатъчност	1 355.4	1 347.0	1 331.3	944.7	712.4
Диабет	721.0	729.6	754.9	541.5	461.2
Астма	193.5	193.4	191.6	126.7	93.2
Хипертония	68.8	72.8	78.0	54.1	46.0

Източник: Eurostat, 2023

Фигура 3.10. Хоспитализации при избрани заболявания, 2021 г., на 100 000 души



Източник: Eurostat, 2023

Безопасност и непрекъснатост

За измерване на безопасността и непрекъснатостта (континуитета) като цяло липсват достъпни и систематични данни. По един от предложените общо 17 индикатора за безопасност са открити налични данни за *майчина смъртност*. През 2021 г. НЗОК публикува доклад за майчината смъртност за периода от 2010-2020 г., който е базиран само на медицинската документация от болничните лечебни заведения, тъй като липсват данни за оказаните здравни услуги на бременните жени в извънболничната и спешната помощ, както и за управление на клиничното състояние при манифестни и латентни състояния през бременността (Василев и кол., 2021). В документа се посочва, че има разминаване в официално публикуваните данни за майчина смъртност между НЦОЗА, СЗО и отчетите на лечебните заведения, което се дължи на липсата на данни за определен времеви период и начина на отчитане на този показател, когато смъртта на бременната жена настъпи вследствие на усложнение като шок, остра сърдечна недостатъчност или остра дихателна недостатъчност.

От повече от десет години здравноосигурените лица имат електронно здравно досие, в което се съдържа информация са всички предоставени им услуги, но само за услугите, закупувани от НЗОК. Вследствие на пандемията от COVID-19 е ускорен процесът по дигитализиране на няколко здравни документа, позволяващи свързаност между доставчиците, като електронна рецепта и електронно направление.

3.3.2. Достъп

Минчо Минев

В тази част от изследването са представени резултатите от оценката на достъпа до здравни услуги в България в контекста на цялостната оценка на функционирането на здравната система. Оценката обхваща най-често изследваните и релевантни за България елементи на достъпа.

Включените показатели в тази част от анализа са подбрани на база на тяхната надеждност и наличието на данни за България. Проучени са разнообразни източници на информация като електронните бази данни на Евростат и СЗО, НСИ, научни публикации и доклади на международни организации. Показателите, за които не са открити данни, са заменени с такива, осигуряващи сходна информация. Данните за показателите са анализирани в национален и международен контекст и са използвани за оценка на съответния елемент на достъпа.

Физическа наличност

В таблица 3.5 са представени показателите за осигуреността с човешки ресурси в здравната система за периода 2015–2020 г.

Таблица 3.5. Осигуреност с човешки ресурси на здравната система в България, 2015-2020 г.

Показател	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Изменение за периода (в %)
Брой лекари (на 100 000 души)	404.0	410.7	418.4	421.7	423.6	427.7	+6
Брой специалисти по здравни грижи (на 100 000 души)	484.8	483.2	486.5	485.7	493.0	475.8	-2
Брой медицински сестри (на 100 000 души)	437.4	434.6	437.5	435.4	437.9	420.5	-4
Брой ОПЛ (на 100 000 души)	62.9	64.7	62.1	61.5	61.0	60.2	-4
Брой лекари по дентална медицина (на 100 000 души)	100.3	104.0	106.1	103.7	106.6	106.3	+6

Източник: Eurostat, 2022

При анализ на данните за осигуреност с медицински специалисти не се открояват значителни изменения в показателите за изследвания период. Известно нарастване се установява както при общия брой лекари, така и при лекарите по дентална медицина (с близо 6% през 2020 г. спрямо 2015 г.). Впечатление прави намалението в броя на медицинските сестри и на общопрактикуващите лекари на 100 000 души от населението. България заема едни от последните места по брой практикуващи медицински сестри и по брой общопрактикуващи лекари на 100 000 души население, в сравнение с останалите страни от ЕС (Eurostat, 2022). В таблица 3.6 са представени данни за част от показателите към 2020 г., сравнени със средните им равнища за ЕС.

Таблица 3.6. Осигуреност с медицински персонал от населението в България и ЕС, 2020 г.

Показател	България	Средно за ЕС
Брой лекари (на 1000 души от населението)	4.3	4.0
Брой медицински сестри (на 1000 души)	4.2	8.3
Брой лекари по дентална медицина (на 1000 души)	1.1	0.8

Източник: OECD/European Union, 2022

Данните в таблица 3.6 показват осигуреност малко над средната за ЕС с общ брой практикуващи лекари и практикуващи лекари по дентална медицина на 1000 души население. В същото време се отчита над 50% по-ниска осигуреност с медицински сестри спрямо средното равнище за ЕС (OECD/European Union, 2022). Липсата на достатъчно общопрактикуващи лекари, особено в отдалечените райони, и устойчивият във времето недостиг на медицински сестри (Dimova et al., 2018) могат да бъдат сериозна бариера пред физическата наличност на здравните услуги.

В таблица 3.7 е представена динамиката на показателите за осигуреност с болнични легла и легла за дългосрочни грижи в болничната помощ или резидентни центрове за социални грижи на 100 000 души от населението, съпоставени със средните равнища на показателите за страните от ЕС.

Таблица 3.7. Осигуреност с болнични легла и легла за дългосрочни грижи в България и ЕС, 2015-2020 г.

Показател	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Брой болнични легла, България (на 100 000 души)	723.50	726.95	745.40	756.91	774.07	781.9
Брой болнични легла, средно за ЕС (на 100 000 души)	549.02	545.14	541.21	538.18	531.97	526.8
Брой легла за дългосрочни грижи, България (на 100 000 души)	33.35	30.77	30.77	29.67	27.41	31.0

Източник: Eurostat, 2022

Данните в таблица 3.7 показват, че осигуреността с болнични легла в България е много над средната за ЕС, като по този показател страната ни се нарежда на второ място сред държавите членки. В същото време страната ни регистрира най-ниска осигуреност с легла за дългосрочни грижи сред всички страни в ЕС (Eurostat, 2022).

Друг показател, въз основа на който може да се прави оценка на физическата наличност като елемент на достъпа до здравни услуги, е осигуреността с аптеки на 100 000 души от населението. Не са налични надеждни данни за показателя за изследвания период. По данни от регистъра на аптеките в България, поддържан от Изпълнителна агенция по лекарствата, към края на 2021 г. на територията на България има регистрирани 2467 аптеки (без аптеките, разкрити към лечебните заведения за болнична помощ) или приблизително 38 аптеки на 100 000 души от населението. За сравнение, по данни на ОИСР, към 2019 г. средно за страните членки на организацията стойността на същия показател е 28 (OECD, 2021). През 2022 г. е утвърдена методика за изработване на областни аптечни карти, необходими за съставянето на Национална аптечна карта. Очаква се картата да служи като инструмент за оценка

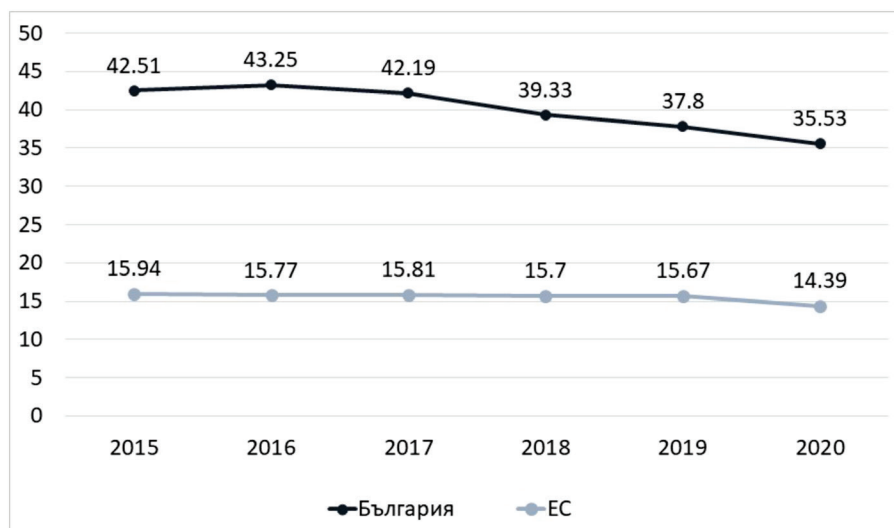
и планиране на лекарствоснабдяването и достъпа до лекарства на българските граждани.

За оценка на физическата наличност често се използват и показатели за равнището на неудовлетворените потребности от медицинска или дентална помощ поради необходимостта да се пропътува голямо разстояние до изпълнителите на съответните услуги. Отдалечеността от лечебно заведение е една от причините за въздържане от или отлагане на използването на здравно услуги от потребителите. Неудовлетворени потребности от медицински преглед/лечение поради голямо разстояние декларират 0.3% от интервюираните български граждани през периода 2015-2018 г. и 0.2% през периода 2019-2020 г. Средното равнище на този показател за страните от ЕС е 0.1% за периода 2015-2020 г. Неудовлетворени потребности от дентална помощ поради голямо разстояние са посочени от 0.1% от интервюираните български граждани за периода 2017-2020 г.

Финансова достъпност

Един от най-често използваните индикатори за оценка на финансовата достъпност при оценките на достъпа до здравеопазване е делът на директните плащания на домакинствата от общите разходи за здравеопазване в страната. На фигура 3.11 е представена динамиката на този показател за България, сравнена със средните стойности за страните от ЕС.

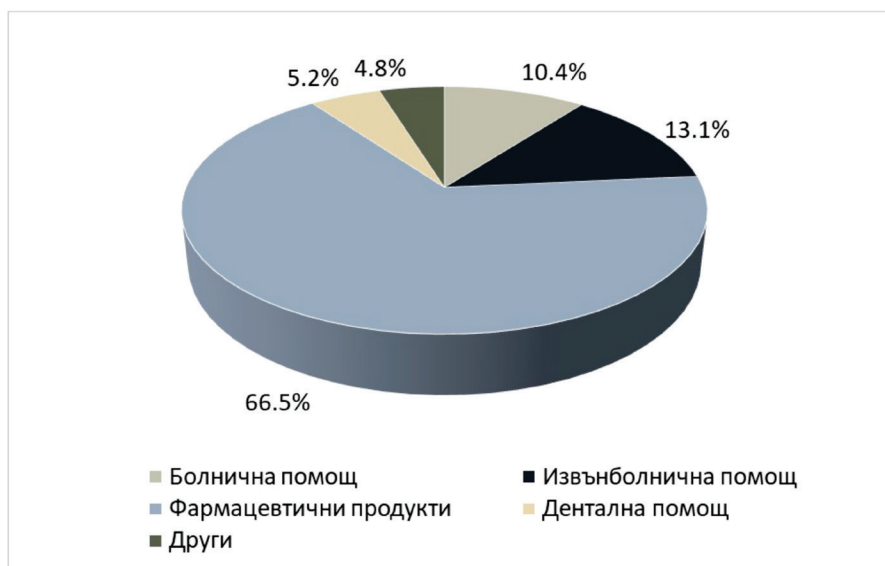
Фигура 3.11. Дял на директните плащания на домакинствата от общите разходи за здравеопазване, 2015-2020 г., в %



Източник: Eurostat, 2022

България регистрира най-високия дял на директните плащания на домакинствата от общите разходи за здравеопазване в сравнение с останалите страни от ЕС. Въпреки тенденцията за намаляване на този дял за изследвания период, стойността му остава над два пъти по-висока от средната за ЕС (Eurostat, 2022) и представлява съществена бариера, ограничаваща достъпа до здравни услуги, особено за по-уязвимите групи от населението (Рохова, 2017). На фигура 3.12 е представено разпределението на директните плащания на домакинствата по видове дейност.

Фигура 3.12. Директни плащания на домакинствата по видове дейност, 2019 г.



Източник: Dimova et al., 2022

Разходите за фармацевтични продукти представляват около две трети от всички директни плащания на домакинствата (Dimova et al., 2022). Това се явява бариера пред достъпа до лекарствени продукти (OECD/ European Observatory on Health Systems and Policies, 2021).

За измерване на степента на финансова защита, която здравната система предоставя на населението при използването на здравни услуги, се използват показателите „дял на домакинствата с катастрофални здравни разходи“ и „дял на домакинствата със здравни разходи, водещи до обедняване“.

В доклад на Барселонския офис на СЗО се посочва, че през 2018 г. 8% от домакинствата в България са обеднели поради здравни разходи (т.е.

общото им потребление е било над линията на бедността, или линията на основните потребности, преди извършване на директни плащания и е минало под тази линия след извършването им), а при 19% тези разходи са били катастрофални (по-големи от 40% от платежоспособността им за здравни услуги, която представлява разликата между потреблението им и линията на основните потребности) (Dimova and García-Ramírez, 2022). Тези стойности са много по-високи в сравнение с други държави в ЕС. Друго обезпокоително заключение на авторите на доклада е, че се наблюдава нарастване на стойностите и на двата показателя, което свидетелства за липсата на целенасочени мерки за подобряване на финансовата защита в здравната система. Тези стойности са много по-високи в сравнение с други държави в ЕС. Друго обезпокоително заключение на авторите на доклада е, че се наблюдава нарастване на стойностите и на двата показателя (Dimova and García-Ramírez, 2022), което свидетелства за липсата на целенасочени мерки за подобряване на финансовата защита в здравната система.

Важен индикатор при оценката на финансовата достъпност на здравните услуги е и дялът на здравнонеосигуреното население. От една страна, високият дял на здравнонеосигурените лица води до намаляване на здравноосигурителните приходи, а от друга страна, здравнонеосигурените граждани са изложени на повишен риск от това да не са в състояние да покрият разходите си за здравни услуги. По различни оценки здравнонеосигуреното население варира между 10% (по данни на Министерство на финансите) и 14.8% (по данни на НЗОК към края на 2019 г.) (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2021). По данни от доклада на Европейския офис на СЗО за България този дял надхвърля 15% от населението към края на 2019 г. (Dimova and García-Ramírez, 2022). В сравнителен план страната ни е с най-нисък дял на здравноосигуреното население сред страните от ЕС (OECD/European Union, 2022).

Динамиката на неудовлетворените потребности от здравни услуги поради финансови причини завършва оценката на финансовата достъпност (Таблица 3.8).

Данните показват намаление в стойностите и на трите изследвани показателя за периода. Дялът на населението с неудовлетворени потребности от медицински преглед/лечение или от дентална помощ се понижава значително през периода 2015-2020 г., като стойностите и на двата показателя са под средните за ЕС. Обезпокоително висок остава дялът на населението с неизпълнени рецепти поради финансови причини (Eurostat, 2022). Причини за високите равнища на този показател можем да търсим в кумулативното въздействие на няколко

от факторите – високия дял на директните плащания, при които преобладават плащанията за лекарствени продукти, високия дял на здравнонеосигурените лица и недостатъчната степен на финансова защита, осигурявана от здравната система.

Таблица 3.8. Неудовлетворени потребности от здравни услуги поради финансови причини в България и ЕС, 2015-2020 г.

Показател	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Средно за ЕС
Дял на населението с неудовлетворени потребности от медицински преглед/лечение (в %)	3.7	2.2	1.6	1.5	1.1	1.0	1.1
Дял на населението с неудовлетворени потребности от дентална помощ (в %)	5.0	3.4	2.7	2.4	1.9	2.1	2.9
Дял на населението с неизпълнени рецепти (в %)	9.6*	n/a	n/a	n/a	7.2	n/a	4.2

Забележка: Средните данни за ЕС се отнасят за 2020 г. *Данните се отнасят за 2014 г.

Източник: Eurostat, 2022

Своевременност

Третият елемент на достъпа до здравни услуги, който е включен в оценката, е своевременността.

Поради липсата на данни за голяма част от показателите за оценка на своевременността като елемент на достъпа са идентифицирани заместващи индикатори, които до известна степен биха могли да служат за допълване на анализа. За оценка на своевременността при предоставянето на здравни услуги са използвани резултати от изследванията за определянето на Euro Health Consumer Index (Таблица 3.9).

Стойностите на показателите за своевременност на достъпа до здравни услуги в България са по-благоприятни спрямо средните равнища, измерени при определянето на Euro Health Consumer Index за 2018 г. Вероятността пациентите в България да получат достъп до здравните услуги в определените времеви интервали е налице в по-голяма част от случаите. Спрямо резултатите от изследването през 2015 г. стойностите на показателите се подобряват, като най-значим напредък се наблюдава при индикатора „възможност за започване на химиотерапия/лъчетерапия в рамките на 21 дни“ (Björnberg, 2015; Björnberg and Phang, 2018).

Таблица 3.9. Показатели за своевременност на достъпа до здравни услуги, 2015 и 2018 г.

Показател	2015		2018	
	България	Средна стойност	България	Средна стойност
Възможност за планова операция в рамките на 90 дни	1.889	2.332	1.538	2.328
Възможност за компютърна томография в рамките на 7 дни	2.000	2.330	1.727	2.279
Възможност за започване на химиотерапия / лъчетерапия в рамките на 21 дни	2.125	1.768	1.333	1.754
Достъп до ОПЛ в рамките на същия ден	1.583	1.977	1.615	1.984

Забележка: Съобразно методиката на проучването, данните показват средно-аритметичната оценка на възможността за осигуряване на достъп до здравната услуга в определения времеви интервал. Величината 1 означава, че тази възможност съществува при над 90% от пациентите, 2 – възможността съществува за над 50% от пациентите (обикновено е налице), а 3 – възможността не съществува за над 50% от пациентите (обикновено не е налице). Средната стойност се отнасята изследваните в Euro Health Consumer Index 35 държави.

Източник: Björnberg and Phang, 2018

Най-неблагоприятна в сравнение със средната стойност е оценката на показателя за достъп до общопрактикуващ лекар в рамките на същия ден. Това, в комбинация с отчетената сравнително ниска осигуреност с общопрактикуващи лекари и регионалните диспропорции в разпределението им, свидетелства за наличието на бариери пред навременния достъп до първична медицинска помощ.

Друг показател, който определя възможностите за навременен достъп до здравни услуги, е делът на населението, за което не е налице възможност за транспортиране до лечебно заведение от екип на спешна медицинска помощ в рамките на определено време. Съществуват различни вариации на този показател, като разликата е предимно в избраното пределно време – 20, 30, 45 минути (Knowles et al., 1997; van den Berg et al., 2015; Devos et al., 2019). Данни за този показател за България са представени в Концепция за развитие на спешната медицинска помощ от 2014 г. Делът на населението, за което не е налице възможност за транспортиране до лечебно заведение от екип на спешна медицинска в рамките на 30 минути, е 0.03% (МЗ, 2014), което е сравнително ниска стойност за този показател.

От гледна точка на своевременността на достъпа до здравни услуги в България положителна оценка е и ниският дял на респондентите, които посочват времето за чакане като причина за неудовлетворени здравни

потребности. Стойността на този показател за България бележи спад от 0.7% през 2015 г. (при 0.8% средно за ЕС) до 0.1% през 2020 г. (при 0.7% средно за ЕС) (Eurostat, 2022).

В таблица 3.10 са представени в синтезиран вид данните за показателите, на база на които е направена настоящата оценка на достъпа до здравни услуги в България. Посочена е и отчетената динамика на индикатора за периода 2015-2020 г., както и сравнение със средните стойности на съответния показател за ЕС (или изследваните страни).

Таблица 3.10. Показатели за оценка на достъпа до здравни услуги, 2020 г. (или последната година с налични данни)

Показател	Равнище	Динамика	Сравнение със средните стойности
Физическа наличност			
Брой лекари (на 100 000 души от населението)	427.7	+	>
Брой специалисти по здравни грижи, вкл. медицински сестри (на 100 000 души)	475.8	–	<
Брой медицински сестри (на 100 000 души)	420.5	–	<
Брой общопрактикуващи лекари (на 100 000 души)	60.2	–	n/a
Брой лекари по дентална медицина (на 100 000 души)	106.3	+	>
Брой на болничните легла (на 100 000 души)	774.1	+	>
Брой легла за дългосрочни грижи (на 100 000 души)	27.4	–	<
Брой аптеки (на 100 000 души)	38.0	n/a	>
Дял на населението с неудовлетворени потребности от медицинска помощ поради голямо разстояние (в %)	0.2	–	>
Дял на населението с неудовлетворени потребности от дентална помощ поради голямо разстояние (в %)	0.1	+	>
Финансова достъпност			
Дял на домакинствата с катастрофални здравни разходи (в %)	19.0	+	>
Дял на домакинствата със здравни разходи, водещи до обедняване (в %)	8.0	+	>

Дял на директните плащания на домакинствата от общите разходи за здравеопазване (в %)	35.5	–	>
Дял на здравнонеосигуреното население (в %)	15.0	+	>
Дял на населението с неизпълнени рецепти поради финансови причини (в %)	7.2	–	>
Дял на населението с неудовлетворени потребности от медицинска помощ поради финансови причини (в %)	1.0	–	<
Дял на населението с неудовлетворени потребности от дентална помощ поради финансови причини (в %)	2.1	–	<
Своевременност			
Възможност за преглед при ОПЛ в рамките на деня (от 1 до 3)	1.615	+	<
Възможност за планова операция в рамките на 90 дни (от 1 до 3)	1.538	–	<
Възможност за започване на химиотерапия/лъчетерапия в рамките на 21 дни (от 1 до 3)	1.333	–	<
Възможност за компютърна томография в рамките на 7 дни (от 1 до 3)	1.727	–	<
Дял на населението с неудовлетворени потребности от медицинска помощ поради прекалено дълго време за чакане (в %)	0.1	–	<

Забележка: + нарастване за периода; – намаление за периода; > стойност над средната спрямо сравнителните данни; < стойност под средната спрямо сравнителните данни.

Въпреки липсата на данни за голяма част от показателите за оценка на своевременността на достъпа до здравни услуги, анализът на наличната информация дава възможност да се направи заключението, че не са налице съществени бариери, които да ограничават своевременния достъп до здравни услуги.

Финансовата достъпност е елементът, в който са концентрирани основните бариери пред достъпа до здравни услуги в България. Като такива могат да се определят високото равнище на частните разходи за здравеопазване, високият дял на здравнонеосигурени пациенти и ниската финансова защита, предоставяна от здравната система.

Като основни предизвикателства пред физическата наличност се открояват ниската осигуреност с медицински сестри и общопрактикуващи лекари и ниската осигуреност с легла за дългосрочни грижи.

Данните за използваните показатели са средни за страната и по тази причина не могат да служат за идентифициране на бариери, свързани с неравенства от регионално, социално-икономическо или друго естество.

3.3.3. Здравно състояние

Валерия Николова

По показателите за здравно състояние, за които има налични данни, в България се отчитат все по-лоши здравни резултати и устойчиви негативни тенденции. Българското население живее най-малко в сравнение с гражданите на останалите европейски държави. Детската смъртност продължава да е на незадоволително равнище, особено в селата. Заболяванията на сърдечно-съдовата, дихателната, ендокринната и храносмилателната система остават водещи причини за смърт, инвалидност и съответно загуба на години в добро здраве (DALY's). Известно подобрение е регистрирано при показателите за самооценка на здравето, които обаче са твърде субективен измерител на здравното състояние и здравните резултати.

Очаквана продължителност на живота

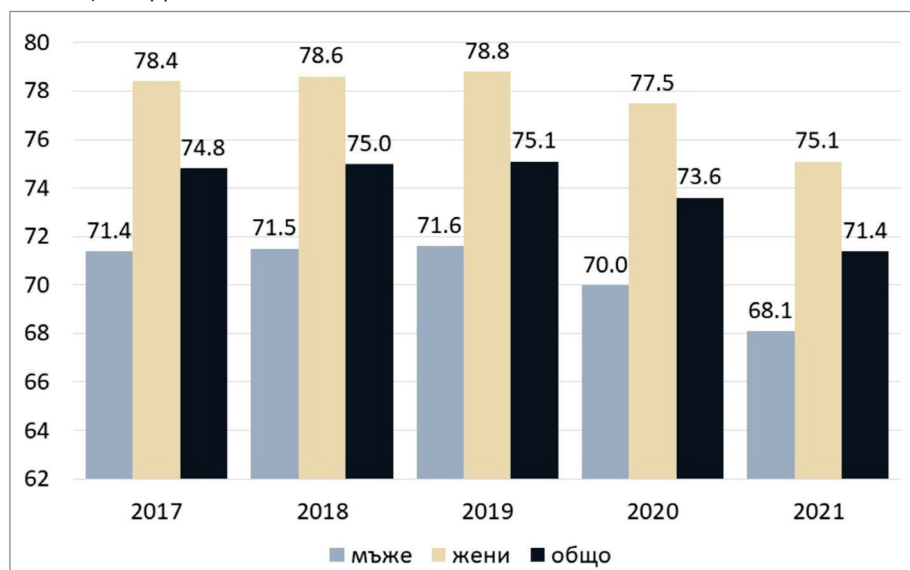
Очакваната продължителност на живота при раждане намалява с 3.4 г. за периода 2017-2021 г. (Фигура 3.13). България е на последно място по този показател в сравнение с останалите страни от ЕС за всички години от разглеждания период (OECD, 2023). През 2017 г. се отчита значителна разлика в продължителността на живота между половете в страната – при жените тя е с близо седем години по-висока от тази при мъжете. От 2018 г. постепенно разликата намалява, като през 2021 г. е ограничена до 3.7 години.

Пандемията от COVID-19 оказва значително влияние върху равнището на смъртност през 2020 и 2021 г., като това се отразява негативно и върху очакваната продължителност на живота. При жените намалението през 2021 спрямо 2019 г. е по-високо като абсолютна стойност (3.7 год. в сравнение с 3.5 год. при мъжете), но в относителни стойности спадът е по-нисък поради по-високата очаквана продължителност на живота (4.7% при жените в сравнение с 4.9% при мъжете).

Очакваната продължителност на живота след 65-годишна възраст също намалява, най-осезаемо през 2021 г. (Фигура 3.14). Бавното и колебливо повишение на стойностите на този показател до 2019 г. е „загубено“ бързо през първите две години от пандемията. България бележи негативна тенденция и по този показател – населението на възраст 65 год. е с най-ниска очаквана продължителност на живота в сравнение с

всички останали страни от ЕС за периода 2018-2021 г. (OECD, 2023).

Фигура 3.13. Очаквана продължителност на живота в България, 2017-2021 г., в години



Източник: НСИ, 2023

Фигура 3.14. Очаквана продължителност на живота на 65-годишна възраст в България, 2017-2021 г., в години

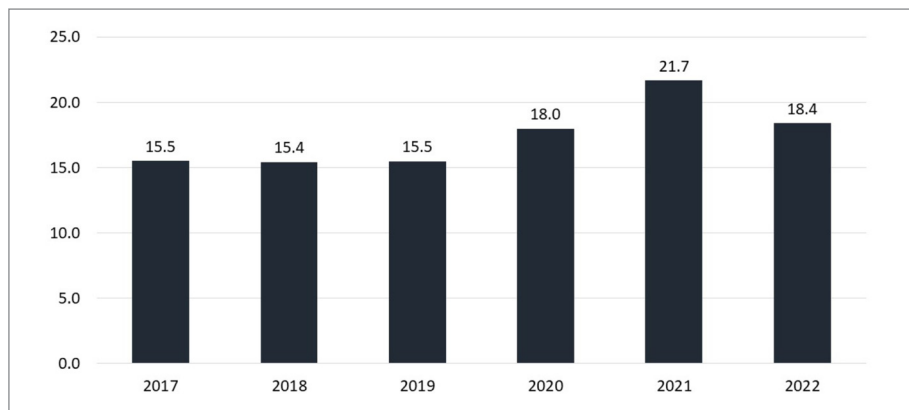


Източник: OECD, 2023

Смъртност

Между 2017 и 2019 г. общата смъртност в България се запазва приблизително на едно и също равнище. От 2020 до 2022 г. смъртността се покачва значително, като най-големият пик се отчита през 2021 г. (Фигура 3.15).

Фигура 3.15. Обща смъртност (брой смъртни случаи на 1 000 души от населението) в България, 2017-2022 г.



Източник: НСИ, 2023

С увеличение на възрастта се наблюдава повишаване на нивото на смъртността на населението в активна възраст, като тя е най-висока във възрастовите групи 60-64 и 55-59 години. Между 2020 и 2022 г. смъртността се увеличава значително във всички възрастови групи над 18 години (НСИ, 2023).

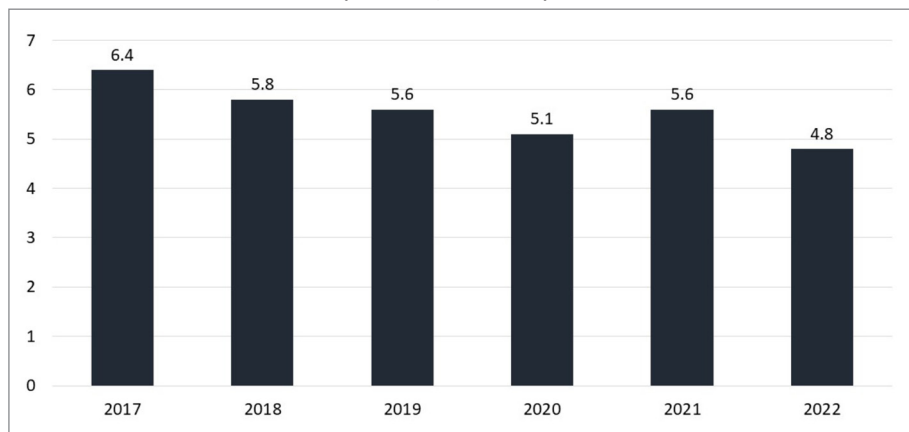
За периода 2017-2020 г. детската смъртност в България намалява от 6.4 до 5.1 на 1000 живородени (Фигура 3.16). Въпреки това през 2020 г. страната е на предпоследно място (преди Румъния) по този показател спрямо останалите държави членки на ЕС (OECD, 2023). През 2022 г. отново е регистрирано понижение в показателя, като общо за периода 2017-2022 г. детската смъртност намалява с 25% и достига до най-ниското си равнище за последните десетилетия.

Най-високи нива на смъртност се наблюдават във възрастовата група между 1 и 4 години, като за разглеждания период броят на смъртните случаи намаляват. Значителни разлики в равнището на детската смъртност се регистрират по вид на населеното място, като в селата смъртните случаи сред децата са близо два пъти повече спрямо тези в градовете (вж. т. 3.2.6).

Заболяванията на сърдечно-съдовата и дихателната система и онкологичните заболявания са водещите причини за смърт в страната,

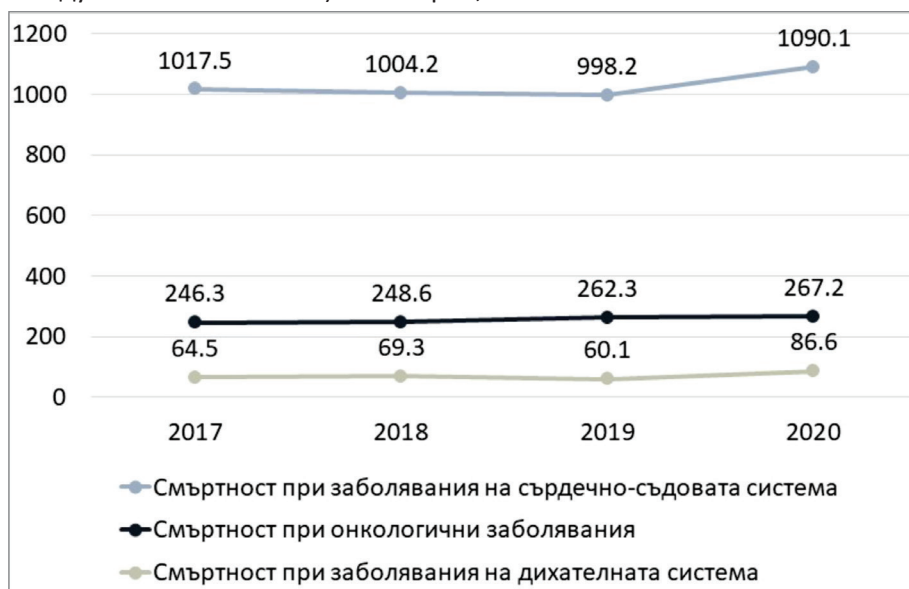
като всички бележат ръст между 2017-2020 г. (Фигура 3.17). Сърдечно-съдовите заболявания са основната причина за смъртността, като техният дял се повишава значително през 2020 г. Вследствие на пандемията от COVID-19, случаите на починали хора поради заболявания на дихателната система се увеличават 1.3 пъти през 2020 г.

Фигура 3.16. Детска смъртност (брой смъртни случаи на възраст до една година на 1 000 живородени) в България, 2017-2022 г.



Източник: НСИ, 2023

Фигура 3.17. Основни причини за смърт (брой смъртни случаи на 100 000 души от населението) в България, 2017-2020 г.



Източник: НСИ, 2023

Инвалидност

Преобладаващата част от хората с призната степен на инвалидност в България попадат в категорията между 50 и 70% степен на увреждане, като това се отнася и за децата (НЦОЗА, 2021). Най-малък е дялът на хората със степен на увреждане до 50%.

През 2020 г. сред лицата над 16-годишна възраст новообразуванията са водеща причина за трайно намалена работоспособност и степен на увреждане над 90%. Болестите на органите на кръвообращението са основен фактор за инвалидност в останалите групи, формирани според степента на увреждания (НЦОЗА, 2021).

По данни на НЦОЗА за 2020 г. вродените аномалии, деформации и хромозомни аберации са водеща причина за признаване на инвалидност над 90% при децата под 16 год., следвани от новообразуванията, болестите на нервната система, психичните и поведенчески разстройства. За уврежданията между 71 и 90% основни причини са психичните и поведенчески разстройства и болестите на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата. Болестите на дихателната система са преобладаващи в останалите две степени на инвалидност – между 50 и 70% и до 50% (НЦОЗА, 2021).

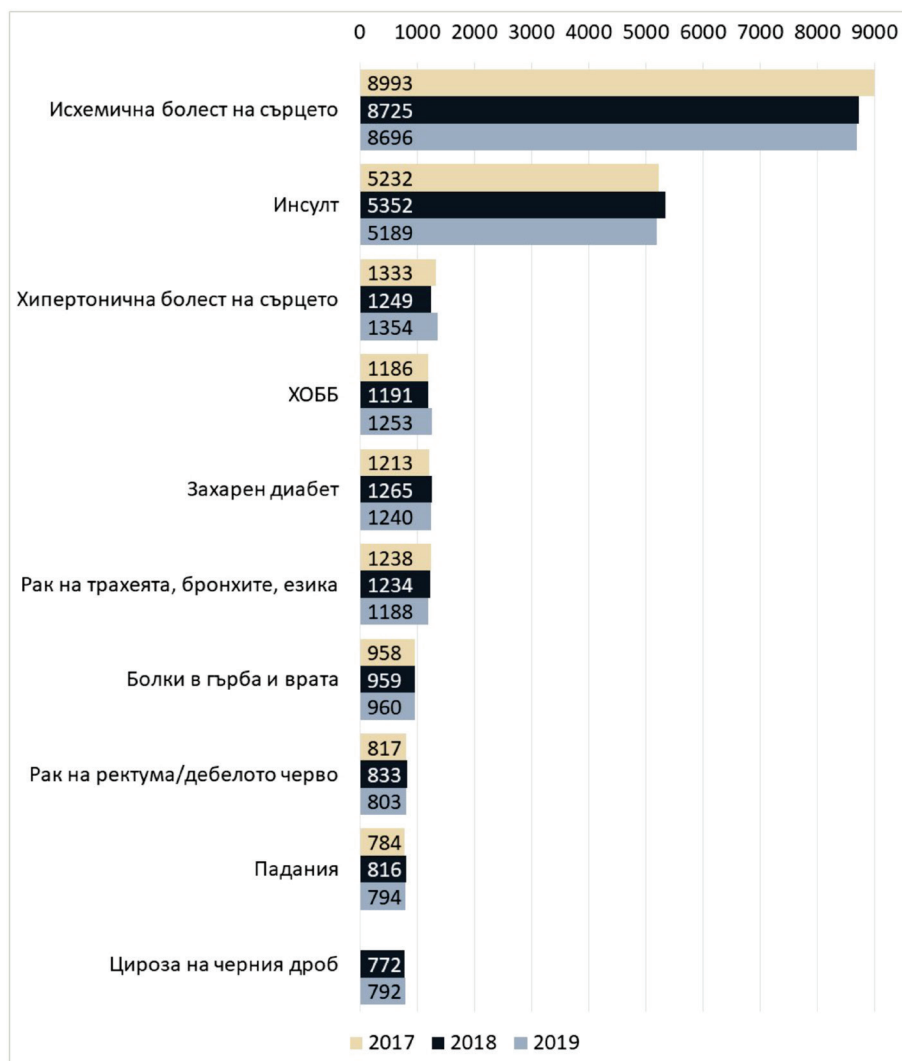
Броят на хората с призната трайно намалена работоспособност или степен на увреждане в страната към месец септември 2021 г.¹¹ е общо 654 547 по данни от националното статистическо преброяване през 2021 г., от които 3.4% са деца до 16-годишна възраст. Във възрастовата група над 16 год. преобладават лицата със степен на увреждане от 71 до 90% (35.6%) и между 50 и 70% (34.5%). При децата най-голяма е групата на тези с увреждания от 50 до 70 % (40.4%), следвана от тези между 71 до 90% (26.7%).

Загуба на години в добро здраве

Загубата на години в добро здраве на гражданите, измервана с показателя DALY (disability-adjusted life year), за периода 2017-2019 г. се дължи предимно на незаразните заболявания. Водещите причини за влошаване на здравето са сърдечно-съдовите заболявания – исхемична болест на сърцето и инсулт (Фигура 3.18). Болестите на дихателната система, на ендокринната система, разстройства на храненето и на обмяната на веществата и онкологичните заболявания също имат съществен принос за загубата на години поради влошено здраве. Освен незаразните болести, сред причините присъстват и някои инциденти като паданията.

¹¹ При обработката на данните в рамките на преброяването за необхванатите лица, добавени от административни източници, е използвана информация, предварително предоставена от НЕЛК.

Фигура 3.18. Загуба на години в добро здраве по основни причини (брой години на 100 000 души от населението) в България, 2017-2019 г.



Източник: World Health Organization, 2023

Самооценка на здравето

Гражданите дават преобладаващо положителна обща оценка за здравето си по данни от преброяването през 2021 г. (НСИ, 2022)¹². Като добро го определят 45.7%, а 26.4% като много добро. Под 5%

¹² Въпросите за здравния статус при преброяването са доброволни и данните са изчислени към общия брой на отговорилите лица, а не към цялото население.

от анкетираните оценяват здравето си състояние негативно – 3.8% го определят като лошо, а 0.8% като много лошо. Наблюдават се значителни различия при самооценката в зависимост от пола, възрастта и етническата принадлежност. Мъжете по-често от жените определят здравето си като много добро и добро – съответно 74.8% и 69.6%. С напредване на възрастта намалява делът на населението, което поставя положителна оценка на здравето си състояние и се увеличава броят на лицата, определящи го като задоволително, лошо и много лошо. Самоопределилите се като българи респонденти са по-негативни в оценката на здравето си в сравнение с останалите етнически групи. Представителите на ромската етническа група са най-позитивни в оценката си – 85.1% смятат, че здравето им е добро или много добро, 10% го намират за задоволително, а едва 3.3% го определят като лошо или много лошо.

Силно ограничение при извършване на обичайни дейности през последните шест и повече месеца, дължащо се на здравен проблем, посочват 2.6% от анкетираните. Различия в оценката на този показател се наблюдават в зависимост от възрастта и местоживеенето на респондентите. Напредването на възрастта оказва негативно влияние върху ограничението в ежедневните дейности – 8.8% от хората във възрастовата група 45-64 год. съобщават, че изпитват ограничения, а при хората над 65 год. делът им нараства на 19.8% (НСИ, 2022).

3.3.4. Детерминанти на здравето

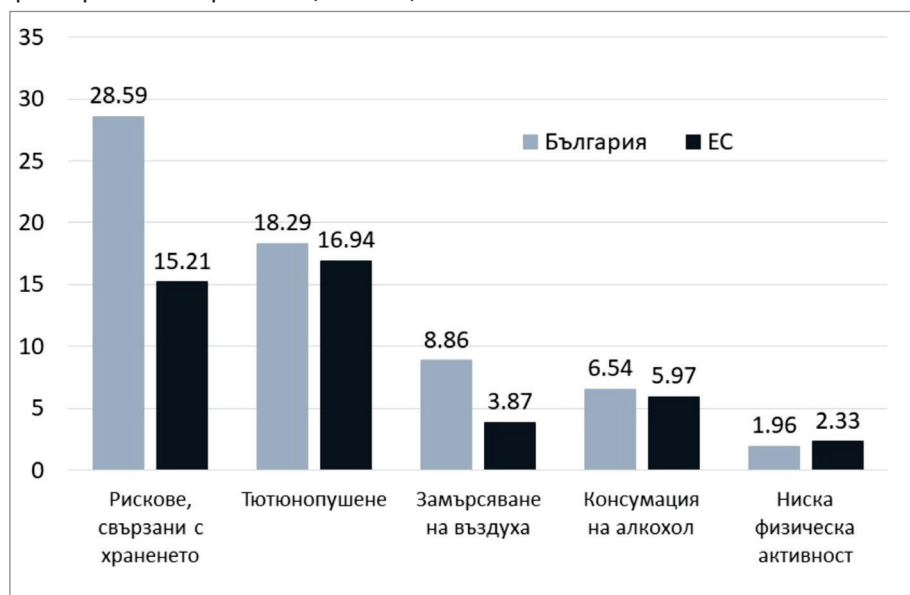
Светлана Панайотова

Здравето на индивидите и общностите се повлиява от комбинация от множество фактори – социалната и икономическата среда, физическото обкръжение и индивидуалните характеристики и поведение (World Health Organization, 2017). Водеща причина за смърт през 2019 г. в световен мащаб (над 73% от всички смъртни случаи) са незаразните хронични заболявания като сърдечно-съдови заболявания, диабет, хронични респираторни заболявания, психични разстройства, неврологични разстройства и онкологични заболявания (World Health Organization, 2020). В основата на повечето незаразни заболявания стоят често срещани, предотвратими рискови фактори, свързани с поведението и начина на живот – тютюнопушене, липса на физическа активност, нездравословна диета и вредна употреба на алкохол. Те водят до ключови метаболитни и физиологични промени като повишено кръвно налягане, наднормено тегло и затлъстяване, повишена кръвна захар и повишен холестерол (World Health Organization, 2022).

Редица фактори на жизнената среда (физико-химични и социално-икономически детерминанти) също имат непосредствено влияние върху здравето на населението – замърсяване на въздуха, трудови и пътни злополуки, професионална заболяемост и болестност, бедност и образователно равнище.

Почти половината от всички смъртни случаи в България през 2019 г. се дължат на поведенчески рискови фактори като нездравословно хранене, тютюнопушене, употреба на алкохол и ниска физическа активност. Факторите на околната среда също са причина за значителен брой смъртни случаи. Непълноценното хранене, включително ниската консумация на плодове и зеленчуци и високата консумация на захар и сол, имат водеща роля за 29% от всички смъртни случаи в страната през 2019 г. — с най-висок дял в ЕС. Тютюнопушенето е една от причините за приблизително 18% от всички смъртни случаи, докато около 7% се дължат на употребата на алкохол, а 2% — на ниските равнища на физическа активност. Само излагането на фини прахови частици (ФПЧ2,5) и озон е причина за приблизително 9% от всички смъртни случаи у нас през 2019 г. при средно 4% за ЕС (Фигура 3.19) (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2021).

Фигура 3.19. Дял на смъртните случаи, свързани с основните рискови фактори в България и ЕС, 2019 г., в %



Източник: IHME, 2019

Хранителни навици

По данни от проведеното през 2014 и 2019 г. Европейско здравно интервю (НСИ, 2014, 2019) в страната се наблюдава положителна тенденция към нарастване на консумацията на плодове и зеленчуци, но въпреки това консумацията на плодове се запазва на по-ниски стойности от средните за ЕС-27 (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2021). Нарасналият дял на българите, които ежедневно консумират зеленчуци, се доближава до средноевропейското равнище през 2019 г. (Eurostat, 2022) (Таблица 3.11).

Таблица 3.11. Дял от населението, което консумира плодове и зеленчуци ежедневно, 2014 и 2019 г., в %

	Ежедневна консумация на плодове		Ежедневна консумация на зеленчуци	
	2014	2019	2014	2019
България	35.4	39.5	38.4	48.6
ЕС-27	54.8	56.1	48.2	50.6

Източник: Eurostat, 2022

Данните от годишните доклади за състоянието на здравето на гражданите и изпълнението на Националната здравна стратегия (МЗ, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021) показват, че среднодневното потребление на плодове и зеленчуци за периода 2015-2020 г. се увеличава с известни колебания от 320 г до 420 г на лице, което съответства на препоръчителните нива за дневен прием от 400 г.

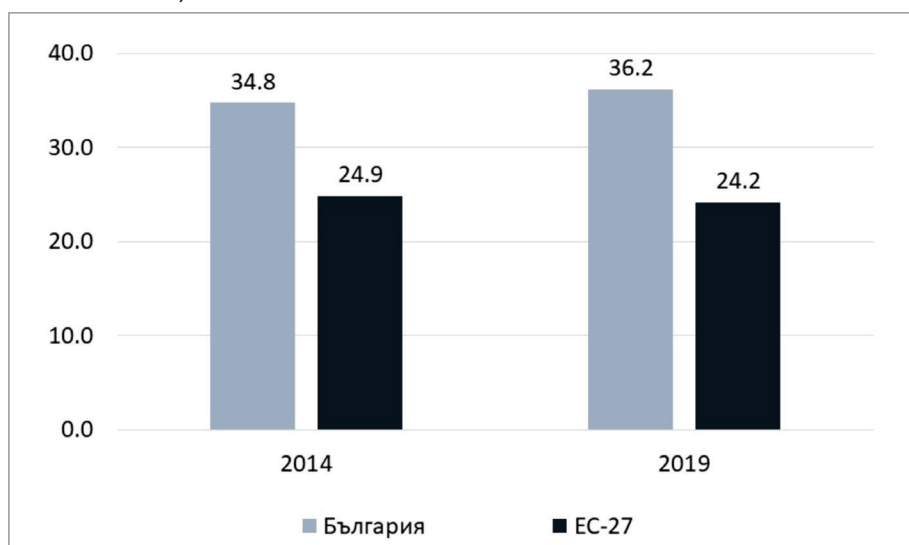
При национално проучване на факторите на риска за здравето сред населението в България, проведено през 2014 и 2019 г., е установено, че делът на възрастните, които доосяват храната, нараства от 62.3% на 68.9% (НЦОЗА, 2016, 2022а). Потреблението на готварска сол към 2020 г. е 10 г на лице на ден и макар че намалява спрямо 2011 г., се запазва трайно над препоръчаните нива от 5 г сол дневно (МЗ, 2021).

Според данните в годишните доклади за състоянието на здравето на гражданите и изпълнението на Националната здравна стратегия за периода 2015-2020 г. среднодневното потребление на захар в страната намалява от 19.1 г на 18.08 г на лице от домакинството. През периода 2011-2020 г. се наблюдава обща тенденция за намаление на употребата на захар на лице от домакинство, съответно от 8.1 кг годишно до 6.6 кг годишно (намаление с 18.5%) (МЗ, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021).

Тютюнопушене

Въпреки че напоследък България постига известен напредък по отношение на контрола, тютюнопушенето продължава да бъде основен проблем за общественото здраве. Равнището на тютюнопушене сред възрастните е най-високото в ЕС, като през 2019 г. почти всеки трети възрастен (29%) е пушил ежедневно (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2021). По данни на Евростат делът на пушачите в нашата страна е значително по-висок от средноевропейското равнище (24.2% за ЕС-27 при 36.2% за България през 2019 г.). Нещо повече – докато в страните от ЕС за периода 2014-2019 г. се наблюдава тенденция към намаляване на дела на употребяващите тютюневи изделия, в България делът на пушачите за този период нараства (Фигура 3.20) (Eurostat, 2022).

Фигура 3.20. Дял на населението, употребяващо тютюневи изделия, 2014 и 2019 г., в %



Източник: Eurostat, 2022

По данни от националното проучване на факторите на риска за здравето сред населението в България, проведено през 2020 г., над една трета от възрастното население в страната (39.4%) употребява различни видове тютюневи изделия (НЦОЗА, 2022а).

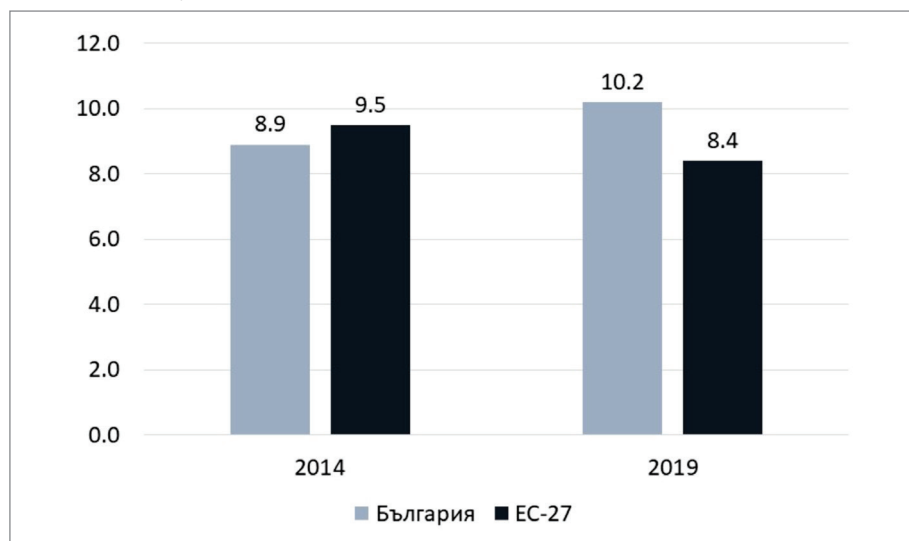
Тютюнопушенето сред юношите (32%) също е причина за сериозно безпокойство, особено сред момичетата — най-високият процент в ЕС (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2021).

Употреба на алкохол

Доклад на СЗО от 2019 г. показва, че най-високи нива на употребата на алкохол в световен план са измервани в европейския регион – средно 9.8 л на глава от населението. България заема една от първите позиции в Европа, отчитайки 11.4 л по този показател (World Health Organization. Regional Office for Europe, 2019; НЦОЗА, 2022а).

По данни на Евростат делът на населението в страните членки на ЕС, което ежедневно консумира алкохол намалява от 9.5% на 8.4% за периода 2014-2019 г. Същевременно нашата страна отбелязва значителен ръст на консумиращите ежедневно алкохол, които за 2019 г. са 10.2% от населението (Фигура 3.21) (Eurostat, 2022).

Фигура 3.21. Дял на населението, употребяващо алкохол ежедневно, 2014 и 2019 г., в %



Източник: Eurostat, 2022

Делът на лицата на възраст 15 год., които съобщават, че са злоупотребили с алкохол повече от веднъж в живота си, е сред най-високите в ЕС през 2018 г. – 30% в България в сравнение със средна стойност от 22% за ЕС (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2021).

Наднормено тегло и затлъстяване

При сравнение на резултатите от проведеното през 2014 г. и 2020 г. национално проучване на факторите на риска за здравето честотата

на наднормено тегло (свръхтегло и затлъстяване, ИТМ>25 кг/м²) сред населението намалява от 58.3% на 54.7% (НЦОЗА, 2016, 2022а). Представените в таблица 3.12 данни от Европейското здравно интервю, проведено през 2014 г. и 2019 г., показват спад в общия дял на лицата с ИТМ над 25 кг/м² от 54% на 53,4% (НСИ, 2014, 2019).

Таблица 3.12. Разпределение на лицата на 18 и повече год. по ИТМ, 2014 и 2019 г.

Индекс на телесна маса	2014 г.	2019 г.
Тегло под нормалното (под 18.5) (в %)	2.2	2.5
Нормално тегло (18.5-24.99) (в %)	43.8	44.1
Наднормено тегло (25.00-29.99) (в %)	39.2	40.1
Затлъстяване (30.00+) (в %)	14.8	13.3

Източник: НСИ, 2014, 2019

От друга страна, данните на Евростат за България за същия период (2014-2019 г.) показват нарастване на дела на населението с наднормено тегло (свръхтегло и затлъстяване, ИТМ>25 кг/м²). Подобна негативна тенденция се наблюдава и в европейските страни, но нивата у нас се запазват по-високи (Eurostat, 2022).

Равнището на затлъстяване (ИТМ>30 кг/м²) при децата в България (19%) е сходно със средното за ЕС през 2018 г., докато равнището на затлъстяване при възрастните – 13% през 2019 г. – е на трето място от най-ниските равнища сред държавите от ЕС и е значително под средното за ЕС от 16% (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2021).

Физическа активност

Като недостатъчни нива СЗО определя извършването на по-малко от 150 мин физическа активност с умерена интензивност или по-малко от 75 мин физическа активност с висока интензивност на седмица (за възрастова група от 18 до 64 год.) (WHO, 2020b). По данни от националните проучвания на факторите на риска за здравето от 2014 и 2020 г. делът на лицата с недостатъчна физическа активност намалява от 75.3% на 61.3% от населението (Таблица 3.13) (МЗ, 2016, 2021; НЦОЗА, 2016, 2022а).

Физическата активност сред възрастните у нас е ниска, като едва 58% от тях упражняват поне умерена физическа активност всяка седмица, което е под средното равнище за ЕС от 64%. Положителен е фактът, че българските юноши са най-активни физически сред юношите от

държавите от ЕС, като през 2018 г. всеки пети съобщава за поне умерена физическа активност всеки ден (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2021).

Таблица 3.13. Дял на лицата на 20 и повече год., практикуващи физически упражнения и спорт, 2014 и 2020 г., в %

Честота	2014	2020
Ежедневно	8.3	11.3
4-6 пъти седмично	4.5	7.3
2-3 пъти седмично	11.8	20.1
Веднъж седмично	7.6	15.0
2-3 пъти месечно	10.4	11.3
По рядко/никога	41.3	29.0
Не, поради заболяване	16.0	6.0

Източник: НЦОЗА, 2016, 2022а

Замърсяване на въздуха

Прахът е основен замърсител на атмосферния въздух. Фините прахови частици (под 10 μm – ФПЧ10, и под 2.5 μm – ФПЧ2.5) са замърсителите на въздуха с най-голямо въздействие върху здравето по отношение на преждевременна смърт и заболяванията (Европейската агенция за околна среда, 2022).

Според МЗ (2021) резултатите от мониторинга на качеството на атмосферния въздух за 2020 г. показват редуциране на експозицията с фини прахови частици в страната в сравнение с данните за предходните 2019 и 2018 г. Въпреки това, в голяма част от населените места с контролирано качество на атмосферния въздух продължават да се регистрират превишения на средноденонощната норма за ФПЧ10 в дните през отоплителния период (МЗ, 2021).

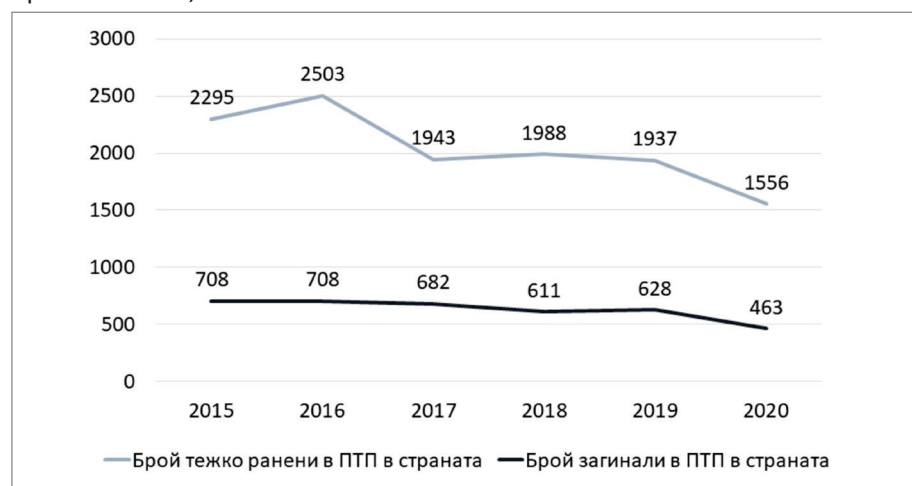
Данни от Евростат показват, че през последните няколко години се наблюдава спад в средногодишното количество на ФПЧ10 във въздуха на глава от населението у нас и нивата се доближават до средноевропейските (Eurostat, 2022). Средногодишните количества на ФПЧ2.5 във въздуха през периода 2014–2019 г. се запазват сравнително постоянни както за ЕС, така и за България, като за нашата страна стойностите са по-ниски от средноевропейските (Eurostat, 2022).

Други показатели

По данни от 2018 г. пътнотранспортните и другите видове произшествия в България са причина за 15% от смъртните случаи, предотвратими с добра профилактика (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2021).

Анализът на данните от ежегодния анализ на пътнотранспортните произшествия в България (МВР, НСИ, 2021) показва тенденция към намаление на броя на тежко ранените и загиналите в страната за периода 2016-2020 г. (Фигура 3.22). Значителният спад през 2020 г. до голяма степен се дължи на въздействието на ограничителните мерки при пандемията от COVID-19 върху пътния транспорт.

Фигура 3.22. Брой пострадали и загинали при пътнотранспортни произшествия, 2015-2020 г.



Източник: МВР, НСИ, 2021

Данни от годишните доклади за състоянието на здравето на гражданите за периода 2015-2020 г. показват неустойчива тенденция към намаление на общия брой трудови злополуки в страната и на смъртните случаи при трудови злополуки. Анализът на данните за броя на откритите досиета за професионални болести и броя на болели лица със съмнение за професионално заболяване също не може да се потвърди устойчива благоприятна тенденция към намаление на професионалната заболяемост и болестност (МЗ, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021).

Съгласно данните от НСИ (2022) делът на населението, живеещо под линията на бедност у нас, през последните години се запазва около 23%.

Наблюдава се спад в дела на българите, които живеят в риск от бедност или социално изключване, но въпреки положителната тенденция, нивата остават значително по-високи от средните за ЕС-27 (Таблица 3.14).

При анализ на данните от НСИ (2021) за образователната структура на населението за последните години се наблюдава положителна тенденция към намаляване на дела на хората с основно и по-ниско образование и увеличаване на дела на придобилите висше образование. Сравнение на данните за 2020 г. за България с тези на останалите европейски страни, показва, че процентът на нискообразованите у нас е значително по-нисък от средния за ЕС-27. Тенденцията към увеличаване на дела на хората с висше образование ни доближава до средноевропейското равнище (Таблица 3.14).

Таблица 3.14. Бедност, риск от бедност и образователно равнище в България, 2015-2020 г. и сравнени с данните за ЕС за 2020 г.

Показател	2015	2016	2017	2018	2019	2020	ЕС-27 (2020)
Дял на бедните (в %)	22.0	22.9	23.4	22.0	22.6	23.8	n/a
Население в риск от бедност или социално изключване (в %)*	41.3	40.4	38.0	33.2	33.2	33.6	21.9
Дял на населението на възраст 25-64 год. с основно и по-ниско образование (в %)	18.1	17.7	17.2	17.4	17.5	16.9	21.0
Дял на населението на възраст 25-64 год. с висше образование (в %)	27.5	27.7	27.8	28.2	28.1	29.2	32.8

Забележка: *Индикаторът включва три показателя: риск от бедност, нисък интензитет на икономическа активност и материални и социални лишения.

Източници: НСИ (2022); НСИ (2021); Eurostat (2022)

Широкият кръг от фактори, които играят ролята на детерминанти на здравето, изисква интегрирани публични политики за постигане на положителни резултати в здравния статус на населението. Необходимо е междусекторно сътрудничество с цел промяна в поведенческите модели към здравословен начин на живот, осигуряване на здравословна околна среда и защита от замърсяване, гарантиране на безопасни и здравословни условия на труд, предотвратяване на транспортни произшествия, подобряване на социално-икономическия статус и образователното равнище на населението.

Междусекторният подход към здравето е необходимо да бъде приложен в различните национални стратегически документи, за да бъдат постигнати значими и устойчиви резултати.

3.3.5. Чувствителност

Николай Михайлов

В настоящата част са представени резултатите от изследването на измерението „чувствителност“ от концептуалната рамка за оценка на функционирането на здравната система в България, осъществено въз основа на инструмента, представен в т. 2.2.5. Докладвани са най-важните характеристики на елементите от въпросника (променливи, въпроси). Представени са демографските характеристики на извадката, както и резултатите за нивата на всеки елемент и заключения за статистическата значимост на разликите. Изчислена е относителната важност на всеки елемент от чувствителността за българските пациенти. Изведени са формални оценки на потенциала за подобряване чрез комбиниране на оценката с важността на всеки елемент. Представени са различия в нивата на елементите по демографски групи и групи пациенти. Направени са сравнения с установени тенденции от предишни изследвания.

Национално проучване на опита на пациентите със здравната система в България

Създаденият и апробиран инструмент за измерване на чувствителността е използван в изследването на нагласите, възприятията и опита на пациентите относно функционирането на здравната система в България. Изследването е проведено от социологическа агенция въз основа на заявка и инструменти (въпросник) от научния екип. Проучването обхваща национално представителна извадка от 800 респонденти, пребиваващи на територията на Република България. Извадката е конструирана квотно така, че да съответства на структурата на населението по пол, възраст и етническа принадлежност според актуалните данни на Националния статистически институт. Важно ограничение на извадката и анализите е горната възрастова граница на участващите – 65 години. Проучването е проведено с помощта на онлайн въпросник. Статистическата обработка на данните е осъществена от научния екип.

Извадката от респонденти, по която са направени анализите на чувствителността, има допълнителни ограничения. Сред респондентите се идентифицира група (n=127), която не е използвала здравни услуги в последните 12 месеца. Предвид фокуса на въпросите към опит със здравната система в последните 12 месеца, тази група е изключена от повечето анализи на чувствителността. Направени са статистически анализи за сравнение на двете подизвадки, които показват, че между ползвалите и неползвалите здравни услуги в последните 12 месеца няма статистически значими разлики по възраст и по доход на домакинството.

Установяват се значими разлики по пол (мъжете по-рядко са използвали здравни услуги), по образование (респондентите с по-ниско образование по-рядко са използвали здравни услуги), като са установени тенденции хората с по-ниско образование да оценяват по-високо някои елементи на чувствителността (Tille et al., 2019); по етнос (ромската група по-често не е използвала здравни услуги), като няма изследвания за специфични тенденции при възприятията на чувствителността; по населено място (хората от селата по-малко използват здравни услуги), като в някои изследвания оценката на чувствителността е по-висока в малките населени места (Tille et al., 2019); и по здравен статус (хората с по-добро здраве по-рядко са използвали здравни услуги), като има данни за слаба тенденция по-здравите да дават по-висока оценка на чувствителността (Tille et al., 2019). Описаните различия между подизвадката от ползвали здравни услуги (n=673) и неползващите (n=127) създават предпоставки по-скоро за занижаване на оценката на чувствителността. Трудно е да се определи размерът на отклонението, предвид че предишните изследвания показват големи вариации на ефектите между страните и по елементите на чувствителността.

Наличието на горно ограничение на възрастта от 65 години на включените в националната извадка създава ограничения и относно заключенията от анализа. От предишни международни и национални изследвания на чувствителността е установена тенденция по-възрастните респонденти да дават по-високи оценки на чувствителността на здравната система (Coulter and Jenkinson, 2005; Tille et al., 2019; Valentine et al., 2008). Разликите не са еднакви по страни и по елементи на чувствителността; за България няма предишни изследвания с такъв фокус. Може предпазливо да се твърди, че извадката в настоящето изследване, изключваща пациенти над 65-годишна възраст, създава предпоставка за по-нисък (подценен) резултат за чувствителността от една напълно представителна извадка.

В таблица 3.15 са представени демографските характеристики на респондентите, използвали здравни услуги през последната една година. Структурата на извадката отразява демографската структура на населението на България, с разликите, описани по-горе в разпределението по пол, образование, населено място и етнос. Профилът на декларираните доходи на домакинството отразява по изключение по-висок дял нежелаещи да отговорят (15.3%). Останалите характеристики са докладвани от всички респонденти. Важни променливи за разбиране на профила на извадката са самооценката на здравното състояние и здравноосигурителния статус.

Таблица 3.15. Демографски характеристики на извадката

	Брой респонденти	Относителен дял (%)*
Възраст		
18-29 год.	152	22.6
30-39 год.	155	23.0
40-49 год.	136	20.2
50-65 год.	230	34.2
Пол		
Мъже	301	44.7
Жени	372	55.3
Образование		
Основно и по-ниско	30	4.5
Средно	188	27.9
Полувисше	34	5.1
Висше	421	62.6
Населено място		
София	124	18.4
Град над 100 хил. души	124	18.4
Град 50-100 хил. души	80	11.9
Град 25-50 хил. души	66	9.8
Град под 25 хил. души	128	19.0
Село	151	22.4
Етническа принадлежност		
Българска	592	88.0
Турска	57	8.5
Ромска	22	3.3
Друга	2	0.3
Месечен доход на домакинството		
Под 650 лв.	40	7.0
От 651 до 1000 лв.	113	19.8
От 1001 до 1500 лв.	126	22.1
От 1501 до 2000 лв.	115	20.2
Над 2000 лв.	176	30.9

Здравно състояние (самооценка)		
Много добро	155	23.0
Добро	342	50.8
Задоволително	137	20.4
Лошо	35	5.2
Много лошо	4	0.6
Здравноосигурителен статус		
Здравноосигурени	629	93.5
С прекъсвания в здравното осигуряване	28	4.2
Неосигурени	16	2.4

Забележка: *От всички валидни отговори; п „ползвали здравни услуги през последната една година“ = 673.

Първоначална оценка на прилагането на инструмента

В националното проучване е използван инструмент с 32 (от общо 43) мерки за чувствителността. Ограничаването на първоначалния дизайн е необходимо поради спецификите на проучване по време на активна вълна на пандемията от COVID-19. От елементите на чувствителността най-съкратен е „Социална подкрепа“ поради строгите ограничения на комуникацията с пациенти в болница.

В таблица 3.16 са представени ключови свойства на използваните в проучването променливи: процент липсващи отговори, средна стойност (mean), доверителен интервал и стандартно отклонение на средната, дялове на респондентите с крайни ниски (1 – „никога“) и крайни високи (4 – „винаги“) стойности по всяка променлива, както и елемент, към който принадлежи съответният въпрос. Елементите са представени с първите букви на наименованията си (Достойнство (Д), Автономност (А), Конфиденциалност (К), Яснота на здравната комуникация (ЯЗК), Избор на здравни услуги (И), Бързо отзоваване (БО), Социална подкрепа (СП) и Материални удобства (МУ)). Всички елементи, с изключение на „Материални удобства“, имат мерки със структура на отговорите от 1 до 4 („никога“ (1), „рядко“ (2), „често“ (3), „винаги“ (4)). Елементът „Материални удобства“ се точкува от 1 до 5 („много лоша“ (1), „лоша“ (2), „средна“ (3), „добра“ (4), „много добра“ (5)). Броят на респондентите от подизващата пациенти, използвали болнични услуги, е 279.

Таблица 3.16. Свойства на елементите (въпросите) от инструмента за чувствителността

Въпрос	Липсващи (%)	Средна	95% CI	Стандартно отклонение	Крайни ниски (%)	Крайни високи (%)	Елемент
Лекарите и сестрите се отнасяха към мен с уважение.	18.4	3.13	3.06-3.20	0.80	3.6	35.5	Д
Административните служители в лечебните заведения се отнасяха към мен с уважение.	23.5	3.02	2.95-3.09	0.82	3.7	30.9	Д
Прегледите и медицинските процедури протичаха в уединение и със зачитане на достойнството ми.	18.9	3.29	3.23-3.36	0.79	2.7	47.3	Д
Лекарите се отнасяха с внимание към мен и здравния ми проблем.	16.8	3.22	3.16-3.28	0.78	1.8	42.0	Д
Можех да споделям свободното си мнение с медицинските специалисти.	18.3	3.17	3.09-3.24	0.86	4.4	42.4	Д
Лекарите и сестрите ме включваха във взимането на решенията относно необходимите ми прегледи и лечение.	22.3	2.50	2.42-2.59	0.98	17.4	18.4	А
Лекарите внимателно обясняваха съдържанието на информираното съгласие преди да го подпиша.	27.0	2.53	2.43-2.62	1.05	20.0	22.2	А
Получавах достатъчно информация от лекарите за различни варианти на диагностика и лечение.	22.3	2.71	2.63-2.79	0.93	10.1	22.9	А
Лекарите ми даваха възможност да избирам желания от мен вариант за диагностика или лечение.	22.0	2.52	2.44-2.61	0.98	16.4	18.9	А

Лекарите и сестрите осигуряваха условия да споделям насаме информация за здравето си.	20.4	3.06	2.98-3.14	0.91	6.2	38.4	К
Медицинските специалисти споделяха информацията за моето здраве с други хора без мое съгласие.*	21.8	3.50	3.43-3.57	0.72	4.0	69.2	К
Медицинските специалисти ми даваха информация по разбираем за мен начин.	16.6	3.18	3.11-3.25	0.79	2.9	38.5	ЯЗК
Административният персонал ми даваше ясна информация.	22.1	2.95	2.88-3.02	0.85	4.8	28.6	ЯЗК
Медицинските специалисти ми даваха време и възможност да задавам въпроси.	18.3	2.95	2.88-3.02	0.85	4.0	29.5	ЯЗК
Беше ми предоставена достатъчно информация за правата ми като пациент.	19.0	2.58	2.49-2.67	1.03	17.4	23.7	ЯЗК
Получавах ясни насоки как да се грижа за здравето си във връзка със състоянието ми.	17.5	3.05	2.98-3.12	0.84	4.1	33.9	ЯЗК
Беше ми предоставена ясна информация за възможните рискове при лечението ми.	20.1	2.83	2.76-2.91	0.92	7.8	27.5	ЯЗК
Медицинските специалисти ми даваха осъждна информация за моето състояние.*	20.8	2.90	2.82-2.98	0.91	7.1	29.6	ЯЗК
Имах възможност да избирам лекаря, при който да отида за преглед или лечение.	19.9	3.03	2.95-3.11	0.95	8.0	38.4	И

Имах възможност да получавам второ мнение за състоянието си от друг специалист, когато поискам.	24.5	2.55	2.45-2.64	1.08	20.5	25.2	И
Имах възможност за избор измежду лечебни заведения.	29.1	2.86	2.76-2.95	1.02	11.1	34.4	И
Налагаше се да чакам твърде дълго до насрочената дата за преглед, изследване, процедура.*	19.2	2.95	2.88-3.02	0.82	3.5	27.2	БО
Времето за чакане пред кабинета на лекаря беше твърде дълго.*	14.6	2.55	2.48-2.62	0.85	11.7	11.7	БО
Получавах необходимите ми медицински документи бързо и лесно.	15.9	3.04	2.97-3.11	0.84	3.9	33.2	БО
При лечение в болница, когато имах нужда от нещо, получавах навременен отговор и помощ.**	14.7	2.74	2.63-2.86	0.90	8.4	22.3	БО
При лечение в болница, бях удовлетворен/а от осигурения ми достъп до телевизия, преса, интернет.**	16.8	2.56	2.44-2.69	1.00	16.8	20.7	СП
Чистотата на помещенията.**	2.9	3.55	3.42-3.68	1.08	4.4	21.8	МУ
Наличието на достатъчно пространство за пациентите в болничните стаи, чакалните.**	5.0	3.17	3.03-3.30	1.12	7.9	11.7	МУ
Наличието на адекватно обзавеждане в помещенията.**	4.3	3.14	3.01-3.28	1.13	7.9	12.0	МУ
Чистотата и удобството на тоалетните и баните.**	6.5	2.89	2.74-3.04	1.24	16.1	11.9	МУ

Качеството на леглата и завивките в болницата.**	11.8	2.91	2.76-3.06	1.19	12.6	11.0	МУ
Качеството на храната в болницата.**	16.1	2.52	2.37-2.67	2.48	23.1	4.3	МУ

Забележки: *Въпрос с обратно точкуване. **n=279 ("ползвал/а услугите на болнично заведение през последната една година"); CI – доверителен интервал.

Таблицата показва приемливи стойности за свойствата на мерките. Известно завишение се наблюдава при липсващите отговори по някои мерки, където 20% се счита за приемлива граница средно в рамките на елемента (van der Kooy et al., 2014). В единственото международно изследване на чувствителността на здравната система с участието на България от 2000 г. липсващите отговори са 69% за първоначални и 88% за ефективните контакти с респондентите (Valentine et al., 2008). Ефектите на „тавана“, представени чрез дела крайни високи оценки, са приемливи, когато не са във всички мерки от даден елемент (Valentine et al., 2008). Известен ефект на „тавана“ вероятно се наблюдава при „Конфиденциалност“.

Резултати от проучването на чувствителността

Събраните чрез въпросника за чувствителността данни са обработени и агрегирани според общите препоръки на Valentine и кол. (2003). Както е посочено в т. 2.2.5, първо са агрегирани като средни стойности резултатите от мерките за всеки елемент при индивидуалния респондент (стойност на елемента за индивидуалния респондент), след което се агрегират като средна стойност резултатите по елементи от всички респонденти (стойност на елемента за извадката). В таблица 3.17 са представени резултатите.

Таблица 3.17. Стойности на елементите от чувствителността на здравната система

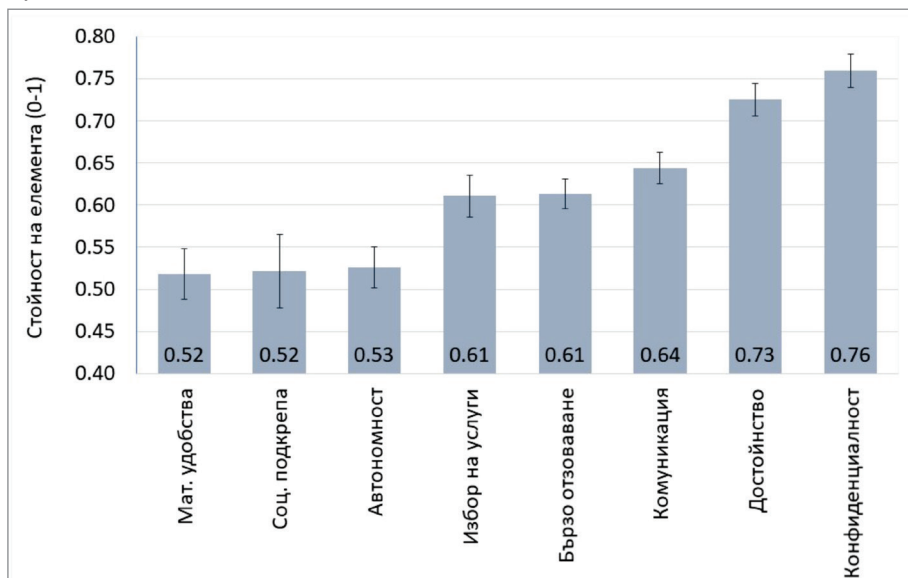
Елемент	Средна стойност	95% CI	Стандартно отклонение	Трансф. стойност (0-1)	95% CI (0-1)	Стандартно отклонение (0-1)
Зачитане на достойнството	3.18	3.12–3.23	0.70	0.73	0.71–0.74	0.23
Зачитане на автономността	2.58	2.51–2.65	0.87	0.53	0.50–0.55	0.29
Конфиденциалност	3.28	3.22–3.34	0.69	0.76	0.74–0.78	0.23
Яснота на здравната комуникация	2.93	2.87–2.99	0.69	0.64	0.63–0.66	0.23
Избор на здравни услуги	2.83	2.76–2.90	0.90	0.61	0.59–0.64	0.30

Бързо отзоваване	2.82	2.77–2.87	0.65	0.61	0.60–0.63	0.21
Възможности за социална подкрепа	2.56	2.44–2.69	1.00	0.52	0.48–0.56	0.33
Материални удобства	3.07	2.95–3.19	1.00	0.52	0.49–0.55	0.25

Прегледът на таблицата показва оценката на пациентите за осемте елемента на чувствителността на здравната система в България. За по-лесно сравнение и разбиране всички средни стойности са трансформирани в скала 0-1. Посочени са и доверителни интервали, за да се направи първоначална преценка доколко стойностите са достоверно различаващи се. Повечето стойности на елементите имат малък коефициент на асиметрия (-0.23–0.03). Изключение правят „Зачитане на достойнството“ и „Конфиденциалност“ (по -0.66, в рамките на допустимото), което подсказва висока честота на описваните в мерките поведения.

Подреждането на елементите по стойности е представено на фигура 3.23; отбелязани са и доверителните интервали на средните стойности. Най-висока стойност има конфиденциалността, като много близък до нея е елементът „Зачитане на достойнството на пациента“. Направени са статистически тестове за проверка на разликите между свързани извадки (paired samples tests). Непараметричният тест на Wilcoxon показва статистически значима разлика между стойностите на „Конфиденциалност“ (M=0.76, SD=0.23) и „Зачитане на достойнството“ (M=0.73, SD=0.23), W=61544, p<0.001. Значима е и разликата между „Зачитане на достойнството“ (M=0.73, SD=0.23) и „Яснота на комуникацията“ (M=0.64, SD=0.23), W=97980, p<0.001. Подобно, значима е разликата между „Яснота на комуникацията“ (M=0.64, SD=0.23) и „Бързо отзоваване“ (M=0.61, SD=0.21), W=81106, p<0.001. Разликата между „Бързо отзоваване“ и „Избор на здравни услуги“ не е статистически значима (W=81106, p=0.910). Разликата между „Избор на здравни услуги“ (M=0.61, SD=0.30) и „Зачитане на автономността“ (M=0.53, SD=0.29) е значима (W=66151, p<0.001). Разликите между „Зачитане на автономността“, „Социална подкрепа“ и „Материални удобства“ не са статистически значими. Можем да отличим три групи елементи по ниво на чувствителността. Има два елемента с отчетливо предимство пред останалите. Следващата средна група от три елемента имат близки стойности: „Яснота на здравната комуникация“, „Бързо отзоваване“ и „Избор на здравни услуги“. Третата група елементи с най-ниски стойности се състои от „Автономност“, „Възможности за социална подкрепа“ и „Материални удобства“.

Фигура 3.23. Сравнение на стойностите на елементите от чувствителността



Относителна важност на елементите на чувствителността

Изследването обхваща и въпроса кои от елементите на чувствителността са по-важни и значими за пациентите, съответно имат по-силно влияние върху благополучието на индивида и легитимността на здравната система. Данните са получени чрез един въпрос, с който от респондентите се изисква да подредят по важност изредени „характеристики на медицинската помощ“, като посочват позиция от 1 (най-важна) до 8 (най-маловажна). Елементите са описани кратко и на достъпен език. В таблица 3.18 са представени резултатите като дялове на респондентите, посочвали елемента на съответното място. Този въпрос обхваща всички респонденти (n=800), не само ползващите здравни услуги в последната година.

Таблица 3.18. Дялове на респондентите, посочили елементите по място от първо до осмо по важност

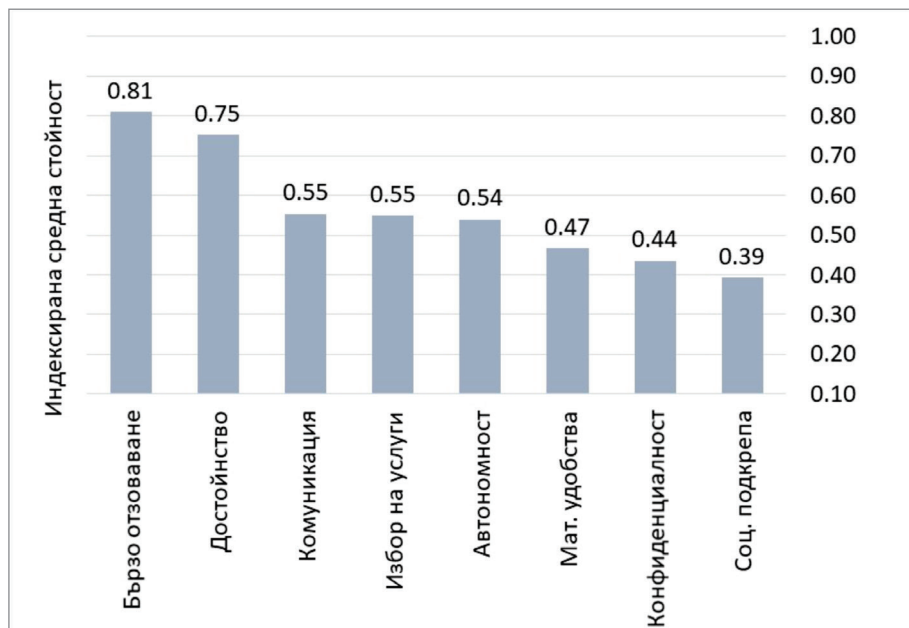
Елемент \ Място	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	6 (%)	7 (%)	8 (%)
Зачитане на достойнството	31.0	20.8	14.0	12.5	8.1	6.5	3.3	3.9
Зачитане на автономността	6.9	11.1	14.8	13.9	15.1	15.1	12.0	11.1
Конфиденциалност	4.6	9.5	9.1	10.0	9.3	13.8	18.0	25.8

Яснота на здравната комуникация	6.9	12.3	15.0	16.3	16.9	10.4	9.5	12.9
Избор на здравни услуги	7.3	11.6	15.8	14.5	13.6	13.3	14.4	9.6
Бързо отзоваване	39.9	22.1	12.3	12.0	5.5	4.1	2.6	1.5
Възможности за социална подкрепа	1.5	5.3	7.4	6.3	16.4	19.8	22.0	21.5
Материални удобства	2.0	7.4	11.8	14.6	15.1	17.1	18.3	13.8

На първо място най-често е посочвано бързото отзоваване при възникнали потребности от медицинска помощ – за 39.9% от респондентите това е най-важният аспект на чувствителността. Зачитането на достойнството на пациента е посочено като най-важно от 31% – също значителен дял пациенти. Останалите елементи много по-рядко биват посочени на първо място. От друга страна, най-често като най-малко важен аспект на чувствителността е посочвана конфиденциалността – 25.8% от респондентите преценяват така. Възможностите за социална подкрепа също са оценени като най-маловажни от значителен дял респонденти – 21.5%.

За да се формализира подреждането на елементите по важност, е направено калкулиране на индексирана средна стойност на важността. При този метод се използват коефициенти на претегляне, съответстващи на всяка от степените на важност (в случая 8). За да се получи индексираната средна, се умножава делът на респондентите, посочили позицията на даден елемент (първа, втора и т.н.) по коефициента за тази позиция. Първата позиция получава коефициент 1 (8/8), втората 0.88 (7/8), третата 0.75 (6/8) и така до осмата, която получава 0.13 (1/8). След това се сумират всички произведения в рамките на елемента. Например за „Зачитане на достойнството“ претеглената средна се получава като сума от 0,31x1 (дял, посочили първо място по тегло на първото място) плюс 0,21x0,88 (дял, посочили второ място по тегло на второто място) и така до 0,04x0,13 (дял, посочили осмо място по тегло на осмото място). По този начин се отчита разпределението по важност във всички позиции и може да се сравнят всички елементи по относителна важност. Колкото по-висока е средната претеглена стойност, толкова по-важен е елементът, като в случая стойността може да варира от 1 (ако 100% от респондентите са посочили елемента на първо място) до 0,13 (ако 100% са посочили елемента на осмо място). На фигура 3.24 са представени резултатите от подреждането на елементите по индексирана средна стойност.

Фигура 3.24. Подредба на елементите от чувствителността по важност за пациентите



„Бързото отзоваване“ отново е най-значим аспект, следван от „Зачитането на достойнството“. Следващите три аспекта са с близки стойности: „Яснота на здравната комуникация“, „Избор на здравни услуги“ и „Зачитане на автономността на пациента“. „Материалните удобства“, „Конфиденциалността“ и „Възможностите за социална подкрепа“ са с най-ниска важност. Тук е необходимо да се отбележи, че последният по значимост елемент е оценяван в условията на пандемични ограничения на достъпа до болниците и възприятията на пациентите може да са различни в други условия.

Приоритетите на българските пациенти съвпадат до голяма степен с общите тенденции, установени в изследването на относителната важност на елементите на чувствителността в 65 държави (част от изследването на чувствителността MCSS на СЗО от 2000 г.). Обобщеното ранжиране в изследването на СЗО е както следва: „Бързо отзоваване“ (на първо място), „Зачитане на достойнството“, „Яснота на здравната комуникация“, „Конфиденциалност“, „Избор на здравни услуги“, „Зачитане на автономността“, „Материални удобства“ и „Възможности за социална подкрепа“ (Valentine et al., 2008; Valentine and Salomon, 2003). Подредбата на елементите от българските респонденти повтаря точно ранжирането от международното изследване с изключение

на мястото на конфиденциалността. Донякъде изненадващо, тук тя е на предпоследно място по важност. Малкото международни изследвания на чувствителността и големите вариации по държави и елементи правят трудно формулирането на обяснителни хипотези за относителната важност на елементите. Valentine и Salomon (2003) откриват две зависимости между социално-икономическото развитие и предпочитанията на пациентите: негативна корелация между БВП и здравни разходи на глава от населението (две променливи) и важността на материалните удобства и позитивна корелация между същите две променливи и важността на автономността. Обяснението е, че в страни с добре осигурени здравни системи удобствата са даденост и пациентите не са чувствителни към елемента. За България този елемент е малко по-важен от средното в международното изследване MCSS. Колкото до автономността, хипотезата е, че автономността е по-важна в общества с по-високо равнище на образование.

Сравнението между важности и оценка на елементите може да даде насоки за подобряване на чувствителността на здравната система. Потенциалът за подобрене може да бъде формално определен, като се умножи дефицитът по важността (Schäfer et al., 2015) – в случая недостигащата до единица (най-висока) стойност от оценката да се умножи по индексирания средна стойност на важността за всеки елемент. По този начин се получава коефициент, който отразява едновременно важността и недостига на определен елемент за българските пациенти. В таблица 3.19 са показани тези производни.

Таблица 3.19. Важност, оценка и коефициент за подобрене на елементите на чувствителността

Елемент	Важност	Оценка	Недостиг	Коефициент на подобрене
Бързо отзоваване	0.81	0.61	0.39	0.32
Зачитане на достойнството	0.75	0.73	0.27	0.20
Яснота на здравната комуникация	0.55	0.64	0.36	0.20
Избор на здравни услуги	0.55	0.61	0.39	0.21
Зачитане на автономността	0.54	0.53	0.47	0.25
Материални удобства	0.47	0.52	0.48	0.22
Конфиденциалност	0.44	0.76	0.24	0.10
Възможности за социална подкрепа	0.39	0.52	0.48	0.19

От условните единици на коефициентите на подобрене е видно, че най-голям потенциал за подобрене има елементът „Бързо отзоваване“. Българските пациенти ценят високо бързото оказване на медицинска помощ, като същевременно системата към момента не успява да отговори на това очакване. Следващият елемент по потенциал е зачитането на автономността. Няколко други елементи следват с близък потенциал между 0.19 и 0.22. С най-малко потенциал за подобрене е конфиденциалността.

Различия в чувствителността на здравната система по демографски групи и групи пациенти

Чувствителността на здравната система не е еднаква за всички групи пациенти по демографски признак или характеристики, свързани със здравното състояние. Необходимо е да се провери има ли групи, при които системата функционира по различен начин, за да се отправят по-конкретни препоръки за промени. Таблица 3.20 показва средните стойности на всички елементи на чувствителността, разпределени по групи по възраст, пол, образование, населено място, етнос, месечен доход на домакинството, здравно състояние (самооценка) и начин, по който пациентът плаща за здравни услуги. За по-отчетливи и лесни за разбиране контрасти променливата „здравно състояние“ е сведена до 3 стойности (от 5 първоначални), а плащането на здравни услуги до 2 (при 4 първоначални).

Таблица 3.20. Различия в елементите на чувствителността по демографски групи и групи пациенти

Елементи (средна) Групи	Достойнство	Автономност	Конфиденциалност	Комуникация	Избор на услуги	Бързо отзоваване	Социална подкрепа	Материални удобства
Възраст								
18-29 год.	0.73	0.55	0.77	0.65	0.65	0.63	0.50	0.49
30-39 год.	0.67	0.49	0.73	0.60	0.61	0.58	0.49	0.48
40-49 год.	0.71	0.49	0.75	0.62	0.56	0.61	0.51	0.55
50-65 год.	0.77	0.56	0.78	0.69	0.61	0.63	0.58	0.56
Пол								
Мъже	0.73	0.56	0.75	0.66	0.61	0.62	0.55	0.53

Жени	0.72	0.50	0.76	0.63	0.61	0.61	0.50	0.51
Образование								
Основно и по-ниско	0.78	0.43	0.83	0.67	0.44	0.63	0.80	0.72
Средно	0.74	0.58	0.75	0.66	0.61	0.64	0.53	0.54
Полувисше	0.66	0.51	0.71	0.65	0.60	0.61	0.51	0.45
Висше	0.72	0.51	0.76	0.63	0.62	0.60	0.51	0.51
Населено място								
София	0.73	0.51	0.78	0.63	0.63	0.60	0.53	0.53
Град над 100 хил. души	0.71	0.53	0.76	0.64	0.61	0.61	0.50	0.52
Град 50-100 хил. души	0.70	0.52	0.74	0.65	0.66	0.61	0.53	0.45
Град 25-50 хил. души	0.73	0.49	0.74	0.66	0.62	0.64	0.54	0.50
Град под 25 хил. души	0.71	0.55	0.74	0.63	0.57	0.61	0.53	0.48
Село	0.76	0.54	0.78	0.66	0.60	0.62	0.52	0.58
Етническа принадлежност								
Българска	0.72	0.52	0.76	0.64	0.61	0.61	0.51	0.50
Турска	0.75	0.62	0.74	0.68	0.70	0.67	0.67	0.60
Ромска	0.79	0.42	0.81	0.70	0.53	0.71	0.67	0.76
Месечен доход на домакинството								
Под 650 лв.	0.73	0.43	0.73	0.59	0.51	0.64	0.51	0.52
От 651 до 1000 лв.	0.66	0.53	0.69	0.63	0.59	0.60	0.48	0.47
От 1001 до 1500 лв.	0.73	0.53	0.74	0.66	0.61	0.61	0.58	0.57
От 1501 до 2000 лв.	0.76	0.57	0.79	0.67	0.60	0.62	0.54	0.50
Над 2000 лв.	0.74	0.52	0.79	0.65	0.65	0.61	0.48	0.52
Здравно състояние								
Много добро или добро	0.73	0.55	0.77	0.66	0.63	0.63	0.53	0.52
Задово-лително	0.74	0.50	0.76	0.64	0.60	0.59	0.48	0.52
Лошо или много лошо	0.62	0.40	0.66	0.54	0.47	0.49	0.55	0.48
Заплащане на услугите								
По-често или изцяло по НЗОК	0.74	0.56	0.76	0.67	0.63	0.63	0.54	0.53
По-често или изцяло със собствени средства	0.66	0.42	0.75	0.56	0.53	0.55	0.45	0.48

Върху данните са направени еднопосочни дисперсионни анализи (ANOVA), за да се провери кои от демографските и пациентските променливи имат

ефект върху елементите на чувствителността. Установени са няколко значими ефекта. Възрастта на пациентите има статистически значим ефект (при $p < 0,05$) при „Зачитането на достойнството“ ($F(3, 281)=5.45$, $p=0.001$), „Зачитането на автономността“ ($F(3, 270)=2.65$, $p=0.049$), „Яснотата на комуникацията“ ($F(3, 281)=5.00$, $p=0.002$) и „Материалните удобства“ ($F(3, 289)=4.41$, $p=0.005$). Полът на пациента има статистически значим ефект при „Зачитането на автономността“ ($F(1, 519)=5.65$, $p=0.018$). Няма статистически значими ефекти от образованието и населеното място. Етническата принадлежност на пациентите има значим ефект при „Зачитането на автономността“ ($F(2, 29,8)=3.56$, $p=0.041$), „Бързото отзоваване“ ($F(2, 36)=4.10$, $p=0.025$) и „Материалните удобства“ ($F(2, 37,0)=7.96$, $p=0.001$). Доходът на семейството има ефект при „Конфиденциалността“ ($F(4, 151)=3.20$, $p=0.015$). Здравното състояние има ефекти при всички елементи на чувствителността: „Достойнството“ ($F(2, 95,9)=3.73$, $p=0.027$), „Автономността“ ($F(2, 100,6)=6.47$, $p=0.002$), „Конфиденциалността“ ($F(2, 95,3)=3.78$, $p=0.026$), „Комуникацията“ ($F(2, 95,5)=4.37$, $p=0.015$), „Избора“ ($F(2, 102)=7.77$, $p < 0.001$) и „Бързото отзоваване“ ($F(2, 96,9)=8.58$, $p < 0.001$). Начинът на плащане също има ефект върху всички елементи, с изключение на „Конфиденциалността“: „Достойнството“ ($F(1, 199)=11.99$, $p < 0.001$), „Автономността“ ($F(1, 227)=25.99$, $p < 0.001$), „Комуникацията“ ($F(1, 210)=20.75$, $p < 0.001$), „Избора“ ($F(1, 207)=11.27$, $p < 0.001$) и „Бързото отзоваване“ ($F(1, 209)=14.41$, $p < 0.001$). Пост-хок тестове показват статистически значими разлики между конкретни групи, но многото променливи и нива, както и структурата на извадката предполагат да не се прави анализ на всяка двойка стойности. Вместо това може да се направят някои предпазливи заключения и хипотези за следващи по-фокусирани проучвания.

Възрастта на пациентите най-вероятно има отношение към чувствителността, което потвърждава и една от по-стабилните тенденции от предишни изследвания (Coulter and Jenkinson, 2005; Tille et al., 2019). Видно от таблица 3.20 (и потвърдено от пост-хок тестовете), по-възрастните пациенти възприемат системата като по-високо чувствителна по всички елементи. Донякъде изненадваща е високата оценка и на най-младата група пациенти. Най-големи и значими разлики има по отношение на пациентските групи – според здравното състояние и според начина, по който пациентите заплащат услугите. В потвърждение на предишни изследвания, пациентите в по-добро здравно състояние дават по-висока оценка на чувствителността. Тенденцията е в сила почти по всички елементи и е почти винаги линейна, като най-ниски оценки дават респондентите в най-лошо здраве. Донякъде изненадващи са резултатите при групите пациенти на база начина на плащане на здравни услуги – преимуществено или изцяло по НЗОК или преимуществено или

изцяло със собствени средства. И тук е налице значима разлика почти по всички елементи и в една и съща посока – ползващите услуги по НЗОК оценяват системата като по-чувствителна. Тази находка изисква допълнително проучване. Две възможни обяснения са, че пациентите, които заплащат директно, имат по-високи субективни очаквания от доставчика; и/или че тези пациенти имат трайни негативни впечатления от здравната система (не само от услугите в последната година) и затова по-често прибегват до платени услуги.

Сравнения на чувствителността на здравната система в България като цяло с други страни към момента не са целесъобразни. Има много малко международни изследвания на чувствителността и публикуваните в тях общи оценки са получени чрез специфични методи на анализ, приложени еднакво към стандартизирано събрани данни от всички страни. По този начин оценките не са пряко съпоставими с тези от настоящето изследване.

Анализите на чувствителността на здравната система в България дават резултати, които могат да послужат за диагностика и насочване на препоръки за най-важните проблеми. Преди всичко заключенията от настоящето изследване трябва да бъдат ограничени в съответствие с ограниченията на извадката – изводите не могат да бъдат отнесени към пациентите над 65 години, а някои групи присъстват по-слабо, включително ползващите услуги от болници. Изследването не е фокусирано върху конкретни сектори или групи в здравната система (например ОПЛ, видове заболявания). Високостресовият период на пандемия и ограничения също влияе на впечатленията от здравната система по непредвидим начин. Въпреки тези ограничения, може да се направят и някои изводи:

- (1) Създаденият инструмент демонстрира сравнително добри характеристики, не се наблюдават ефекти на твърде много крайни стойности, но е препоръчително да се изследват допълнително липсващите отговори, които имат по-висок дял по някои мерки.
- (2) Стойностите на елементите на чувствителността са измерени и изчислени по препоръчителните алгоритми. Най-високи стойности имат „Конфиденциалността“, „Зачитането на достойнството на пациента“ и „Яснотата на здравната комуникация“. Най-ниски стойности имат „Зачитането на автономността“, „Възможностите за социална подкрепа“ и „Материалните удобства“. Най-важни за българските пациенти са „Бързото отзоваване“ и „Зачитането на достойнството“, а най-малко важни са „Материалните удобства“, „Конфиденциалността“ и „Възможностите за социална подкрепа“.

По този начин с най-голям потенциал за подобряване са „Бързото отзоваване“ и „Зачитането на автономността“.

- (3) Чувствителността на здравната система е разнородна при различните социодемографски групи и групи пациенти, но достоверни заключения могат да се направят по малко показатели. Особено уязвима изглежда групата на пациентите с влошено здраве. Изненадващо донякъде е възприятието за ниска чувствителност на пациентите, които плащат със собствени средства за здравни услуги. Откритите тенденции, както за важноста на елементите, така и за разликите по групи, до много голяма степен съвпадат с установеното в международни изследвания. В този смисъл българските пациенти не са много различни от пациентите в други държави.

Бъдещите изследвания на чувствителността могат да се фокусират повече върху чувствителността на различни компоненти на системата на здравеопазването, например публичен и частен сектор, болнична и извънболнична помощ, ОПЛ и специалисти и пр. Също така може да се сравняват нивата на чувствителност при различни състояния и заболявания, както и при различни групи от населението – деца, майки, стари хора и т.н. Изследването на чувствителността има голям потенциал за подобряване на функционирането на здравната система, така че да допринесе повече за благополучието и да създава по-голямо доверие у гражданите.

3.3.6. Равнопоставеност

Мария Рохова

В концептуалната рамка за оценка на функционирането на здравната система в България равнопоставеността е измерение, което пресича всички останали (вж. т. 2.1.3). Тя е израз на „разпределението“ на резултатите между отделните групи от населението (вж. т. 2.2.6). Поради това оценката на равнопоставеността включва всички междинни и крайни резултати от работата на системата, стратифицирани по демографски и социално-икономически групи. Анализът обхваща показателите, използвани в останалите измерения на рамката, като акцентът обаче не е върху тяхното равнище, а върху разликите, които се установяват между групите от населението.

Настоящата част е организирана съгласно измеренията на концептуалната рамка – крайни резултати (здравно състояние и чувствителност) и междинни резултати (качество и достъп), като те са допълнени с анализ на някои рискови фактори, свързани с детерминантите на здравето. При

провеждане на оценката са използвани показателите, за които са налични данни по групи от населението. Стратификацията на групите е направена въз основа на критерии, свързани със социално-икономическия статус – степен на завършено образование и доходи, както и с типа на населеното място. Неравенствата са измерени с помощта на абсолютните разлики между стойностите на показателите в двете крайни групи:

- основно и висше образование;
- първи (с най-ниски доходи) и пети (с най-високи) квинтил;
- голям град (по критериите за класификация на населените места на Евростат) и село.

Осигуреността с медицински специалисти по области в страната е анализирана с помощта на коефициента Джини, който показва доколко разпределението е равномерно спрямо броя на населението в съответната област. При анализа на чувствителността на здравната система са използвани данни от национално представително проучване, проведено през 2021 г. (вж. т. 2.2.5 и т. 3.2.5), като различията между групите са проверени с помощта на χ^2 -тест за асоциация.

За проследяване на тенденциите в неравенствата са анализирани разликите в показателите за последните пет години или във времеви период, за който са налични данни. Показателите за честотата на скрининга и поведенческите рискови фактори се събират в рамките на Европейското здравно интервю, поради което последните налични данни са за 2014 и 2019 г. Показателите за очаквана продължителност на живота са анализирани за периода 2010-2022 г. (или последната налична година). При възможност е направено сравнение със средните стойности за ЕС.

Здравно състояние

Често срещани показатели за оценка на здравното състояние са самооценката на здравето и наличието на продължително заболяване или здравен проблем, които ограничават възможността за извършване на обичайни ежедневни дейности. Те са в съответствие с традиционния подход към равнопоставеността, при който потребностите от здравни услуги на индивида се определят въз основа на здравното му състояние.

Таблица 3.21 и фигури 3.25 и 3.26 представят основните социално-икономически неравенства в здравните резултати (очаквана продължителност на живота, самооценка на здравето). Те са измерители за крайните резултати, върху които се отразяват неравенствата във веригата от детерминанти на здравето.

Въпреки че като цяло показателите се подобряват, разгледани като различия между отделните групи от населението, се установява наличието на съществени неравенства. Значителни разлики се наблюдават между първи и пети квинтил, между хората с основно и с висше образование, както и между жителите на големите градове и на селата (Таблица 3.21). Разликите според дохода и типа на населеното място в България са по-големи от средните за ЕС, което показва, че социално-икономическите детерминанти на здравето у нас оказват по-силно негативно влияние върху здравното състояние на по-уязвимите групи. Доходните неравенства и тези спрямо образователното равнище са до известна степен свързани, доколкото по-високото образователно равнище обикновено предполага и наличието на по-високи доходи.

Различията при самооценката на здравето и наличието на здравен проблем са най-малки в абсолютни стойности между градовете и селата. При показателя „самооценка на здравето“ абсолютните разлики между доходните групи и групите по образователно равнище през последните години се увеличават. Възможно е това да се дължи на пандемията от COVID-19 и негативното ѝ влияние върху здравното състояние. При показателя „ограничения в ежедневните дейности поради здравен проблем“ се наблюдават известни колебания в разликите между групите, с изключение на абсолютните различия между градовете и селата, които намаляват през последните години (Таблица 3.21). И при двата показателя обаче се установяват съществени социално-икономически здравни неравенства.

Един от най-често използваните показатели за здравното състояние е очакваната продължителност на живота. За България се събират данни, стратифицирани според образователното равнище (Евростат) и според типа на населеното място (НСИ). На фигура 3.25 могат да се проследят различията между групите с висше и основно образование, които като цяло намаляват от 11.4 години през 2010 г. до 4.4 години през 2017 г. Това обаче се случва не само благодарение на повишената продължителност на живота при хората с основно образование, а и поради намаляването на очакваната продължителност на живота при хората с висше образование. Такава тенденция не се наблюдава в други страни на ЕС. При хората на възраст 65 години абсолютните разлики в очакваната продължителност на живота през 2017 г. намаляват в сравнение с 2010 г., като през 2015 г. за първи път показателят е по-нисък при групата с висше образование.

Таблица 3.21. Самооценка на здравето и ограничения в ежедневните дейности поради здравен проблем по доходни групи, образование и населено място в България и ЕС, 2018-2022 г.

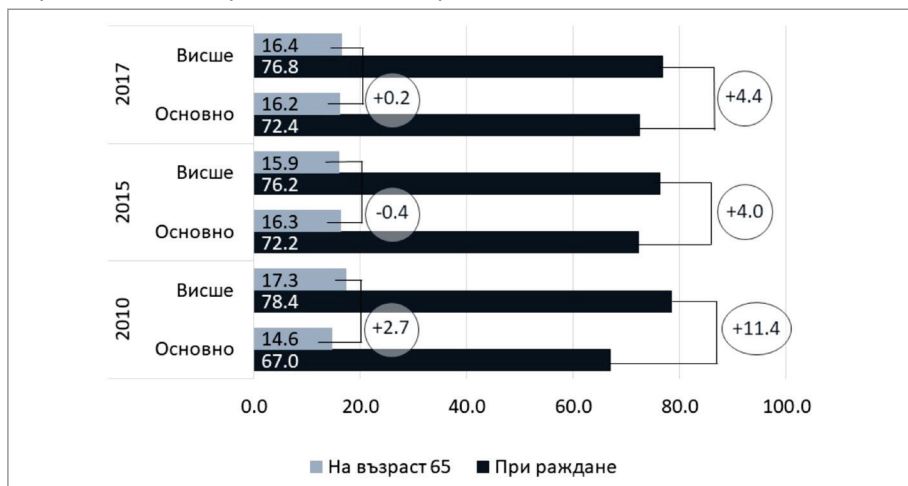
Групи	Показатели	2018		2019		2020		2021		2022	
		България	ЕС	България	ЕС	България	ЕС	България	ЕС	България	ЕС
Доходи	<i>Самооценка на здравето при хора на възраст 16+: „много добро“ и „добро“ (%)</i>										
	Първи квинтил	54.1	59.5	52.1	58.4	50.7	59.6	52.0	59.7	52.9	58.2
	Пети квинтил	82.0	79.1	82.0	79.6	82.9	80.7	81.6	80.2	83.9	78.8
	Δ (+/-)	27.9	19.6	29.9	21.2	32.2	21.1	29.6	20.5	31.0	20.6
	<i>Самооценка на здравето при хора на възраст 65+: „много добро“ и „добро“ (%)</i>										
	Първи квинтил	17.6	29.5	18.4	30.6	16.0	30.8	17.7	30.6	18.4	30.7
	Пети квинтил	40.6	53.7	45.0	55.4	42.2	57.4	44.0	55.9	45.3	53.1
	Δ (+/-)	23.0	24.2	26.6	24.8	26.2	26.6	26.3	25.3	26.9	22.4
	<i>Ограничения в ежедневните дейности поради здравен проблем при хора на възраст 16+ (%)</i>										
	Първи квинтил	23.5	32.1	24.2	32.2	24.9	33.3	24.8	32.8	23.3	35.3
	Пети квинтил	8.0	16.7	7.4	16.1	8.0	16.5	13.5	16.7	6.9	18.4
	Δ (+/-)	15.5	15.4	16.8	16.1	16.9	16.8	11.3	16.1	16.4	16.9
	<i>Ограничения в ежедневните дейности поради здравен проблем при хора на възраст 65+ (%)</i>										
	Първи квинтил	45.5	55.9	44.9	55.8	46.3	56.6	46.8	56.6	42.3	59.3
	Пети квинтил	24.3	38.2	24.2	36.6	24.8	35.9	28.7	37.3	21.4	41.5
	Δ (+/-)	21.2	17.7	20.7	19.2	21.5	20.7	18.1	19.3	20.9	17.8
Образователно равнище	<i>Самооценка на здравето при хора на възраст 16+: „много добро“ и „добро“ (%)</i>										
	Основно	52.4	56.4	54.3	56.7	55.6	56.3	56.6	56.1	54.6	55.1
	Висше	77.8	80.8	77.6	80.6	77.5	82.1	78.4	81.5	77.3	80.0
	Δ (+/-)	25.4	24.4	23.3	23.9	21.9	25.8	21.8	25.4	22.7	24.9

Образователно равнище	Самооценка на здравето при хора на възраст 65+: „много добро“ и „добро“ (%)										
	Основно	17.0	32.3	17.7	33.6	16.1	33.7	15.5	34.3	17.0	32.5
	Висше	34.1	55.3	34.5	55.5	35.4	57.3	39.7	56.2	38.1	54.5
	Δ (+/-)	17.1	23.0	16.8	21.9	19.3	23.6	24.2	21.9	21.1	22.0
	Ограничения в ежедневните дейности поради здравен проблем при хора на възраст 16+ (%)										
	Основно	26.3	35.6	25.2	34.9	24.1	36.1	24.0	36.6	23.1	38.4
	Висше	10.1	15.5	9.3	15.0	10.5	15.8	14.1	15.7	10.1	17.5
	Δ (+/-)	16.2	20.1	15.9	19.9	13.6	20.3	9.9	20.9	13.0	20.9
	Ограничения в ежедневните дейности поради здравен проблем при хора на възраст 65+ (%)										
	Основно	50.5	57.2	49.5	55.5	49.0	55.0	51.3	55.7	43.9	58.9
	Висше	30.0	35.0	27.5	34.6	30.2	36.6	30.1	36.2	24.5	40.7
	Δ (+/-)	20.5	22.2	22.0	20.9	18.8	18.4	21.2	19.5	19.4	18.2
Населено място	Самооценка на здравето при хора на възраст 16+: „много добро“ и „добро“ (%)										
	Голям град	72.5	70.3	72.7	70.2	72.2	71.3	73.8	70.7	72.8	69.6
	Село	57.3	65.6	59.5	65.4	58.9	66.7	59.5	66.3	61.4	65.4
	Δ (+/-)	15.2	4.7	13.2	4.8	13.3	4.6	14.3	4.4	11.4	4.2
	Самооценка на здравето при хора на възраст 65+: „много добро“ и „добро“ (%)										
	Голям град	27.9	41.1	28.5	42.7	27.8	42.6	31.0	42.4	30.2	40.5
	Село	21.3	35.1	22.5	35.2	20.1	37.3	20.3	37.3	23.9	36.0
	Δ (+/-)	6.6	6.0	6.0	7.5	7.7	5.3	10.7	5.1	6.3	4.5
	Ограничения в ежедневните дейности поради здравен проблем при хора на възраст 16+ (%)										
	Голям град	12.3	23.5	12.4	22.7	14.1	23.5	16.6	24.2	12.5	25.8
	Село	22.5	26.5	21.2	26.1	19.8	26.5	20.5	26.5	17.9	28.1
	Δ (+/-)	10.2	3.0	8.8	3.4	5.7	3.0	3.9	2.3	5.4	2.3
	Ограничения в ежедневните дейности поради здравен проблем при хора на възраст 65+ (%)										
	Голям град	32.6	46.8	32.4	45.4	36.4	46.6	37.2	47.5	30.7	51.1
	Село	45.2	52.6	44.9	51.5	42.2	51.1	44.3	51.0	37.4	54.1
	Δ (+/-)	12.6	5.8	12.5	6.1	5.8	4.5	7.1	3.5	6.7	3.0

Забележка: Δ (+/-) – абсолютна разлика.

Източник: Eurostat, 2023

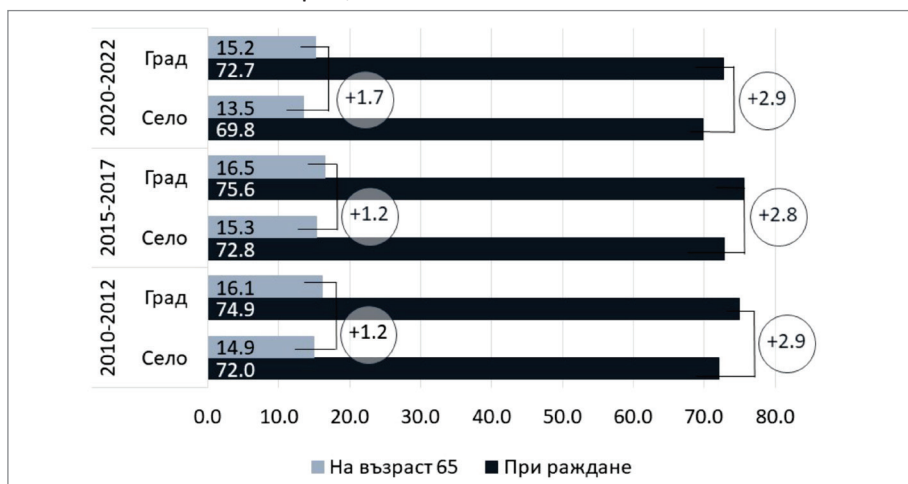
Фигура 3.25. Очаквана продължителност на живота според образователното равнище в България, 2010-2017 г.



Източник: Eurostat, 2023

В повечето страни обичайно жителите на градовете имат по-голяма продължителност на живота в сравнение с тези на селата, което се дължи на редица фактори като доходи, образование, стандарт на живот, достъп до здравни услуги и др. Като цяло неравенствата между градовете и селата в България се запазват относително постоянни за периода 2010-2022 г. с известно изключение при очакваната продължителност на живота при хора на 65 години (Фигура 3.26).

Фигура 3.26. Очаквана продължителност на живота според типа населено място в България, 2010-2022 г.

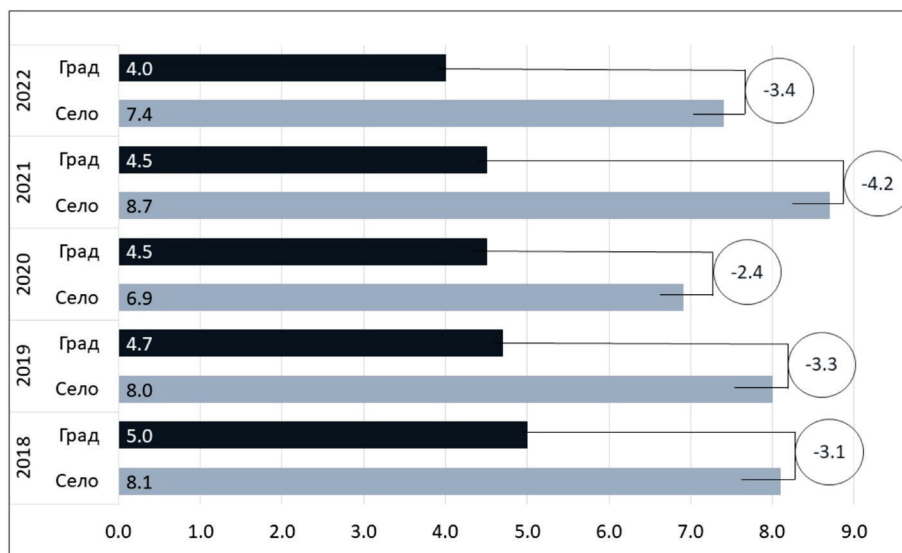


Източник: НСИ, 2023

Детската смъртност е важен показател при изследване както на здравното състояние на населението, така и при анализа на здравните неравенства, тъй като тя няма връзка с демографското остаряване и възрастовата структура. Тази смъртност зависи до голяма степен от качеството на живот и от функционирането на самата здравна система, поради което от нея може да се съди и за наличието на неравнопоставеност в здравеопазването.

Детската смъртност е неравномерно разпределена между градовете и селата. Различията в показателя между градските и селските райони се задълбочават през последните години, като през 2021 г. отбелязват най-високата си стойност за периода 2018-2022 г. (Фигура 3.27). През 2021 г. детската смъртност в селата достига до 8.7 на 1000 живородени, а диспропорциите нарастват близо два пъти в сравнение с предходната година. През 2022 г. е отчетено снижаване в равнището на показателя, както и в разликата между градовете и селата. Въпреки това през последните години се очертава тенденция на ясно изразени неравенства по местоживеене (градски и селски райони). Това свидетелства за неравенства, предизвикани от социално-икономически условия на живот и ограничен достъп до здравни услуги.

Фигура 3.27. Детска смъртност според типа населено място в България, 2018-2022 г.



Източник: НСИ, 2023

Детерминанти на здравето

Различията в детерминантите на здравето не са пряк измерител на равнопоставеността в здравеопазването, а по-скоро допълват анализа на неравенствата в здравните резултати. Тъй като те засягат редица рискови за здравето фактори, тяхното измерване задълбочава представата за потребностите на различните групи от здравни услуги. Освен това те могат да ни насочат към съществуващи различия в равнището на здравна култура, както и в резултатите от някои дейности в областта на общественото здравеопазване като промоция на здравето.

Равнището на употреба на тютюневи изделия и алкохол в България е обратно на това, което се отчита в ЕС – по-високо е при пети квинтил в сравнение с първи (Таблица 3.22). Разликите по доходни групи като цяло са по-ниски в нашата страна. Тази обратна на ЕС тенденция се дължи на високите равнища на тютюнопушене и употреба на алкохол, които са близки при различните социално-икономически групи и за разлика от други държави се увеличават с нарастването на доходите. При показателите, свързани със здравословното хранене, диспропорциите, които се наблюдават, са в полза на по-облагодетелстваните групи от населението – хората с по-високо равнище на доходи и образование и жителите на по-големите градове консумират повече и по-често плодове и зеленчуци. Имайки предвид, че непълноценното хранене е водеща причина за смъртността в България (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2021), може да се предполага, че разликите, които се установяват, допринасят съществено за увеличаване на здравните неравенства.

Таблица 3.22. Поведенчески рискови фактори по доходни групи, образование и населено място в България и ЕС, 2018-2022 г.

Групи	Показатели	2014		2019	
		България	ЕС	България	ЕС
Доход	<i>Употреба на тютюневи изделия: ежедневно (%)</i>				
	Първи квинтил	30.3	24.1	23.4	23.5
	Пети квинтил	32.8	17.1	34.9	15.7
	Δ (+/-)	2.5	7.0	11.5	7.8
	<i>Употреба на алкохол: ежедневно (%)</i>				
	Първи квинтил	8.7	8.0	8.8	7.0
	Пети квинтил	9.5	10.9	11.2	9.7
	Δ (+/-)	0.8	2.9	2.4	2.7

Доход	Дневна консумация на плодове и зеленчуци: от 1 до 4 порции (%)				
	Първи квинтил	24.0	47.7	38.9	51.0
	Пети квинтил	45.2	54.1	57.8	56.4
	Δ (+/-)	21.2	6.4	18.9	5.4
	Индекс на телесната маса: нормален (%)				
	Първи квинтил	45.8	46.9	43.0	45.5
	Пети квинтил	46.8	50.8	47.2	49.3
	Δ (+/-)	1.0	3.9	4.2	3.8
Образование	Употреба на тютюневи изделия: ежедневно (%)				
	Основно	24.0	19.6	23.8	19.4
	Висше	23.2	14.3	23.8	13.4
	Δ (+/-)	0.8	5.3	0.0	6.0
	Употреба на алкохол: ежедневно (%)				
	Основно	7.9	12.7	10.4	10.8
	Висше	7.6	9.0	7.1	7.7
	Δ (+/-)	0.3	3.7	3.3	3.1
	Дневна консумация на плодове и зеленчуци: от 1 до 4 порции (%)				
	Основно	26.1	54.6	41.2	56.0
	Висше	49.1	53.8	56.8	57.1
	Δ (+/-)	23.0	0.8	15.6	1.1
	Индекс на телесната маса: нормален (%)				
	Основно	44.4	43.2	45.4	42.4
	Висше	50.6	54.9	49.8	52.9
	Δ (+/-)	6.2	11.7	4.4	10.5
Населено място	Употреба на тютюневи изделия: ежедневно (%)				
	Голям град	30.1	20.1	28.8	19.2
	Село	26.4	20.1	29.0	19.3
	Δ (+/-)	3.7	0.0	0.2	0.1
	Употреба на алкохол: ежедневно (%)				
	Голям град	8.4	9.4	9.2	7.7
	Село	10.7	9.5	10.1	9.1
	Δ (+/-)	2.3	0.1	0.9	1.4
	Дневна консумация на плодове и зеленчуци: от 1 до 4 порции (%)				
	Голям град	40.9	52.4	48.7	55.2
	Село	33.2	51.6	40.2	53.0
	Δ (+/-)	7.7	0.8	8.5	2.2

Населено място	Индекс на телесната маса: нормален (%)				
	Голям град	46.2	50.0	45.2	48.4
	Село	41.6	44.4	42.2	42.7
	Δ (+/-)	4.6	5.6	3.0	5.7

Забележка: Δ (+/-) – абсолютна разлика.

Източник: Eurostat, 2023

Чувствителност към потребностите

В оценката са включени резултатите от няколко обобщаващи въпроса, свързани с удовлетвореността от здравната система като цяло, както и от отделни видове здравни услуги, използвани от потребителите през последните 12 месеца преди провеждане на проучването – първична медицинска помощ (ПМП), специализирана извънболнична медицинска помощ (СИМП) и болнична медицинска помощ (БМП). Разликите между отделните групи са анализирани с χ^2 -тест за асоциация, като първоначално използваната четири-степенна скала е трансформирана в дихотомна („удовлетворен/а“ и „неудовлетворен/а“). Статистическата значимост е определена при стойности на $p < 0.05$.

На таблица 3.23 са представени резултатите по доходни групи, образование и населено място, като е включен само дялът на респондентите, посочили, че са удовлетворени от здравната система и отделните видове медицинска помощ. Впечатление прави фактът, че удовлетвореността от здравната система като цяло е значително по-ниска в сравнение с тази от отделните видове здравни услуги, получени през последните 12 месеца. Преобладаващата част от респондентите са удовлетворени от използваните здравни услуги в първичната и специализираната медицинска помощ, както и от лечението в болница, макар и в по-ниска степен.

Въз основа на резултатите от χ^2 -теста не се установяват значими разлики в удовлетвореността от здравната система между отделните групи, формирани по признаците доход, образование и населено място. Статистически значими разлики се отчитат между първи и пети доходен квинтил при удовлетвореността от СИМП, като и между жителите на големите градове и на селата при удовлетвореността от БМП (Таблица 3.23). Дялът на хората с високи доходи (пети квинтил), които са удовлетворени от СИМП, е значително по-висок от този при респондентите с най-ниски доходи (първи квинтил). Разлика се установява и в удовлетвореността от БМП между жителите на големите градове и селата, макар и в по-малка степен. Тези резултати могат да се обяснят с разликите в използването на здравни услуги от респондентите

с различни равнища на доход – използването на специализирана извънболнична медицинска се отличава съществено при респондентите с най-високи доходи в сравнение с тези, попадащи в по-ниските доходни квинтили (Rohova, 2022). Освен това достъпът до здравни услуги в по-големите градове на страната е значително по-улеснен от гледна точка на осигуреността с медицински специалисти и лечебни заведения и изборът на пациентите е по-голям.

Таблица 3.23. Удовлетвореност на населението по доходни групи, образование и населено място, 2021 г.

Групи	Показатели	Отн. дял (%)	χ^2	p
Доход	Удовлетвореност от здравната система			
	Първи квинтил	54.5	3.07	0.546
	Пети квинтил	46.4		
	Удовлетвореност от ПМП			
	Първи квинтил	95.1	2.40	0.662
	Пети квинтил	94.8		
	Удовлетвореност от СИМП			
	Първи квинтил	82.1	18.4	0.001
	Пети квинтил	98.0		
	Удовлетвореност от БМП			
	Първи квинтил	84.2	2.72	0.605
	Пети квинтил	88.4		
Образование	Удовлетвореност от здравната система			
	Основно	54.5	4.39	0.112
	Висше	44.0		
	Удовлетвореност от ПМП			
	Основно	88.9	2.01	0.366
	Висше	94.8		
	Удовлетвореност от СИМП			
	Основно	84.6	3.12	0.210
	Висше	93.9		
	Удовлетвореност от БМП			
	Основно	66.7	2.69	0.260
	Висше	84.8		

Населено място	Удовлетвореност от здравната система			
	Голям град	44.1	2.00	0.368
	Село	49.7		
	Удовлетвореност от ПМП			
	Голям град	93.3	1.23	0.541
	Село	93.8		
	Удовлетвореност от СИМП			
	Голям град	92.8	1.05	0.590
	Село	90.7		
	Удовлетвореност от БМП			
	Голям град	80.0	6.17	0.046
	Село	86.8		

Качество

За показателите, избрани за оценка на качеството, липсва информация по социално-икономически групи. Поради това са използвани данни за честотата на профилактичните изследвания за няколко онкологични заболявания при рисковите групи. Макар че тези показатели не са пряко съотносими към качеството на предоставяните здравни услуги, те имат отношение към т.нар. предотвратима с добра профилактика смъртност и индиректно могат да ни насочат към потенциални неравенства, свързани с разлики в достъпа и използването на профилактични услуги.

Представените в таблица 3.24 данни за честотата на профилактичните изследвания показват съществени разлики между най-облагодетелстваните и най-уязвимите групи от населението. Съществено по-висок дял от хората с високи доходи, висше образование и живеещи в големите градове са преминали профилактични прегледи през последната година в сравнение с тези с най-ниски доходи, основно образование и жители на селските райони. Разликите, които се установяват за България, са значително по-големи от тези в ЕС, като особено силно са изразени при честотата на изследванията за рак на шийката на матката. Вероятни причини са неравенствата в достъпа до здравни услуги между отделните групи, както и различия в здравната култура, които също отчасти се свързват с достъпа. Изключение се наблюдава при изследванията за рак на дебелото черво, чието равнище е много ниско при всички анализирани групи и значително под средните равнища за ЕС. Може да се предполага, че това е и една от причините за значително по-високата смъртност от това заболяване в България

в сравнение с ЕС (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2021). Все пак обнадеждаващ е фактът, че през 2019 г. разликите в честотата на профилактичните изследвания намаляват, но за да отчетем това като положителна тенденция, е необходимо да се анализират и резултатите от последното здравно интервю от 2023 г.

Таблица 3.24. Честота на профилактичните изследвания по доходни групи, образование и населено място, 2014 и 2019 г.

Групи	Показатели	2014		2019	
		България	ЕС	България	ЕС
Доход	<i>Дял на жените на възраст от 50 до 69 год. с извършено образно изследване за рак на гърдата през последната година (%)</i>				
	Първи квинтил	n/a	n/a	9.8	31.0
	Пети квинтил	n/a	n/a	24.3	41.3
	Δ (+/-)	-	-	14.5	10.3
	<i>Дял на жените на възраст от 20 до 69 год. с извършено цитологично изследване за рак на шийката на матката през последната година (%)</i>				
	Първи квинтил	n/a	n/a	11.3	30.2
	Пети квинтил	n/a	n/a	32.0	41.6
	Δ (+/-)	-	-	20.7	11.4
	<i>Дял на хората на възраст от 50 до 74 год. с извършено изследване за рак на дебелото черво през последната година (%)</i>				
	Първи квинтил	n/a	n/a	0.4	18.1
	Пети квинтил	n/a	n/a	2.5	21.5
	Δ (+/-)	-	-	2.1	3.4
Образование	<i>Дял на жените с извършено образно изследване за рак на гърдата през последната година (%)</i>				
	Основно	6.8	36.2	7.5	33.5
	Висше	27.6	42.6	22.9	39.5
	Δ (+/-)	20.8	6.4	15.4	6.0
	<i>Дял на жените на възраст от 20 до 69 год. с извършено цитологично изследване за рак на шийката на матката през последната година (%)</i>				
	Основно	6.4	26.8	7.8	26.2
	Висше	36.5	45.3	31.9	42.6
	Δ (+/-)	30.1	18.5	24.1	16.4

Образование	<i>Дял на хората на възраст от 50 до 74 год. с извършено изследване за рак на дебелото черво през последната година (%)</i>				
	Основно	2.5	15.5	0.9	18.3
	Висше	1.5	19.6	3.9	21.2
	Δ (+/-)	1.0	4.1	3.0	2.9
Населено място	<i>Дял на жените с извършено образно изследване за рак на гърдата през последната година (%)</i>				
	Голям град	18.8	39.2	17.2	36.3
	Село	10.9	35.3	10.3	33.4
	Δ (+/-)	7.9	3.9	6.9	2.9
	<i>Дял на жените на възраст от 20 до 69 год. с извършено цитологично изследване за рак на шийката на матката през последната година (%)</i>				
	Голям град	27.4	38.9	25.7	37.4
	Село	15.1	34.7	13.5	33.1
	Δ (+/-)	12.3	4.2	12.2	4.3
	<i>Дял на хората на възраст от 50 до 74 год. с извършено изследване за рак на дебелото черво през последната година (%)</i>				
	Голям град	3.4	16.0	2.7	18.9
	Село	3.1	17.3	2.7	18.5
	Δ (+/-)	0.3	1.3	0.0	0.4

Забележка: Δ (+/-) – абсолютна разлика.

Източник: Eurostat, 2023

Достъп

Данни за неудовлетворените потребности от медицинска или дентална помощ се събират в рамките на Европейското здравно интервю, като се проучват и причините, на които те се дължат. Обикновено те се отнасят до разходите на индивидите и домакинствата, свързани със самото използване на здравната услуга (директно заплащане или доплащане за услугата), транспортните разходи или отдалечеността на изпълнителя на услугата, както и времето за чакане. Тези причини се възприемат и като ограничения в достъпа до здравни услуги и са предпоставки за възникване или задълбочаване на неравенствата.

Делът от населението в България, което смята, че потребностите му от медицинска помощ (диагностика и лечение) не са удовлетворени, през последните години намалява както като цяло, така и в рамките на отделните групи от населението. По отношение на неудовлетворените

потребности от дентална помощ стойностите на показателя за България са по-ниски от средните за ЕС (Таблица 3.25).

Значителни различия обаче се наблюдават между социално-икономическите групи. По-уязвимите групи като хората с най-ниски доходи, тези с основно образование и живеещите в селата в България в много по-голяма степен считат, че потребностите им от медицинска помощ са неудовлетворени и стойността на показателя при тях значително надхвърля средните стойности за ЕС. Като най-честа причина се посочват разходите, като тяхната тежест се засилва с намаляване на доходите. Отдалечеността от лечебно заведение, свързана с необходимостта от пътуване, както и времето за чакане имат значително по-малко влияние в България, като при времето за чакане стойностите на показателя са доста под средните за ЕС (Eurostat, 2023).

Най-висок дял на неудовлетворени потребности от медицинска помощ се декларира от групата с най-нисък доход (първи квинтил). В същото време при групите с по-високи доходи и по-високо образование, както и тези, живеещи в градовете, се регистрират стойности по-ниски от средните за ЕС. В следствие на това „ножицата“ на различията в България е значително по-разтворена, като разликите са два пъти по-големи от тези в ЕС. Различни фактори оказват влияние върху този резултат, но той се свързва предимно с големия брой неосигурени граждани, недостига на ОПЛ в някои региони, затруднения достъп до специализирана медицинска помощ и финансовите трудности сред някои групи от населението.

По-значими разлики в неудовлетворените потребности от дентална помощ се установяват между големите градове и селата (Таблица 3.25), което се свързва както с разходите, така и с осигуреността със зъболекари в по-малките населени места.

Таблица 3.25. Неудовлетворени потребности от медицинска и дентална помощ по доходни групи, образование и населено място в България и ЕС, 2018-2022 г.

Групи	Показатели	2018		2019		2020		2021		2022	
		България	ЕС	България	ЕС	България	ЕС	България	ЕС	България	ЕС
Доход	<i>Неудовлетворени потребности от медицинска помощ: разходи за здравни услуги, голямо разстояние, дълго време за чакане (%)</i>										
	Първи квинтил	5.0	3.5	4.3	3.2	3.8	3.8	2.9	3.5	3.1	3.7
	Пети квинтил	0.2	0.7	0.0	0.7	0.3	0.7	0.4	1.0	0.1	1.1
	Δ (+/-)	4.8	2.8	4.3	2.5	3.5	3.1	2.5	2.5	3.0	2.6

Доход	<i>Неудовлетворени потребности от дентална помощ: разходи за здравни услуги, голямо разстояние, дълго време за чакане (%)</i>										
	Първи квинтил	4.9	6.2	4.5	5.9	4.6	6.6	3.5	6.0	4.1	6.3
	Пети квинтил	0.2	0.8	0.5	0.8	0.7	0.9	0.7	1.0	0.2	1.1
	Δ (+/-)	4.7	5.4	4.0	5.1	3.9	5.7	2.8	5.0	3.9	5.2
Образование	<i>Неудовлетворени потребности от медицинска помощ: разходи за здравни услуги, голямо разстояние, дълго време за чакане (%)</i>										
	Основно	4.0	2.8	3.3	2.5	3.3	2.8	2.5	2.8	2.9	3.2
	Висше	0.6	1.0	0.2	1.1	0.6	1.1	0.4	1.3	0.2	1.5
	Δ (+/-)	3.4	1.8	3.1	1.4	2.7	1.7	2.1	1.5	2.7	1.7
	<i>Неудовлетворени потребности от дентална помощ: разходи за здравни услуги, голямо разстояние, дълго време за чакане (%)</i>										
	Основно	3.9	5.0	3.6	4.8	4.4	5.2	3.0	4.7	4.1	n/a
	Висше	0.9	1.4	0.8	1.5	1.0	1.8	1.0	1.9	0.4	n/a
	Δ (+/-)	3.0	3.6	2.8	3.3	3.4	3.4	2.0	2.8	3.7	n/a
	<i>Неудовлетворени потребности от медицинска помощ: разходи за здравни услуги, голямо разстояние, дълго време за чакане (%)</i>										
	Голям град	1.1	1.7	0.8	1.7	1.0	1.8	0.7	1.9	0.9	2.2
Населено място	Село	3.5	2.0	2.2	1.8	2.3	2.1	1.4	2.3	1.4	2.4
	Δ (+/-)	2.4	0.3	1.4	0.1	1.3	0.3	0.7	0.4	0.5	0.2
	<i>Неудовлетворени потребности от дентална помощ: разходи за здравни услуги, голямо разстояние, дълго време за чакане (%)</i>										
	Голям град	2.0	3.0	1.9	2.9	1.9	3.2	1.6	3.1	2.0	3.5
	Село	3.2	3.3	2.3	3.0	2.6	3.5	2.0	3.0	2.3	3.4
	Δ (+/-)	1.2	0.3	0.4	0.1	0.7	0.3	0.4	0.1	0.3	0.1

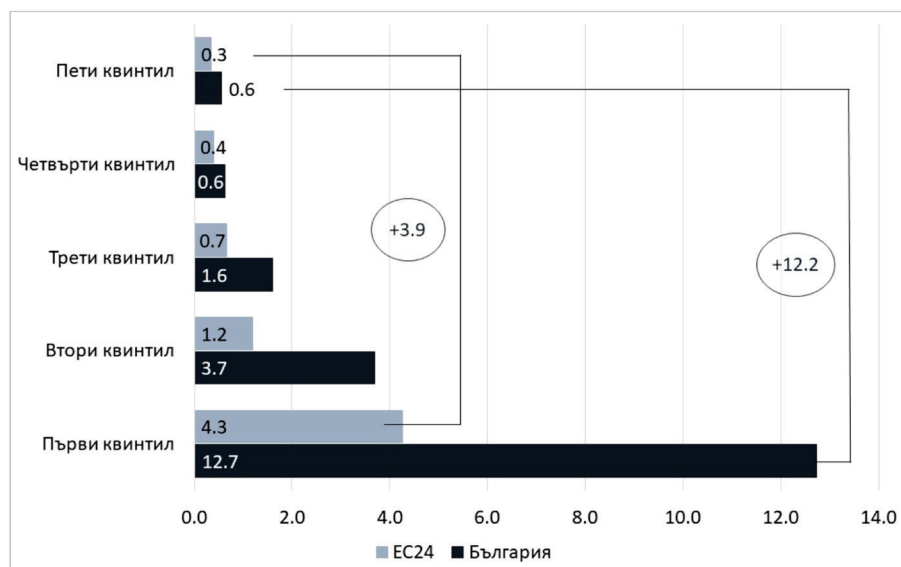
Забележки: Δ (+/-) – абсолютна разлика; n/a – липсват данни.

Източник: Eurostat, 2023

От гледна точка на финансирането равнопоставеността се фокусира върху въпроса **колко справедливо е то съобразно платежоспособността на населението** (вж. т. 2.2.6). Това оказва директно влияние върху достъпа. Справедливото финансиране е свързано със защитата на населението от т.нар. катастрофални и водещи до обедняване здравни разходи. В България делът на случаите на катастрофални разходи е много по-висок в сравнение с ЕС, като най-силно са засегнати хората с най-ниски доходи. Разликата на честотата на тези случаи между първи и пети доходен квинтил е значителна и надвишава с над три пъти средната за ЕС (Фигура 3.28). Изследване, свързано с финансовата защита в България от 2022 г., показва, че катастрофалните разходи засягат предимно уязвимите групи от населението – по-бедните домакинства, по-възрастните хора и

живеещите в селските райони – и се увеличават с течение на времето (Dimova and García-Ramírez, 2022).

Фигура 3.28. Дял от домакинствата с катастрофални здравни разходи по доходни групи в България (2018 г.) и ЕС-24



Източник: OECD/European Union, 2022

Разгледани по доходни групи, относителната тежест на здравните разходи в бюджета на домакинствата в България варира чувствително – от 4.8 до 9.0% при средна стойност за страната 6.6% през 2022 г. (НСИ, 2023). Тя нараства постепенно с увеличаване на доходите на домакинствата и достига най-високата си стойност в третата децилна група, при която средномесечният доход на лице от домакинството е под минималната работна заплата за същия период. Относителната финансова тежест на здравните разходи на домакинствата и лицата е по-висока за хората с по-ниски доходи, като при най-богатите домакинства тя значително намалява. Този факт би трябвало да се разглежда и в още един контекст – значимите неравенства, които съществуват в разпределението на доходите. Данните показват съществена икономическа диференциацията и поляризацията на населението, като доходът на най-богатите 10% превишава около девет пъти този на най-бедните 10% (НСИ, 2023). Неравенствата в доходите допринасят и за задълбочаване на неравенствата в достъпа до здравни услуги поради високия дял на частните разходи за здравеопазване.

Във връзка с достъпа до здравни услуги важно значение има осигуреността с медицински специалисти в различните региони и населени места на страната, която има пряко отношение към възможността на пациентите да използват необходимите им здравни услуги. Диспропорции в осигуреността с медицински персонал се наблюдават между отделните области. Над половината от работещите лекари в страната са концентрирани в шест области – София-град, Пловдив, Варна, Стара Загора, Плевен и Бургас (НСИ, 2023). Осигуреността с лекари варира, като най-висока е в областите, където има медицински университети и университетски болници.

Коефициентът Джини, който се използва за измерване на неравенствата в разпределението на ресурсите, не отчита значително разминаване в осигуреността с медицински специалисти по области спрямо броя на населението – стойностите са между 0.03 и 0.08 за периода 2018-2022 г., като показват намаляващ тренд (Таблица 3.26). При ОПЛ стойностите на коефициента са най-ниски, което демонстрира по-малко неравенства в разпределението им по области в сравнение с общото разпределение на лекарите в страната. Тук не са отчетени различията в достъпа до първична медицинска помощ между селските и градските региони. При интерпретацията на този показател е необходимо да се вземе предвид фактът, че като цяло, както и в селските региони се наблюдава значителен недостиг на ОПЛ. Стойностите на коефициента Джини при другите категории медицински специалисти се колебаят през разглеждания период, но през последните две години се отчита известно намаление.

Таблица 3.26. Коефициенти Джини за разпределението на медицинските специалисти по области в България, 2018-2022 г.

Медицински специалисти	2018	2019	2020	2021	2022
Лекари	0.068	0.066	0.077	0.072	0.067
Зъболекари	0.075	0.069	0.062	0.064	0.061
Специалисти по здравни грижи	0.074	0.080	0.075	0.073	0.069
ОПЛ	0.035	0.030	0.032	0.034	0.030

Забележка: По данни на Националния статистически институт за броя на медицинските специалисти по области в страната (НСИ, 2023). Изчисленията са на автора.

Различията в осигуреността с лекари се свързват и с декларираните неудовлетворени потребности от медицинска и от дентална помощ, особено при населението на селските райони, където се наблюдава значителен недостиг предимно на ОПЛ.

В обобщение на анализа на показателите, свързани с равнопоставеността в здравната система, могат да се направят следните заключения:

- (1) Показателите за здравното състояние (здравни резултати) – очаквана средна продължителност на живота, детска смъртност, самооценка на здравето и ограничения в ежедневиите дейности поради наличието на здравен проблем – демонстрират наличието на съществени неравенства между отделни групи от населението. Хората с по-нисък социално-икономически статус, измерен чрез равнището на образование и доходи, имат в сравнение с най-високата социално-икономическа група по-нездравословна диета и по-малко участие в скрининг за онкологични заболявания.
- (2) Групите в по-неравносложно положение заявяват повече неудовлетворени потребности от медицинска помощ поради финансови причини, необходимост от дълго пътуване и време за чакане. Финансовите бариери пред използването на здравни услуги са съществени, като финансовата тежест на здравните разходи е изместена към групите с по-ниски доходи. Наред с това се установяват и социално-икономически неравенства в използването на различни видове здравни услуги.
- (3) Не се установяват съществени различия в удовлетвореността от здравната система като цяло и от отделни видове здравни услуги, с изключение на специализираната извънболнична медицинска помощ при доходните групи.

Като цяло резултатите показват, че равнопоставеността в здравната система в България е нарушена и съществуват редица неравенства между отделни социално-икономически групи, въпреки че някои от тях намаляват през последните години. Наличието на неравенства, особено такива, свързани с достъпа до здравни услуги и разходите на домакинствата за здравеопазване, разкриват сериозни проблеми във функционирането на здравната система, които е необходимо да бъдат преодолени с подходящи политики. Това от своя страна би спомогнало да намалее и различията в здравното състояние.

При интерпретацията на резултатите от анализа и оценката на равнопоставеността в здравната система трябва да се вземат предвид няколко ограничения. Много от показателите, за които има данни по социално-икономически групи, са свързани със самооценка или с информация, предоставена от населението/потребителите на здравни услуги в рамките на провеждани социологически проучвания. В този смисъл тези измерители на равнопоставеността са твърде субективни и повлияни от множество странични фактори (O'Donnell, 2009). За много от показателите, включени към измеренията на концептуалната рамка,

результатите не могат да бъдат разделени по социално-икономически групи и наличието на неравенства не може да бъде измерено. Освен това използваните измерители за неравенства разглеждат разликите между най-облагодетелстваните групи и тези в най-неблагоприятно положение или двете крайности. Информацията за междинните групи (напр. при използване на доходните квинтили или образователно равнище) се пренебрегва, което прави заключенията за измерението на неравнопоставеността непълни. И накрая разглежданият период включва пандемията от COVID-19, като все още липсват достатъчно надеждни доказателства за влиянието ѝ върху неравенствата в България и връзката между тях и издръжливостта на здравната система.

3.3.7. Оценка на издръжливостта

Мария Рохова, Стефка Коева

В концептуалната рамка за България издръжливостта е измерение, което осигурява възможностите на здравната система да поддържа основните си функции и да постига резултати в условията на внезапни шокове или при постепенно развиващи се кризи (вж. т. 2.2.7). В този смисъл тя осигурява всички останали измерения на рамката и ги пресича, но за разлика от равнопоставеността, нейната оценка не предполага използването на същите показатели в различен разрез, а подбора на такива, с които може да се оцени работата на системата по време на кризисна ситуация, както и способностите ѝ за бързо възстановяване при възникнали смущения. Експертната група за оценка на функционирането на здравните системи (Expert Group on Health Systems Performance Assessment) към Европейската комисия определя три насоки, в които се измерва издръжливостта: (а) степен на смущението, с което се преценява способността да се смекчи въздействието на шока върху функционирането на системата (способност за абсорбиране); (б) продължителност на смущението (прекъсването), с което се преценява необходимото време за възстановяване на стойностите на показателите (капацитет за адаптация); (в) реакция след шока, при което се сравнява следкризисната стойност на даден показател с равнището му преди или с това по време на кризата (капацитет за възстановяване и трансформация) (EU Expert Group on Health Systems Performance Assessment, 2020).

Тъй като пандемията от COVID-19 е безпрецедентна криза за здравната система във всяка една държава, настоящата оценка на издръжливостта се съсредоточава основно върху показатели, които измерват влиянието на пандемията върху функционирането на системата в България.

Според наличните данни са оценени степента и продължителността на смущението, като все още е твърде рано да се измери възстановяването след кризата. Оценката на издръжливостта на здравната система в България е разделена на три части:

- влияние на пандемията върху междинните и крайните резултати от функционирането на системата – показателите са свързани основно със здравното състояние (очаквана продължителност на живота, свръхсмъртност, самооценка на здравето), както и с достъпа до здравни услуги (неудовлетворени потребности от медицинска помощ);
- капацитет на здравната система да поддържа основните си функции по време на кризата (влияние на пандемията върху функционирането на системата) – анализът се фокусира основно върху предоставянето на здравни услуги, извън тези, свързани с диагностиката и лечението на COVID-19;
- подготвеност на здравната система да посреща бъдещи шокове и кризи, включително да осигурява т.нар. ежедневна издръжливост (вж. т. 2.2.7) – поради липсата на данни, с които да се направи цялостна оценка на подготвеността на здравната система, са използвани някои квази-показатели като осигуреност с интензивни легла, капиталови разходи за здравеопазване и възрастова структура на лекарите, които могат да послужат за ориентир при оценка на капацитета на системата да се справи с потенциални сътресения.

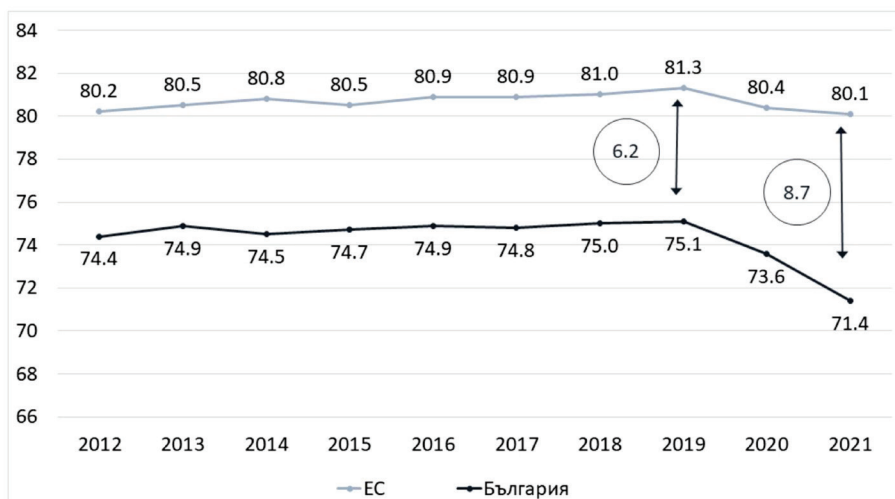
За оценка на влиянието на пандемията от COVID-19 върху здравната система са използвани данни за периоди, включващи 2020-2022 г., като в някои случаи те са сравнени с предходни години. Показателят за очаквана продължителност на живота е анализиран за периода 2012-2021 г., за да се очертае по-точно ефектът на кризата. Показателят за свръхсмъртност се изчислява по месеци от началото на пандемията, поради което данните за него обхващат периода 2020-2022 г. За показателите „Самооценка на здравето“, „Дял на респондентите, които се чувстват обезсърчени и депресирани“ и „Неудовлетворени потребности от медицинска помощ“ са използвани данни от първите три кръга на онлайн проучването „Живот, работа и COVID-19“ на Eurofound (Eurofound, 2023), които са проведени през първия пик на пандемията в ЕС от април-май 2020 г., в периода на облекчаване на мерките през месеците юни-юли 2020 г. и по време на поредното нарастване на случаите от COVID-19 през месеците февруари-март 2021 г., което дава възможност за директна оценка на влиянието ѝ. При възможност е направено сравнение със средните стойности за ЕС, като за част от показателите е изчислено и равнището на изменение спрямо периода преди кризата.

Междинни и крайни резултати

Вследствие на пандемията показателите за здравно състояние на населението се влошават значително. В много страни от ЕС е регистрирано намаляване на продължителността на живота през 2020 г. и 2021 г. Средно за ЕС очакваната продължителност на живота при раждане спада до 80.4 години през 2021 г., около една година по-малко, отколкото през 2019 г. (Фигура 3.29). Високата смъртност от COVID-19 и други причини обаче води до драстично намаление в България – най-голямото в ЕС, като през 2021 г. очакваната продължителност на живота спада с 3.7 години спрямо 2019 г. В резултат на това разликата в стойностите на показателя за България и средните стойности за ЕС се увеличава съществено – от 6.2 години през 2019 г. до 8.7 през 2021 г.

За разлика от страни като Белгия, Италия и Испания, които отчитат голямо намаляване на продължителността на живота през 2020 г., но успяват да компенсират до голяма степен този спад през 2021 г. (OECD/European Union, 2022), в България смъртността през 2021 г. е много по-висока, което води до намаляване на продължителността на живота с над 2 години. Спадът в очакваната продължителност на живота от началото на пандемията в България заличи всички постижения за последните десетилетия и „връща“ стойността на показателя до равнищата от 90-те години на миналия век.

Фигура 3.29. Очаквана продължителност на живота при раждане в България и ЕС, 2012-2021 г., в години

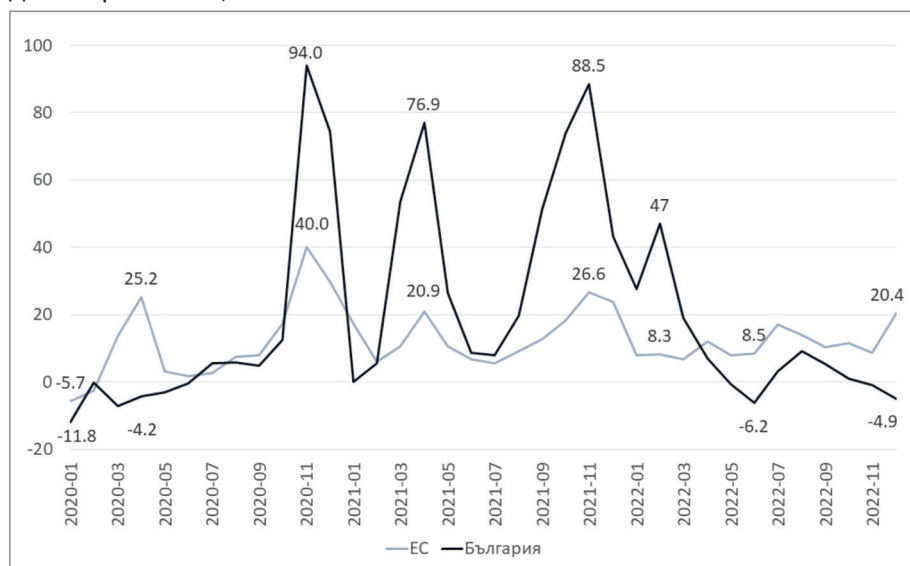


Източник: Eurostat, 2023

Една от основните причини за безпрецедентния спад в очакваната продължителност на живота е броят на смъртните случаи, свързани с пандемията. В относителни стойности (спрямо броя на населението) смъртността от COVID-19 в България е най-висока от всички държави членки на ЕС. За разлика от други страни, предимно в Южна и Западна Европа, въздействието на пандемията се усеща по-силно през есента на 2020 г., когато смъртността започва рязко да се повишава. Пик в броя на заразените и при смъртни случаи е регистриран в края на 2020 г., както и през пролетта на 2021 г. смъртността отново се повишава в края на 2021 г. и началото на 2022 г. (OECD/European Union, 2022).

Показателят за свръхсмъртност, дефинирана като смъртни случаи над очакваното въз основа на тенденциите на смъртността от предходни години, отразява като цяло пиковите в заболяемостта и смъртността от COVID-19 (Фигура 3.30), въпреки че в него се отразяват смъртните случаи от всички причини, както пряко, така и непряко свързани с пандемията. Анализите на ОИСП отчитат разлики между свръхсмъртността и отчетените смъртни случаи от коронавирусна инфекция в ЕС, които са най-високи в България, което показва, че данните за смъртността от COVID-19 значително подценяват въздействието на пандемията (OECD/European Union, 2022). Причините за екстремните стойности на показателя и голямата разлика между България и другите държави членки на ЕС отразяват различията във възрастовата структура на населението, навременността и ефективността на противоепидемичните мерки, както и капацитета на здравната система за лечение на пациенти с COVID-19. Пиковите стойности, регистрирани в края на 2021 г. и началото на 2022 г., които съществено надвишават средните равнища за ЕС, са свързани и с ваксинацията срещу COVID-19. Високите стойности на заболяемостта и смъртността от коронавирусна инфекция кореспондират с изключително ниското имунизационно покритие – към септември 2023 г. със завършен първичен имунизационен курс в България са 30.1% от населението спрямо 73.0% в ЕС, с първа бустерна доза са едва 12.0% в сравнение с 54.8%, а имунизационното покритие с втора бустерна доза е пренебрежимо ниско, едва 1.6% срещу 14.7% в ЕС (European Centre for Disease Prevention and Control, 2023b). Ниското имунизационно покритие в България се дължи на редица фактори, основният от които са възприеманите характеристики на ваксината, които са много по-силно повлияни от слухове, манипулирана информация и конспиративни теории, отколкото от обективни научни факти (Rohova et al., 2023). Анализите доказват, че смъртността от COVID-19 при пациенти с придружаващи хронични заболявания, които са неваксинирани, е значително по-висока в сравнение с тези, които са ваксинирани (Dimitrov et al., 2023).

Фигура 3.30. Свръхсмъртност по месеци в България и ЕС, януари 2020 – декември 2022 г., в %



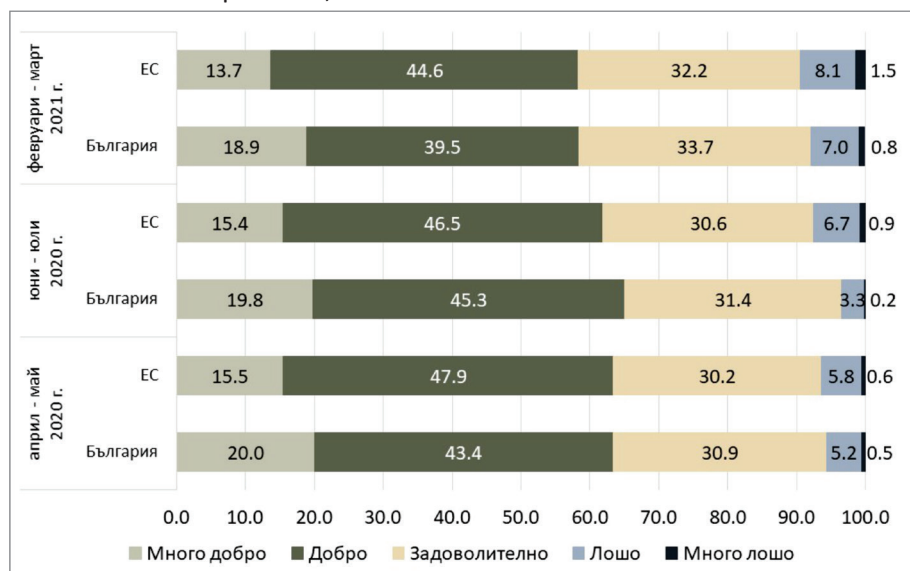
Забележка: „Свръхсмъртността“ е процентът на допълнителните смъртни случаи за месец в сравнение със средния брой смъртни случаи през същия месец за базовия период (2016-2019 г.).

Източник: Eurostat, 2023

Влошаването на здравното състояние се регистрира и от показателите за самооценка на здравето, макар и не толкова отчетливо, както при по-обективните измерители (Фигура 3.31). В сравнение с първите месеци от пандемията, през зимата на 2021 г. нараства делът на хората, които определят здравното си състояние като лошо и много лошо, за сметка на тези, които го оценяват като добро или много добро. Различията между България и средните стойности на ЕС в контекста на показателите, разгледани по-горе, вероятно се дължат на значително по-ниската здравна култура в страната.

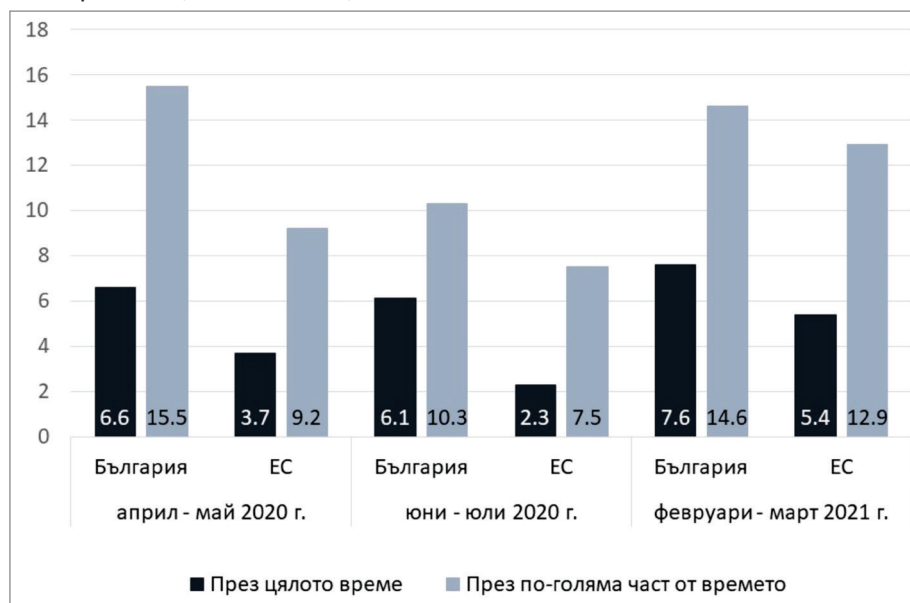
Пандемията се отразява негативно и на психичното здраве на населението. Делът на хората със симптоми на депресия и тревожност се увеличава значително в сравнение с нивата преди пандемията. Психичното здраве се влияе от пандемичните „вълни“, като обикновено се влошава с увеличаване на заболяемостта и смъртността, както и с засилване на противоепидемичните мерки. Подобна тенденция се наблюдава и в България през 2020 и 2021 г., като делът на хората, които посочват, че се чувстват обезсърчени и депресирани, надвишава средните стойности за ЕС (Фигура 3.32).

Фигура 3.31. Самооценка на здравето в периода на пандемията от COVID-19 в България и ЕС, 2020-2021 г.



Забележка: Данните са от първите три кръга на онлайн проучването „Живот, работа и COVID-19“ на Eurofound. Източник: Eurofound, 2023

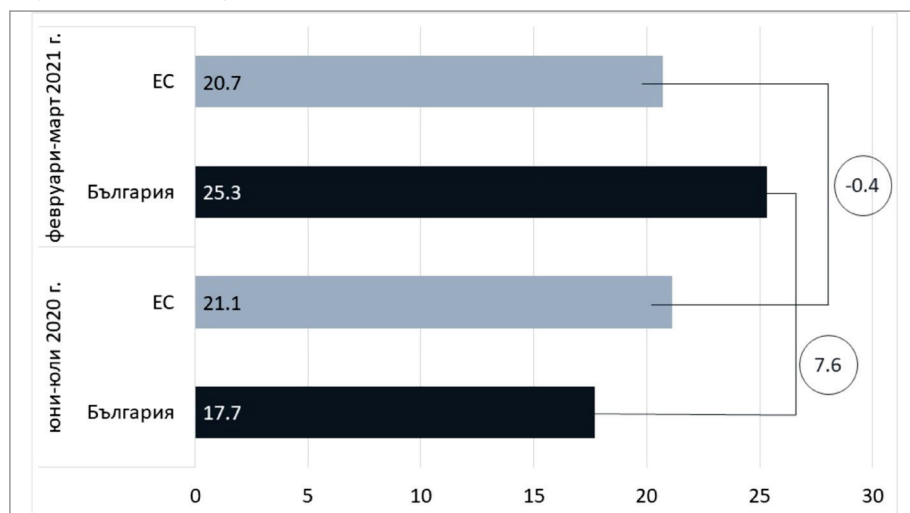
Фигура 3.32. Дял на респондентите, които се чувстват обезсърчени и депресирани през последните две седмици преди проучването в България и ЕС, 2020-2021 г., в %



Забележка: Данните са от първите три кръга на онлайн проучването „Живот, работа и COVID-19“ на Eurofound. Източник: Eurofound, 2023

Предпоставка за влошаването на здравното състояние в периода на пандемията са и ограниченията в достъпа до здравни услуги. Голяма част от гражданите на ЕС декларират високи неудовлетворени потребности от медицинска и дентална помощ, което се дължи както на пренасочване на ресурсите на здравните системи за лечение на високия брой заболяли от COVID-19 и протиепидемичните мерки, така и на свръхнатоварването на лечебните заведения и притесненията на самите пациенти да ги посещават дори и при необходимост. По данни на онлайн проучването на Eurofound (2023) повече от един на всеки петима души в страните от ЕС съобщават, че са се отказали от медицинска помощ (преглед или лечение) през лятото на 2020 г. и първите месеци на 2021 г. (Фигура 3.33). В България делът на гражданите, които съобщават за неудовлетворени потребности, съществено се повишава през 2021 г. спрямо първите месеци от пандемията. Със значителното нарастване на случаите на коронавирусна инфекция в началото на 2021 г. делът на хората с неудовлетворени потребности от медицинска помощ се увеличава със 7.6 процентни пункта спрямо лятото на 2020 г. или един на всеки пет души се въздържа от използване на здравни услуги. За сравнение в ЕС за същия период е регистрирано макар и малко намаление в декларираните неудовлетворени потребности, което предполага, че другите страни са мобилизирали по-бързо и ефективно ресурсите си в отговор на пандемията.

Фигура 3.33. Дял на респондентите с неудовлетворени потребности от медицинска помощ в периода на пандемията от COVID-19 в България и ЕС, 2020 и 2021 г., в %



Забележки: Данните са от втори и трети кръг на онлайн проучването „Живот, работа и COVID-19“ на Eurofound. Резултатите не са съпоставими с тези на Евростат, тъй като двете проучвания се провеждат по различна методика. Източник: Eurofound, 2023

На фигура 3.34 са представени причините за неудовлетворените потребности от медицинска помощ, декларирани в проведеното през зимата на 2021 г. онлайн проучване на Eurofound (2023). Пандемията оказва най-голямо влияние върху ограниченията на достъпа през този период – високият брой заразени води до свръхнатоварване на лечебните заведения и липса на часове за преглед или друга здравна услуга. Наред с това в България страхът от инфекция също често се посочва като причина за отлагане на използването на здравни услуги с много по-висока честота в сравнение със средните резултати в ЕС. Освен предизвиканите от пандемията, високите разходи за здравни услуги, заплащани директно от пациентите, затрудненията поради необходимостта за отсъствие от работа или поради липсата на транспорт са традиционно сред водещите причини за неудовлетворените потребности от медицинска помощ в България с много по-висок дял в сравнение със средния за ЕС.

Фигура 3.34. Причини за неудовлетворени потребности от медицинска помощ в периода на пандемията от COVID-19 в България и ЕС, февруари-март 2021 г.



Забележка: Данните са от трети кръг на онлайн проучването „Живот, работа и COVID-19“ на Eurofound. Резултатите не са съпоставими с тези на Евростат, тъй като двете проучвания се провеждат по различна методика. Големината на отделните части на фигурата отразява относителната тежест на съответната причина за декларираните неудовлетворени потребности в България. Сборът им надвишава 100%, тъй като респондентите могат да посочат повече от една причини. Данните за ЕС са представени за сравнение, без да влияят върху формата на отделните части на фигурата.

Източник: Eurofound, 2023

Предоставяне на здравни услуги

Издръжливостта на здравната система се свързва предимно със способността ѝ да поддържа основните си функции по време на криза. В контекста на пандемията от COVID-19 най-сериозното предизвикателство пред здравните системи се превръща предоставянето на т.нар. рутинни здравни услуги. Мобилизацията на ресурсите към диагностика и лечение на пациенти с коронавирусна инфекция и протиепидемичните мерки водят до отменяне или отлагане на голяма част от регулярните прегледи и диагностични изследвания в извънболничната помощ, плановия прием в болниците, както и профилактичните прегледи, плановите имунизации и периодичните скринингови изследвания. Множество изследвания в различни държави показват, че прегледите за пациенти с хронични незаразни болести намаляват значително, имунизациите се забавят, скринингът е прекъснат или значително изостава, а плановият прием е нарушен (Blecker et al., 2020; Chudasama et al., 2020; Canadian Medical Association/Deloitte, 2021; Schäfer et al., 2021). Съществен спад се установява и в хоспитализациите при спешни състояния като инфаркт и инсулт, при което се забавя лечението при заболявания, изискващи бърза реакция за най-голям шанс за възстановяване (Bersano et al., 2020; Bhatt et al., 2020; Blecker et al., 2020).

Спадът в използването на медицинска помощ по време на пандемията е обусловен от съвкупното въздействие на няколко фактора, свързани от една страна с протиепидемичните мерки и пренасочването на ресурси в самата система, а от друга – с решения пациентите да се въздържат или да отлагат необходимите им здравни услуги поради страх от експозиция на вируса и възприемането на лечебните заведения като рискова среда. Ограничителните мерки през пролетта на 2020 г. включват преустановяване на регулярни консултации, профилактични прегледи, планов прием в болница, както и ограничения в движението между областните градове. По време на следващите „вълни“ от епидемията през 2020 и 2021 г. мерките, насочени към предоставянето на здравни услуги на пациенти без доказана коронавирусна инфекция, са облекчени и засягат основно плановите хоспитализации в отделни области или в цялата страна. Повечето лечебни заведения също ограничават предоставяните услуги, основно поради необходимостта от пренасочване на човешки и материални ресурси към лечението на пациенти с коронавирусна инфекция. Широкото медийно отразяване и противоречивите съобщения от различни източници засилват притесненията и страха от COVID-19.

През 2020 г. присъствените контакти (прегледи и консултации) с медицински специалисти от извънболничната помощ намаляват средно

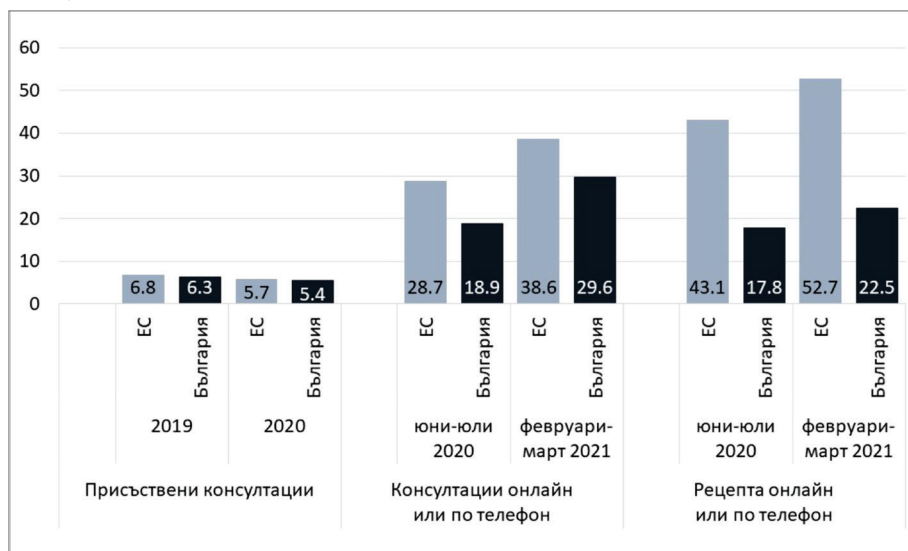
с 16% в страните от ЕС спрямо предходната година – от 6.8 средно на човек от населението през 2019 г. на 5.7 през 2020 г. (Фигура 3.35) (OECD/European Union, 2022). В България по принцип консултациите средно на човек са по-нисък брой от средните за ЕС, като спадът, регистриран през 2020 г., е с около 14%. Предвид факта, че протиепидемичните мерки засягат извънболничната помощ само през пролетта на 2020 г., то може да се предполага, че през следващите месеци отлагането на здравни услуги е основно по решение на пациентите или поради голямата натовареност на лечебните заведения.

Търсенето на алтернативни начини за предоставяне на здравни услуги се превръща във възможност за компенсиране на някои от негативните ефекти на пандемията върху профилактиката и лечението на незаразните заболявания. Още в началото на пандемията много държави бързо разширяват обхвата на телемедицинските консултации, за да поддържат до известна степен обичайното предоставяне на услуги, което е свързано и с финансирането им от публични източници. В някои страни увеличението на телеконсултациите през 2020 г. успява да компенсира напълно намалението на присъствените консултации и дори да надвиши броят им от предходната година (OECD/European Union, 2022). Проучванията на Eurofound от 2020 и 2021 г. показват, че делът на гражданите на страните членки на ЕС, които са получили консултация или рецепта онлайн или по телефон бързо се увеличава (Фигура 3.35). За същия период в България са направени някои стъпки в тази посока, но само по отношение на издаването на електронна рецепта и електронно направление. Телемедицински консултации се предлагат от някои изпълнители на медицинска помощ, но се заплащат само от частни източници (директно от пациента или по линия на доброволното здравно осигуряване). В резултат на това 18.9% от пациентите са получили медицинска консултация по интернет или по телефон по време на първата вълна от пандемията и 29.6% - през зимата на 2021 г. В други държави този дял бързо нараства между юни 2020 г. и март 2021 г. и достига 60-70% вследствие от предприетите мерки за осигуряване на подобни възможности (Eurofound, 2023).

Спадът в предоставянето на здравни услуги, предизвикан от пандемията, се отразява на всички дейности, извършвани от изпълнителите на първична и специализирана медицинска помощ и първична дентална помощ. Значително изостават профилактичните прегледи както при децата, така и при възрастните, регулярните имунизации, както и дейностите по диспансерно наблюдение – съществено намаление е регистрирано през 2020 и 2021 г., а за някои от тези услуги – и през 2022 г. спрямо периода преди пандемията (Таблица 3.27). Изключение правят единствено прегледите по повод остри заболявания и хронични,

неподлежащи на диспансерно наблюдение в специализираната извънболнична медицинска помощ, които нарастват, вероятно вследствие на увеличението в прегледите за пациенти с коронавирусна инфекция или усложнения след прекараното заболяване. Впечатление прави драстичният спад в имунизациите, който продължава и през 2022 г. За разлика от България, в много други държави се отчита нарастване на имунизациите извън тези срещу COVID-19 – например средно за ЕС делът на хората над 65 год., ваксинирани срещу грип, се увеличава от 37% през 2019 г. на 44% през 2020 г. (OECD/European Union, 2022).

Фигура 3.35. Консултации с лекар в България и ЕС, избрани показатели, 2019, 2020 и 2021 г.



Забележка: Среден брой на човек от населението за присъствените консултации. Дял от респондентите, посочили, че са получили консултация/рецепта онлайн или по телефон. Данните са от първи и втори кръг на онлайн проучването „Живот, работа и COVID-19“ на Eurofound.

Източници: За показателя, свързан с присъствените консултации - OECD/European Union, 2022. За показателите, свързани с консултации/рецепта онлайн или по телефон – Eurofound, 2023.

Тези данни са сериозен сигнал за проблеми, свързани със способността на здравната система да смекчи въздействието на шока (способност за абсорбиране), както и за капацитета ѝ за адаптация от гледна точка на времето, необходимо за възстановяване на стойностите на показателите. Силната извънболнична помощ е от съществено значение за една добре функционираща здравна система и за намаляване на натиска върху болниците както в нормални обстоятелства, така и по време на криза. Тя играе важна роля в подпомагането на справянето с нарастващото

търсене на здравни услуги и в поддържането на необходимите дейности в отговор на здравните потребности на населението.

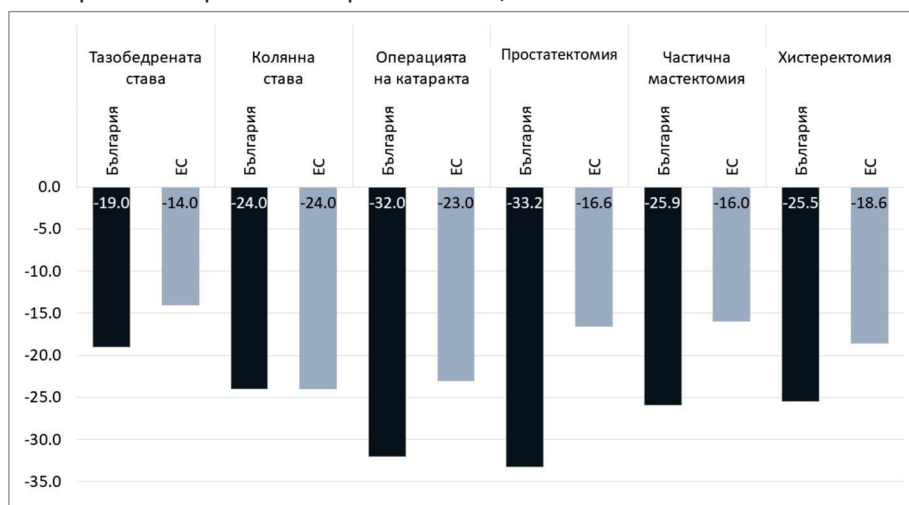
Таблица 3.27. Дейности в извънболничната помощ в България, 2018-2022 г. и изменение спрямо 2019 г.

Дейности	Абсолютен брой					Изменение спрямо 2019 (в %)		
	2018	2019	2020	2021	2022	2020	2021	2022
<i>Първична медицинска помощ</i>								
Профилактични прегледи на лица до 18 год.	1 878 622	1 836 176	1 647 465	1 687 282	1 699 442	-10.28	-8.11	-7.45
Задължителни имунизации и реимунизации на лица до 18 год.	902 362	908 079	686 004	685 775	690 029	-24.46	-24.48	-24.01
Годишни профилактични прегледи на лица над 18 год. (вкл. вторични)	2 373 594	2 398 938	2 082 427	2 091 439	2 335 430	-13.19	-12.82	-2.65
Имунизации на лица над 18 год.	210 372	215 179	165 656	136 759	144 942	-23.01	-36.44	-32.64
Дейност по диспансерно наблюдение	4 572 815	4 651 198	4 388 543	4 226 774	4 308 009	-5.65	-9.13	-7.38
<i>Специализирана извънболнична медицинска помощ</i>								
Профилактични прегледи по програма „Майчино здравеопазване“	360 758	347 226	306 059	323 358	303 076	-11.86	-6.87	-12.72
Профилактични прегледи на лица до 18 год. от педиатър	47 898	47 829	42 163	45 959	45 726	-11.85	-3.91	-4.40
Прегледи по диспансерно наблюдение	758 336	766 358	637 908	570 423	581 995	-16.76	-25.57	-24.06
Прегледи по повод остри заболявания и хронични, неподлежащи на диспансерно наблюдение	8 118 050	8 215 051	8 704 611	9 427 508	10 349 676	5.96	14.76	25.98
<i>Първична дентална помощ</i>								
Дейности за лица до 18 год.	1 263 270	1 223 959	995 470	977 062	1 072 457	-18.67	-20.17	-12.38
Дейности за здравно-осигурени лица над 18 год.	4 844 619	4 801 411	4 091 411	3 987 261	4 434 907	-14.79	-16.96	-7.63

Източник: Отчети за дейността на НЗОК за съответните години. Информацията е получена по реда на Закона за достъп до обществена информация с решение № РД19-290 от 13.09.2023 г.

Пандемията се отразява крайно неблагоприятно и върху болничното лечение, особено при пациенти с хронични незаразни заболявания. Свърхнатоварването на болниците със случаи на COVID-19 води до съществено забавяне на лечението на други пациенти, включително и при онкологични заболявания. Броят на хирургичните интервенции при онкологични заболявания намалява значително в страните от ЕС през 2020 г., като спадът в сравнение с 2019 г. е между 10 и 20% (Фигура 3.36) (OECD/European Union, 2022). Промяната на обема на хирургичните дейности през 2020 г. се отразява и в значително увеличение на листите на чакащите за планови интервенции като смяна на става или операция на катаракта. Спадът в България е много по-отчетлив, особено при онкологичните заболявания и операциите на катаракта и значително надвишава средните стойности за ЕС.

Фигура 3.36. Равнище на промяна в избрани хирургични интервенции в България и ЕС през 2020 спрямо 2019 г., в %



Източник: OECD/European Union, 2022

Намалението на амбулаторните прегледи, съчетано с отлагането на плановия прием в болниците, води до значително по-нисък брой хоспитализации, свързани с лечение на незаразните заболявания. Още в началото на пандемията някои анализи в България показват, че броят на пациентите, потърсили помощ при спешни и животозастрашаващи кардиологични и неврологични състояния, намалява значително (Индекс на болниците, 2020). Спадът в броя преминали болни продължава и през следващите две години, като е особено отчетлив през 2021 г. (Таблица 3.28). Единствено по отношение на хоспитализациите при

някои сърдечно-съдови заболявания се наблюдава възстановяване на равнището преди пандемията през 2022 г., докато при останалите намалението продължава. Това поставя под въпрос капацитета за възстановяване след кризата, като са необходими допълнителни анализи и за следващи периоди, за да се направят по-задълбочени изводи в това отношение.

Вследствие на пандемията вече се наблюдават редица негативни ефекти по отношение на здравното състояние на населението и резултатите от функционирането на здравната система. Забавянето в диагностиката и лечението води до закъснели диагнози и влошаване на здравето, особено при групи в повишен риск. Прогнозите са за повишаване на потребностите от здравни услуги и нарастване на тежестта на заболяванията, както и за увеличаване на смъртните случаи, които могат да бъдат предотвратени с навременна профилактика или лечение (Рохова, 2022).

Таблица 3.28. Брой преминали болни по избрани клинични пътеки в България, 2018-2022 г. и изменение спрямо 2019 г.

Клинични пътеки	Брой преминали болни					Изменение спрямо 2019 (в %)		
	2018	2019	2020	2021	2022	2020	2021	2022
Инвазивна диагностика при сърдечно-съдови заболявания	18 547	18 394	13 477	12 522	14 385	-26.73	-31.92	-21.80
Интервенционално лечение и свързани с него диагностични катетеризации при сърдечно-съдови заболявания	11 135	12 989	10 560	10 542	15 566	-18.70	-18.84	19.84
Диагностика и лечение на остра и изострена хронична сърдечна недостатъчност без механична вентилация	88 523	87 927	65 208	45 125	55 798	-25.84	-48.68	-36.54
Диагностика и лечение на ритъмни и проводни нарушения	32 742	34 092	27 167	21 236	24 709	-20.31	-37.71	-27.52

Диагностика и лечение на исхемичен мозъчен инсулт (с или без тромболиза)	50 791	51 428	43 462	38 890	41876	-15.49	-24.38	-18.57
Диагностика и лечение на декомпенсирани чернодробни заболявания (цироза)	12 199	14 464	12 470	11 314	12899	-13.79	-21.78	-10.82
Диагностика и лечение на хронични чернодробни заболявания	13 971	14 253	11 267	9153	11843	-20.95	-35.78	-16.91

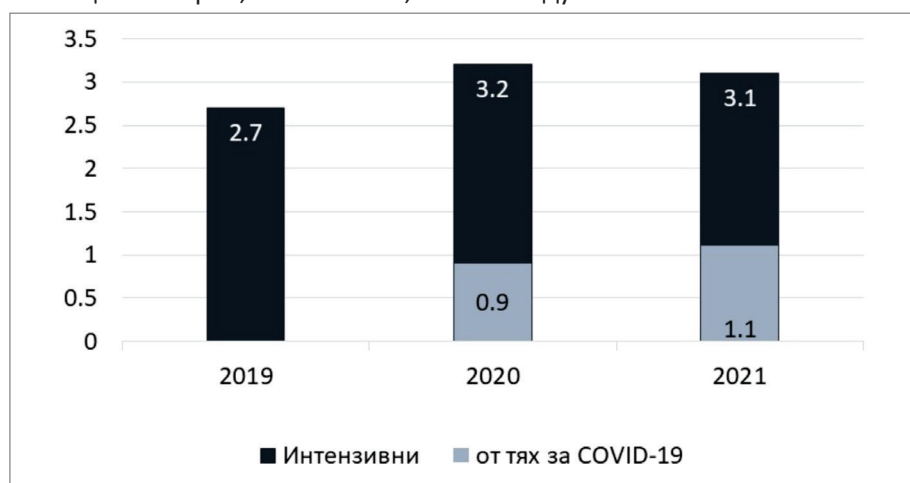
Източник: Отчети за дейността на НЗОК за съответните години. Информацията е получена по реда на Закона за достъп до обществена информация с решение № РД19-290 от 13.09.2023 г.

Подготвеност

Издръжливостта като измерение на функционирането на здравната система включва не само оценка на реакцията на кризисни ситуации, но и подготвеността на системата да посрещне такива и да избегне значителни смущения в своята работа. Без да претендира за изчерпателност, в настоящата част са разгледани няколко показателя, които демонстрират капацитета на системата да посрещне криза или да мобилизира бързо своите ресурси в отговор на неочаквани шокове. Те са свързани и с пандемията от COVID-19 и засягат материалните, човешките и финансовите ресурси на системата.

Пандемията постави под огромен натиск ресурсите, предназначени за интензивно лечение и грижи и увеличи значително потребностите от тях. В отговор много страни увеличават капацитета на структурите за интензивно лечение. Използването на временни съоръжения и преструктурирането на болнични отделения се превръща в широко разпространена практика. В България осигуреността с интензивни легла в лечебните заведения за болнична помощ също нараства – от 2.7 на 10 000 души през 2019 г. до 3.2 през 2020 г., като около една трета от тези легла са предназначени за лечение на пациенти с коронавирусна инфекция и усложнения от нея (Фигура 3.37).

Фигура 3.37. Интензивни легла в лечебните заведения за болнична помощ в България, 2019-2021 г., на 10 000 души от населението



Източник: НЦОЗА, 2020, 2021 и 2022б

За посрещане на кризи като пандемията от COVID-19 капацитетът на материалните ресурси безспорно е важен, но от критично значение е осигуреността с обучен персонал. Въпреки че броят на лекарите в България надвишава средния за ЕС, се отчита недостиг на лекари с определени специалности (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2021). По-обезпокоителен обаче е фактът, че се наблюдава бързо застаряване на медицинския персонал. България се нарежда само след Италия по този показател, като през 2021 г. делът на лекарите на възраст 55 и повече години е 53.6% (Фигура 3.38). Това поставя под съмнение не само издръжливостта на внезапни шокове и кризи, но и т.нар. ежедневна издръжливост и способността на здравната система да посрещне нарастващите потребности от здравни услуги особено в контекста на застаряващото население и увеличаващите се хронични заболявания.

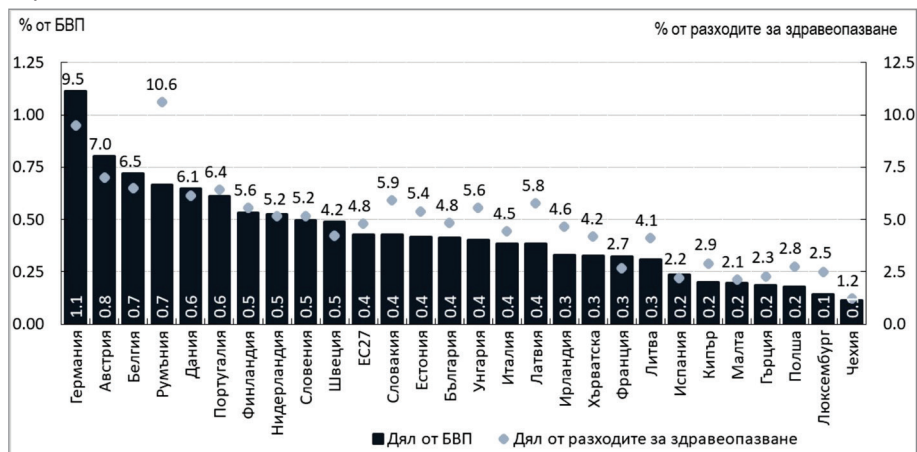
Инвестициите в лечебни заведения, медицинска апаратура, информационни и комуникационни технологии влияят на способността на здравната система да отговори на потребностите на населението. През 2020 г. средно в ЕС са отделени около 0.43% от общия БВП за капиталови разходи, което представлява 4.82% от общите разходи за здравеопазване (Фигура 3.39). Стойностите на показателите за България се доближават до средните – 0.41% от БВП и 4.85% от общите разходи за здравеопазване за същата година. Според анализа на ОИСР капиталовите разходи за здравеопазване в ЕС се увеличават между 2019 и 2020 г., като пандемията от COVID-19 вероятно е двигател на тази тенденция (OECD/European Union, 2022).

Фигура 3.38. Разпределение на лекарите по възрастови групи в България и страните членки на ЕС, 2021 г., в %



Източник: Eurostat, 2023

Фигура 3.39. Капиталови разходи за здравната система в България и страните членки на ЕС, 2020 г.



Източник: OECD/European Union, 2022

В резултат на анализа на показателите, свързани с издръжливостта на здравната система, могат да се направят следните обобщения:

- (1) Пандемията от COVID-19 доведе до безпрецедентни смущения в предоставянето на здравни услуги, като в някои случаи спадът и/или изоставането в България са много по-големи от средните за ЕС. Здравната система не успява да смекчи въздействието на кризата върху предоставянето на повечето здравни услуги, което ясно си проличава от показателите за 2021 г. За разлика от много други страни, в България телемедицинските консултации не се развиват особено успешно, за да компенсират поне отчасти ограниченията в достъпа до някои здравни услуги.
- (2) Прекъсването на скрининга, профилактиката, забавянето на диагностиката и лечението на много заболявания (особено онкологични, сърдечно-съдови и мозъчносъдови) поражда сериозни опасения относно дългосрочните последици върху здравното състояние на населението. Безпрецедентният спад в очакваната продължителност на живота през 2020 и 2021 г. и влошаването на редица от здравните показатели до голяма степен е отражение на въздействието на кризата върху функционирането на здравната система.
- (3) Крайно ниското имунизационно покритие срещу COVID-19, далеч под необходимото за изграждане на колективен имунитет и ограничаване на разпространението на вируса, увеличава значително продължителността на смущението (прекъсването) и

забавя чувствително възстановяването на здравната система. За разлика от много други държави, които успяват да компенсират смущенията от пандемията още през 2021 г., здравната система в България не успява да възстанови стойностите на част от показателите и през 2022 г.

- (4) Въпреки че системата сравнително бързо мобилизира и пренасочва ресурси за диагностика и лечение на пациенти с коронавирусна инфекция, осигуреността с медицински специалисти (особено медицински сестри) и възрастовата структура поставят под съмнение възможностите да се реагира в бъдеще на подобни кризисни ситуации.

Като цяло, анализите показват, че пандемията от COVID-19 нарушава нормалното функциониране на здравната система в България, като в редица аспекти то не успява да бъде възстановено или компенсирано за дълъг период от време. Това показва, че способностите на системата да абсорбира сътресенията и да се адаптира към нови обстоятелства до голяма степен са компрометирани.

При интерпретацията на резултатите от оценката на издръжливостта в здравната система трябва да се вземат предвид няколко ограничения. Показателите са насочени предимно към влиянието на пандемията, като тепърва ще се установяват такива, които могат да се използват за регулярна оценка и очертаване на мерки за повишаване на издръжливостта. Освен това са необходими допълнителни данни, включително и за 2023 г., за да се проследят ефектите от пандемията, както и капацитетът на системата да се възстановява и трансформира вследствие от опита и „научените уроци“.

3.3.8. Ефективност

Любомира Коева-Димитрова, Елка Атанасова

Техническа ефективност

Средният болничен престой е един от рутинните показатели в националните статистически данни, който най-често се използва, когато се оценява техническата ефективност. В България за периода 2015-2020 г. средният престой остава относително постоянен – 5.3 дни (Таблица 3.29) и е по-нисък в сравнение със средното ниво в ЕС от 7.6 дни. Единствено Нидерландия отчита по-кратък среден болничен престой от България за 2020 г. от 4.5 дни (Eurostat, 2023). По-краткият среден болничен престой у нас основно се свързва с нормативните изисквания за заплащане на

извършената дейност по клинични пътеки, за които дадено лечебно заведение има сключен договор с НЗОК.

Таблица 3.29. Среден болничен престой, оборот на леглата и използваемост на леглата в България, 2015-2021 г.

Показатели	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Среден болничен престой (в дни)	5.4	5.3	5.4	5.3	5.2	5.3	5.5
Оборот на леглата	47	45	45	46	46	37	38
Използваемост на леглата (в %)	68.2	66.6	66.3	66.6	64.9	53.9	56.9

Забележка: Има известно разминаване в данните за среден престой в Eurostat и НСИ.
Източник: Eurostat, 2023; НСИ, 2023

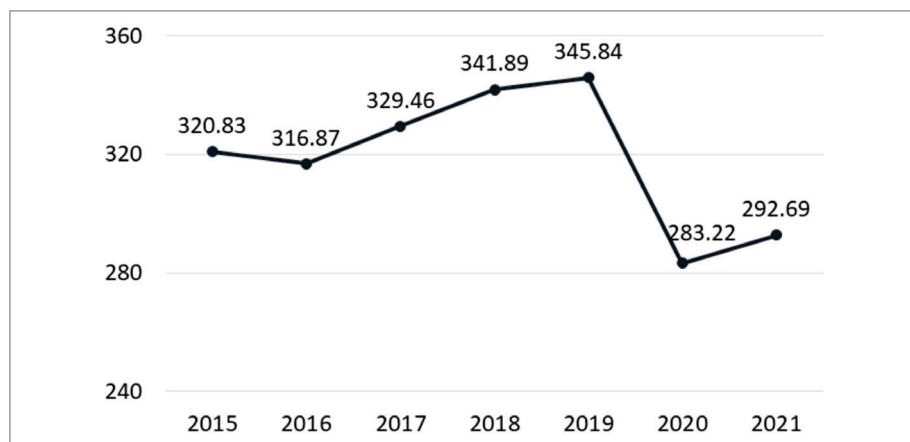
Същевременно тревожен е фактът, че за периода 2015-2020 г. е налице тенденция за намаляване на използваемостта на леглата, която бележи спад с близо 21% през 2020 г. в сравнение с 2015 г. Известно увеличение на показателя отчита НСИ за 2021 г. – 56.9 % използваемост (Таблица 3.29). Докато намалението на използваемостта на леглата през 2020 г. може да бъде обяснено с предприетите мерки за справяне с пандемията от COVID-19 (прекратяване на плановия прием и др.), то понижената използваемост за 2019 г. – 64.9% показва непълноценното използване на наличните ресурси (болничните легла). За сравнение, в ЕС средната използваемост на леглата за периода 2015-2020 г. е 72%, докато у нас за същия период тя е средно 64.4%.

За разлика от по-ниските показатели за среден болничен престой и използваемост на леглата, страната ни е на първо място по хоспитализации на 1000 души от населението в ЕС за периода 2015-2020 г. От 2016 до 2019 г. се наблюдава стабилен възходящ тренд на този показател (Фигура 3.40). През 2020 г. както в България, така и във всички страни от ЕС се отчита намаление на приема в болниците поради наложените противоепидемични мерки. Независимо от това, България остава с най-високото ниво на хоспитализации в ЕС за 2020 г. (283.22 на 1000 души), което е близо два пъти по-високо от средното за ЕС (144 на 1 000 души) (Eurostat, 2023). През 2021 г. НСИ отново отчита увеличение в броя на хоспитализациите – 293 на 1000 души (НСИ, 2023).

За периода 2018-2021 г. се наблюдава намаление на общия брой операции, извършени в лечебните заведения. Редуцирането на броя на операциите засяга най-вече публичните болници – около 32% по-малко през 2021 г. в сравнение с 2015 г. В същото време частните болници

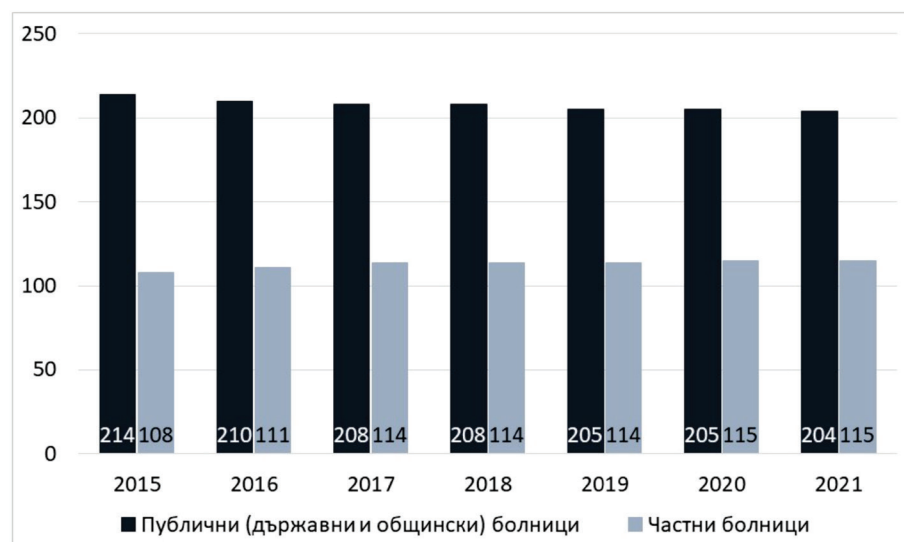
регистрират увеличение в извършените операции за този период, като бележат ръст от 27% за 2021 г. спрямо 2015 г. Налице е тенденция към постепенно изравняване на броя на извършените операции в частните и публичните болници (Фигура 3.42), въпреки че леглата в държавните и общински болници са над 2.5 пъти повече, отколкото тези в частните (НСИ, 2023).

Фигура 3.40. Брой хоспитализации на 1000 души от населението, 2015-2021 г.



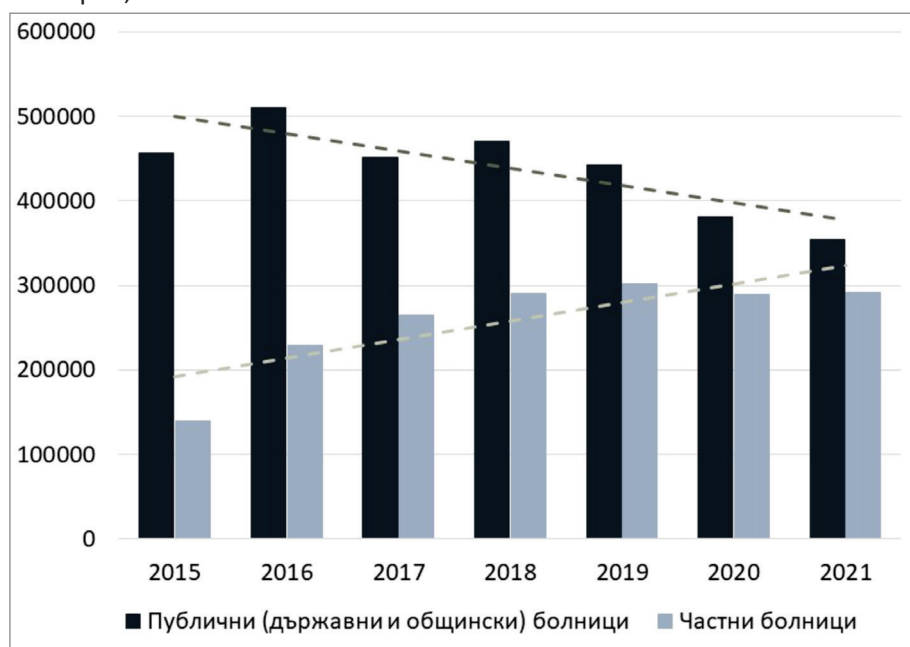
Източник: Eurostat, 2023; НСИ, 2023

Фигура 3.41. Брой публични и частни болници в България, 2015-2021 г.



Източник: НСИ, 2023; НЦОЗА, 2023

Фигура 3.42. Брой операции в публичните и частните болници в България, 2015-2021 г.



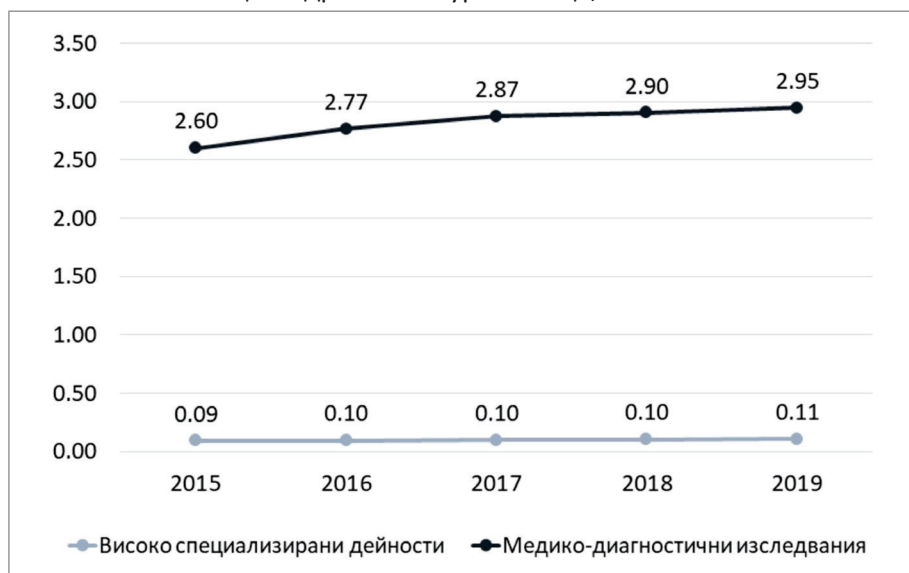
Източник: НСИ, 2023; НЦОЗА, 2023

Следващият показател за оценка на техническата ефективност е броят на медико-диагностичните дейности (МДД), извършени в извънболничната помощ, средно на човек на година. За България са налични данни за извършените високоспециализирани дейности и медико-диагностични изследвания, предоставени само на здравноосигурени лица в болничната и извънболничната помощ (Годишни отчети за дейността на НЗОК). Докато броят на медико-диагностичните изследвания нараства постепенно всяка година за периода 2015–2019 г. (увеличение с 13.5% през 2019 спрямо 2015 г.), броят на високо специализираните дейности остава сравнително постоянен (Фигура 3.43).

Други показатели, които се използват за оценка на ефективността в някои страни, са среден брой посещения при ОПЛ и среден брой посещения при специалист от извънболничната помощ. В България подобна информация може да бъде намерена в годишните отчети за дейността на НЗОК, но се използват различни показатели като: среден брой на отчетени профилактични прегледи на едно здравноосигурено лице (ЗОЛ) при ОПЛ; брой инцидентни посещения при ОПЛ на 10 000 ЗОЛ; брой посещения при специалист на 10 000 ЗОЛ. Следва да обърнем внимание, че представената по-долу информация за посочените

показатели обхваща единствено профилактични прегледи, извършени от ОПЛ, както и първичните консултативни прегледи, които са отчетени и заплатени от НЗОК, съгласно изискванията на НРД. Показателите не отчитат броя на първичните консултативни прегледи на лицата без направление или на здравнонеосигурени лица, които се заплащат директно от пациента.

Фигура 3.43. Брой медико-диагностични дейности (високо специализирани дейности и медико-диагностични изследвания) в извънболничната помощ на здравноосигурено лице, 2015-2019 г.



Забележка: Данните за високо специализираните дейности включват: ехокардиография, електроенцефалография, доплерова сонография, електримиография, диагностична и терапевтична пункция на става.

Източник: НЗОК, 2017, 2018, 2020. Изчисленията са на авторите.

В Годишния отчет за дейността на НЗОК за 2019 г. е посочено, че средният брой на отчетените профилактични прегледи на децата от 0 до 1 год. при ОПЛ е 9.8, при заложен минимум 12 прегледа. Няма изменение в стойността на показателя спрямо 2018 г. По програма „Детско здравеопазване“ при децата от 1 до 2 год. средният брой на отчетените профилактични прегледи е 3.04 за 2019 г., докато през 2018 г. средният брой на прегледите е 2.99. Въпреки че има известно увеличение на стойността на показателя през 2019 г. спрямо 2018 г., не са достигнати предвидените 4 прегледа годишно. Във възрастовата група от 2 до 7 години през 2019 г. се отчитат средно за страната 1.5 профилактични прегледи, като показателят остава същият като през 2018 г. и отново е по-нисък от изискуемите 2 прегледа на годишно (НЗОК, 2020).

Средният брой на отчетените профилактични прегледи на лицата от 7 до 18 години през 2018 и 2019 г. е 0.82 при изискуем по програмата един преглед годишно. (НЗОК 2020). Средният брой на отчетените профилактични прегледи през 2019 г. при лицата над 18 години е 0.40 прегледа на едно ЗОЛ при предвиден един преглед годишно. За същия период на 2018 г. стойността на показателя е 0.39 прегледа на едно ЗОЛ (НЗОК 2020). Отчетените данни показват, че за всички възрастови групи стойностите на показателя среден брой на отчетените профилактични прегледи са по-ниски от заложените за изпълнение. Изпълнение на предвидените дейности на ОПЛ за профилактични прегледи се наблюдава в най-голяма степен във възрастовите групи на децата от 0 до 1 год. – 81.7%, както и при възрастовата група от 7 до 18 год. – 82%. Най-ниско е при ЗОЛ над 18 год. – едва 40% (НЗОК, 2020).

Средният брой посещения при специалист на едно ЗОЛ на година бележи плавен ръст за периода 2015-2019 г. От средно 0.76 посещения през 2015 г. стойността на показателя нараства до 0.79 през 2018 г. и достига до 0.81 първични консултативни прегледи на едно ЗОЛ през 2019 г. (НЗОК, 2017, 2018, 2020).

Едни от най-важните показатели за оценка на ефективността са свързани с отношението на разходите за здравеопазване към крайните резултати от функционирането на здравната система като очакваната продължителност на живота. Най-често очакваната продължителност на живота се измерва и представя в три разреза – очаквана средна продължителност на живота при раждане, очаквана средна продължителност на живота в добро здраве и очаквана средна продължителност на живота на лица над 65-годишна възраст.

Изчисленият показател за общите разходи за здравеопазване на една година очаквана средна продължителност на живота в България (Фигура 3.44) демонстрира постоянен възходящ тренд за анализирания период, като бележи пик през 2020 г., когато се наблюдава увеличаване на разходите по време на пандемията от COVID-19, както и намаляването на очакваната средна продължителност на живота с 1.5 спрямо 2019 г. Тенденцията за увеличаване на този показател се запазва и през 2021 г., характеризираща се с по-високи разходи, висока смъртност и намаляване с още 2.2 години на очакваната продължителност на живота (Eurostat, 2023).

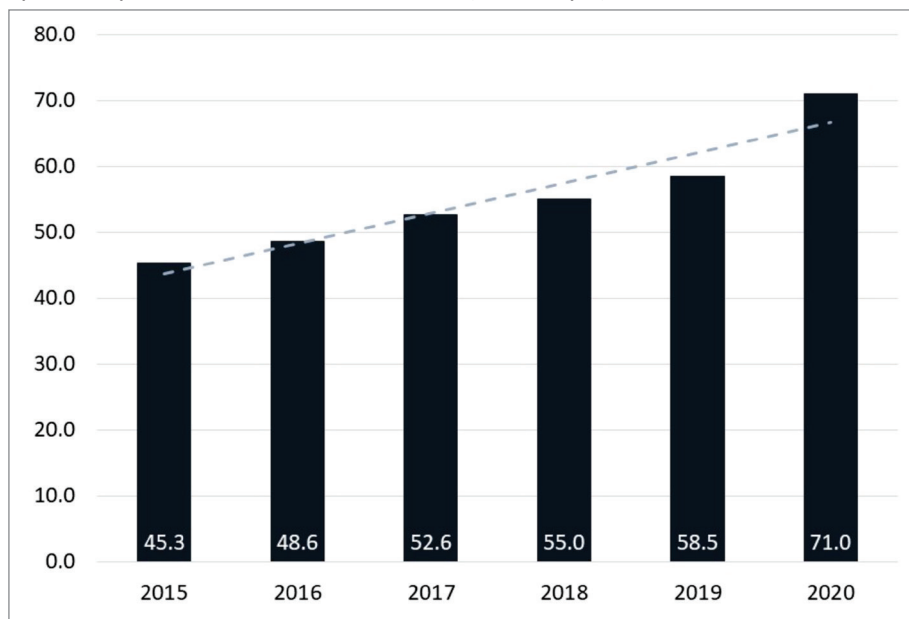
Като цяло общите разходи за здравеопазване в България нарастват с 54% от 2015 до 2020 г. Подобна тенденция се установява и в страните от ЕС. В същото време у нас от 2020 г. е налице тревожна тенденция за намаляване на средната продължителност на предстоящия живот при раждане, както и редуциране на очакваната средна продължителност

на живота на лица на 65-годишна възраст. В страните от ЕС също се отчита намаление в средната продължителност на предстоящия живот през 2020 и 2021 г., което обаче е много по-малко в сравнение с това в България.

Графичното представяне на относителното изменение на разходите за здравеопазване, заедно с изменението на очакваната средна продължителност на живота, ясно очертава дисонанса между нарастващите входящи финансови ресурси и влошаването на крайните резултати от функционирането на здравната система в България (Фигура 3.45).

Показателите за техническа ефективност (продуктивност) на високотехнологичната апаратура (брой на извършените изследвания на един апарат – ядрено-магнитен резонанс и компютърен томограф) са представени на фигура 3.46. През 2018 г. е отчетена най-високата продуктивност на апаратите за ядрено-магнитен резонанс за анализирания период, като през следващите години – 2019 и 2020 г. броят на извършените изследвания намалява. Продуктивността на един компютър томограф е по-висока, като бележи нарастващ тренд до 2019 г. Поради липса на данни към момента не може да бъде изчислена продуктивността на един PET скенер.

Фигура 3.44. Разходи за здравеопазване на една година очаквана средна продължителност на живота (млн. евро), 2015-2020 г.



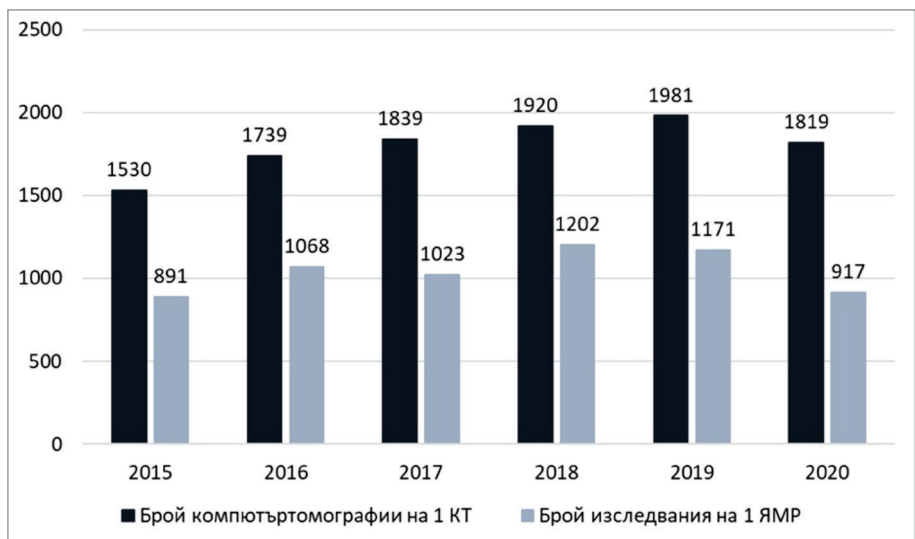
Източник: Eurostat, 2023

Фигура 3.45. Годишно изменение на разходите за здравеопазване и на очакваната средна продължителност на живота в България, 2015-2020 г., в %



Източник: Eurostat, 2023

Фигура 3.46. Брой високотехнологични изследвания на един апарат, 2015-2020 г.



Източник: Eurostat, 2023

Други показатели, свързани с използването на високоспециализирана апаратура при оценката на ефективността, са показателите за брой изследвания на 100 000 души. Като цяло броят на извършените компютърни томографии на 100 000 души в България се увеличава непрекъснато до 2019 г., като бележи лек спад през 2020 г. В сравнителен план обаче България е сред страните с най-малко проведени изследвания на 100 000 души за периода 2015-2020 г. (Eurostat, 2023). България е на последно място по брой проведени изследвания с ядрено-магнитен резонанс на 100 000 души сред страните от ЕС, за които има достъпни данни. За сметка на това се наблюдава значително увеличение в броя на извършените изследвания с PET скенер на 100 000 души от 2015 до 2020 г. (Eurostat, 2023).

Показателят дял на болничните легла по вид се използва за наблюдение и планиране на структурното разпределение и обезпеченост с необходимите болнични легла. В България леглата за активно лечение са с най-висок дял – средно 83% от общия брой болнични легла, следвани от леглата за рехабилитация – 12%, като с най-нисък дял са леглата за дългосрочна грижа – 4%. Съгласно анализа на потребностите от болнични легла, приложен към Националната карта за дългосрочните нужди от здравни услуги на България, общият брой необходими болнични легла е 41 034 (МС, 2021). Следователно към 2020 г. се установява излишък от 13 182 легла, представляващи основно легла за активно лечение, чийто дял трябва да се редуцира от 84% (към 2020 г.) на 67% през следващите години, в съответствие с определените в анализа потребности. Налице е недостиг на легла за дългосрочна грижа, чийто дял следва да бъде увеличен в бъдеще от 4% (за 2020 г.) на 12% от общия брой болнични легла. Делът на необходимите легла за рехабилитация се изчислява на 10%, а този на психиатричните легла – около 11 % от общия брой легла (МС, 2021).

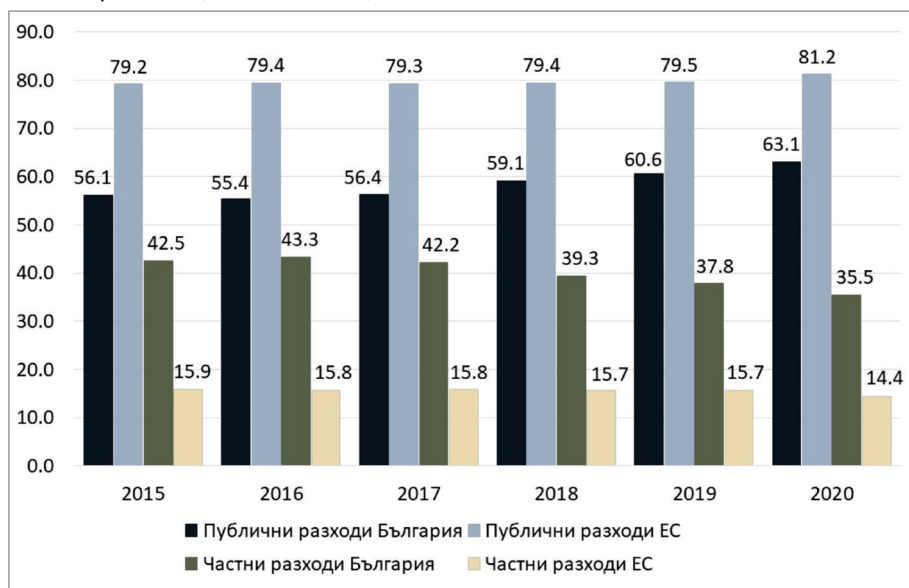
Разпределителна ефективност

Делът от БВП, който има значение за нормалното функциониране на здравната система, е рутинен показател на разпределителната ефективност. За наблюдавания период 2015-2020 г. делът на разходите за здравеопазване от БВП в България нараства от 7.39 на 8.52%, като за сравнение в ЕС този дял се покачва от 9.95 на 10.86% (Eurostat, 2023). Като цяло делът на общите разходи за здравеопазване в България е близък до средните нива за Съюза. По-детайлен анализ обаче показва, че делът на публичните разходи за здравеопазване от БВП варира от 4.15 до 5.38% за разглеждания период, а средно за ЕС е съответно 7.88 и 8.82% (Eurostat, 2023). Въпреки че в България публичните здравни разходи като

дял от общите здравни разходи се покачват в периода 2015-2020 г, те остават по-ниски спрямо средните нива за ЕС, като през 2020 г достигат 63.1% в сравнение с 81.2% в ЕС (Фигура 3.47). Тук отново се откроява високият дял на частните разходи на домакинствата, които са 35.5% от общите здравни разходи през 2020 г. (Eurostat, 2023). Въпреки че делът на частните разходи за здравеопазване намалява, страната ни е на първо място сред държавите членки на ЕС (OECD/EU, 2022). Въз основа анализа на тези показатели за разходите можем да отбележим, че тежестта е прехвърлена по-скоро върху индивидите и домакинствата, което в една здравноосигурителна система свидетелства по-скоро за понижаване на разпределителната ефективност.

В допълнение, следва да обърнем внимание, че при посочване на доплащанията от страна на пациентите не се отчитат даренията, направени за лечение на български граждани в чужбина, в случаите, в които лечението не се покрива от НЗОК.

Фигура 3.47. Дял на публичните и частните разходи за здравеопазване в България и ЕС, 2015-2020 г., в %



Източник: Eurostat, 2023

На мезониво разпределителната ефективност трябва да покаже доколко правилно са планирани ресурсите между подсекторите на здравната система, така че постигнатите резултати да са възможно най-добри. Най-често използваният показател е общи разходи за здравеопазване

по функции. По данни на Евростат през 2020 г. в България най-висок е дялът на разходите за болнична помощ и рехабилитация, следван от дела на разходите за лекарства и медицински изделия и на разходите за извънболнична помощ, който спада от 14.72% през 2015 г. на 12.27% през 2020 г. (Таблица 3.30). За 2020 г. това намаление може да се дължи на отлагането на посещенията в извънболничните лечебни заведения поради пандемията и преразпределение на средствата за другите дейности в системата. Дялът на разходите за лекарства и медицински изделия е по-висок от този за болнична помощ и рехабилитация в периода 2015-2017 г., след което започва да намалява. От 2018 до 2020 г. обаче се наблюдава постепенно увеличаване на разходите за болнична помощ и рехабилитация, което за 2020 г. се дължи на разходите, свързани с COVID-19, включително допълнителните субсидии за болничните заведения (Eurostat, 2023).

Сравнително постоянен е дялът на разходите за профилактични услуги (дейности) – около 3%. Разходите за дългосрочни грижи у нас са традиционно ниски и заемат най-малък дял от текущите здравни разходи. От 2015 до 2019 г. те са под един процент, но през 2020 г. техният дял нараства до 2%. Въпреки това увеличение, България е на предпоследно място преди Гърция в ЕС по този показател. В сравнителен план страната ни изостава значително от средните нива от 16% в ЕС (Eurostat, 2023; OECD/European Union, 2022).

Таблица 3.30. Разходи по функции като дял от общите здравни разходи в България, 2015-2020 г., в %

Функции	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Болнична помощ и рехабилитация	32.28	32.83	34.20	36.24	36.68	38.34
Извънболнична помощ	14.72	14.00	14.10	13.63	13.63	12.27
Дневна грижа	5.13	4.60	3.32	3.27	3.31	2.68
Лекарства и медицински изделия	35.95	36.74	36.97	35.41	34.36	32.62
Спомагателни услуги	4.60	4.48	4.43	4.25	4.40	4.54
Превенция	2.79	2.77	2.75	2.83	2.96	2.82
Дългосрочни грижи	0.13	0.09	0.09	0.10	0.12	2.11
Управление и администриране на здравната система	1.45	1.43	1.43	1.57	1.59	2.22

Източник: Eurostat, 2023

За съжаление, липсват официални статистически данни за България, необходими за изчисляване на показателите за неефективност. Единствената достъпна статистическа информация откриваме за дела на разходите за здравна администрация, които бяха разгледани по-горе, в

показателите за разпределителна ефективност, като в сравнителен план се установи, че техният дял у нас, въпреки че леко се покачва до 2.2% през 2020 г., остава по-нисък от средните нива за ЕС – около 3.7% за 2020 г. (Eurostat, 2023).

Библиография:

Василев Н, Велев Р, Минева Д. (2021). Проучване на смъртността на родилките в България за периода 2010-2020 г. София: НЗОК. Достъпен на: <https://www.nhif.bg/bg/nzok/publications/165>.

Европейската агенция за околна среда. (2022). Фини прахови частици (ФПЧ10 и ФПЧ2.5). Достъпен на: <https://eea.government.bg/bg/output/daily/pollutants/pm.html>.

Индекс на болниците. (2023). Данни. Гинекология. Достъпен на: <https://clinica.bg/menu-115-ginekologiq>.

Индекс на болниците. (2020). Инсултите са „намалели“ с 21% по време на COVID-19. Достъпен на: <https://clinica.bg/12173-Insultite-sa-%E2%80%99Namaleli%E2%80%99C-s-21--po-vreme-na-Kovid-19>.

Министерство на вътрешните работи, Национален статистически институт. (2021). Пътнотранспортни произшествия в Република България 2020. София: НСИ. Достъпен на: https://nsi.bg/sites/default/files/files/publications/ptp_2020.pdf.

Министерство на здравеопазването. (2016). Годишен доклад за състоянието на здравето на гражданите в Република България и изпълнение на националната здравна стратегия за 2015 г. София: НЦОЗА. Достъпен на: https://ncpha.government.bg/uploads/reports-analyzes/HealthStatusOfCitizens_AnualReport_2015.pdf.

Министерство на здравеопазването. (2017). Годишен доклад за състоянието на здравето на гражданите в Република България и изпълнение на националната здравна стратегия за 2016 г. София: НЦОЗА. Достъпен на: https://ncpha.government.bg/uploads/reports-analyzes/HealthStatusOfCitizens_AnualReport_2016.pdf.

Министерство на здравеопазването. (2018). Годишен доклад за състоянието на здравето на гражданите в Република България и изпълнение на националната здравна стратегия за 2017 г. София: НЦОЗА. Достъпен на: https://ncpha.government.bg/uploads/reports-analyzes/HealthStatusOfCitizens_AnualReport_2017.pdf.

Министерство на здравеопазването. (2019). Годишен доклад за състоянието на здравето на гражданите в Република България и изпълнение на националната здравна стратегия за 2018 г. София: НЦОЗА. Достъпен на: https://ncpha.government.bg/uploads/reports-analyzes/HealthStatusOfCitizens_AnualReport_2018.pdf.

Министерство на здравеопазването. (2020). Годишен доклад за състоянието на здравето на гражданите в Република България и изпълнение на националната здравна стратегия за 2019 г. София: НЦОЗА. Достъпен на: https://ncpha.government.bg/uploads/reports-analyzes/HealthOfTheNation_AnualReport_2020.pdf.

Министерство на здравеопазването. (2021). Годишен доклад за състоянието на здравето на гражданите в Република България и изпълнение на националната здравна стратегия за 2020 г. София: НЦОЗА. Достъпен на: https://ncpha-government.bg/uploads/reports-analyzes/HealthOfTheNation_AnnualReport_2020.pdf.

Министерство на здравеопазването. (2014). Концепция за развитие на системата за спешна медицинска помощ в Република България 2014-2020 г. София: МЗ. Достъпен на: <https://www.mh-government.bg/bg/politiki/strategii-i-kontseptsii/koncepcii/koncepciya-za-razvitie-speshnata-medicinska-pomosht/>.

Министерство на здравеопазването. (2022). Национална програма за първична профилактика на рака на маточната шийка 2021 – 2024 г. София: МЗ. Достъпен на: https://www.mh-government.bg/media/filer_public/2022/10/26/programa-papilomen-virus.pdf.

Министерски съвет. (2021). Национална карта на дългосрочните нужди от здравни услуги. София: МС. Достъпен на: <https://www.strategy.bg/FileHandler.ashx?fileId=31511>.

Национална здравноосигурителна каса. (2017). Годишен отчет за дейността на НЗОК за 2016 г. София: НЗОК. Достъпен на: https://www.nhif.bg/bg/nzok/annual_report.

Национална здравноосигурителна каса. (2018). Годишен отчет за дейността на НЗОК за 2017 г. София: НЗОК. Достъпен на: https://www.nhif.bg/bg/nzok/annual_report.

Национална здравноосигурителна каса. (2019). Годишен отчет за дейността на НЗОК за 2018 г. София: НЗОК. Достъпен на: https://www.nhif.bg/bg/nzok/annual_report.

Национална здравноосигурителна каса. (2020). Годишен отчет за дейността на Националната здравноосигурителна каса за 2019 г. София: НЗОК. Достъпен на: https://www.nhif.bg/bg/nzok/annual_report.

Национален статистически институт. (2014). Европейско здравно интервю. Втора вълна – 2014 година (Основни резултати). София: НСИ. Достъпен на: <https://www.nsi.bg/sites/default/files/files/pressreleases/EHIS2014.pdf>.

Национален статистически институт. (2019). Европейско здравно интервю. Трета вълна - 2019 година (Предварителни данни). София: НСИ. Достъпен на: https://www.nsi.bg/sites/default/files/files/pressreleases/EHIS2019_3MTAFLZ.pdf.

Национален статистически институт. (2022). Инфлация и индекси на потребителските цени за май 2022 г. Прессъобщения. Достъпен на: <https://www.nsi.bg/bg/content/>.

Национален статистически институт. (2021). Образование в Република България 2021. София: НСИ. Достъпен на: <https://nsi.bg/sites/default/files/files/publications/education2021.pdf>.

Национален статистически институт. (2022). Преброяване 2021. Здравен статус на населението към 7 септември 2021 година. Прессъобщение, 16.12.2022 г. Достъпен на: <https://nsi.bg/sites/default/files/files/pressreleases/Census2021-hd.pdf>.

Национален статистически институт. (2022) / (2023). Статистически данни [база данни]. Достъпен на: <https://www.nsi.bg/bg/content/>.

Национален център по заразни и паразитни болести. (2018). Анализ на

изпълнението на дейностите по имунопрофилактиката в България през 2017 година. София: НЦЗПБ. Достъпен на: https://www.ncipd.org/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=84&Itemid=1337&lang=bg.

Национален център по заразни и паразитни болести. (2019). Анализ на изпълнението на дейностите по имунопрофилактиката в България през 2018 година. София: НЦЗПБ. Достъпен на: https://www.ncipd.org/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=84&Itemid=1337&lang=bg.

Национален център по заразни и паразитни болести. (2020). Анализ на изпълнението на дейностите по имунопрофилактиката в България през 2019 година. София: НЦЗПБ. Достъпен на: https://www.ncipd.org/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=84&Itemid=1337&lang=bg.

Национален център по заразни и паразитни болести. (2021). Анализ на изпълнението на дейностите по имунопрофилактиката в България през 2020 година. София: НЦЗПБ. Достъпен на: https://www.ncipd.org/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=84&Itemid=1337&lang=bg.

Национален център по заразни и паразитни болести. (2022). Анализ на изпълнението на дейностите по имунопрофилактиката в България през 2021 година. София: НЦЗПБ. Достъпен на: https://www.ncipd.org/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=84&Itemid=1337&lang=bg.

Национален център по заразни и паразитни болести. (2023). Анализ на изпълнението на дейностите по имунопрофилактиката в България през 2022 година. София: НЦЗПБ. Достъпен на: https://www.ncipd.org/index.php?option=com_k2&view=item&layout=item&id=84&Itemid=1337&lang=bg.

Национален център по обществено здраве и анализи. (2022а). Доклад от национално проучване на факторите на риска за здравето сред населението в Р България - 2020. София: НЦОЗА. Достъпен на: <https://ncpha.government.bg/uploads/main-activities/npp/nppcnd/monitoring/2022-nat-survey-HRF.pdf>.

Национален център по обществено здраве и анализи. (2020). Здравеопазване. Кратък статистически справочник 2019. София: НЦОЗА. Достъпен на: https://ncpha.government.bg/uploads/magazines/healthcare/healthcare_20_Bul.pdf.

Национален център по обществено здраве и анализи. (2021). Здравеопазване. Кратък статистически справочник 2020. София: НЦОЗА. Достъпен на: https://ncpha.government.bg/uploads/magazines/healthcare/Healthcare_21.pdf.

Национален център по обществено здраве и анализи. (2022б). Здравеопазване. Кратък статистически справочник 2021. София: НЦОЗА. Достъпен на: https://ncpha.government.bg/uploads/magazines/healthcare/Healthcare_22.pdf.

Национален център по обществено здраве и анализи. (2023). Здравеопазване. Кратък статистически справочник 2022. София: НЦОЗА. Достъпен на: https://ncpha.government.bg/uploads/magazines/healthcare/Healthcare_23.pdf.

Национален център по обществено здраве и анализи. (2016). Национално проучване на факторите на риска за здравето сред населението в Р България – 2014 г. Българско списание за обществено здраве. 8(4), 1-102.

Рохова М, Димова А, Атанасова Е. (2017). Достъп до здравни услуги на населението в Североизточния район на България. Сб. доклади от Първа национална конференция по обществено здраве „Общественото здраве – глобален приоритет в науката и практиката“, Варна, 66–73.

Рохова М. (2022). Косвените ефекти на пандемията от COVID-19 – отлагане на здравни услуги и последствията за здравната система. Публични политики. 13(2), 130-146.

Рохова М. (2017). Частни разходи за здравеопазване и неравенства в достъпа до здравни услуги в България. Варненски медицински форум. 6(1), 177–183.

Фискален съвет на България. (2022). Становище относно Проект на Закон за бюджета на НЗОК за 2021 г. Достъпен на: <https://parliament.bg/pub/cW/20201104103443%D0%A4%D0%A1.pdf>.

Atanasova E, Rohova M, Dimova A. (2016). Unmet needs for health care services in Bulgaria. *J of IMAB*. 22(3), 1324–1327.

Balabanova D, McKee M. (2002). Access to health care in a system transition: The case of Bulgaria. *Int J Health Plan Manag*. 17(4), 377–395.

Barro R, Ursua J, Wen J. (2020). Coronavirus meets the Great Influenza Pandemic. *VoxEU – CEPR's policy portal*. 20 March. Available at: <https://voxeu.org/article/coronavirus-meets-great-influenza-pandemic>.

Bersano A, Kraemer M, Touzé E, Weber R, Alamowitch S, Sibon I, Pantoni L. (2020). Stroke care during the COVID-19 pandemic: Experience from three large European countries. *Eur J Neurol*. 27(9), 1794–1800.

Bhatt AS, Moscone A, McElrath EE, Varshney AS, Claggett BL, Bhatt DL, Januzzi JL, Butler J, Adler DS, Solomon SD, Vaduganathan M. (2020). Fewer hospitalizations for acute cardiovascular conditions during the COVID-19 pandemic. *J Am Coll Cardiol*. 76(3), 280–288.

Björnberg A. (2015). Euro Health Consumer Index 2015. Stockholm: Health Consumer Powerhouse. Available at: <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2015/EHCI-2015-report.pdf>.

Björnberg A, Phang AY. (2018). Euro Health Consumer Index 2018. Stockholm: Health Consumer Powerhouse. Available at: <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf>.

Blecker S, Jones SA, Petrilli CM, Admon AJ, Weerahandi H, Francois F, Horwitz LI. (2021). Hospitalizations for chronic disease and acute conditions in the time of COVID-19. *JAMA Intern Med*. 181(2), 269–271.

Canadian Medical Association/Deloitte. (2021). A struggling system. Understanding the health care impacts of the pandemic. Available at: <https://www.cma.ca/sites/default/files/pdf/health-advocacy/Deloitte-report-nov2021-EN.pdf>.

Chudasama YV, Gillies CL, Zaccardi F, Coles B, Davies MJ, Seidu S, Khunti K. (2020). Impact of COVID-19 on routine care for chronic diseases: A global survey of views from healthcare professionals. *Diabetes Metab Syndr*. 14(5), 965–967.

Coulter A, Jenkinson C. (2005). European patients' views on the responsiveness of health systems and healthcare providers. *Eur J Public Health*. 15(4), 355–360.

Devos C, Cordon A, Lefevre M, Obyn C, Renard F, Bouckaert B, Gerkens S, Maertns de Noordhout C, Devleeschauwer B, Haelterman M, Leonard C, Meeus P. (2019). Performance of the Belgian health system – report 2019. Brussels: Health Services Research, Belgian Health Care Knowledge Centre. KCE Reports No. 313.

Dimitrov G, Valkov T, Batselova H, Kounchev O, Momekov G, Argirova R. (2023). Nationwide analysis of the impact of COVID-19 in patients with a cardiovascular, oncological or chronic pulmonary disease in the context of an Eastern European country with a low vaccination rate, Bulgaria: March 2020–April 2022. *BMJ Open*. 13, e068431.

Dimova A, García-Ramírez J. (2022). Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Bulgaria. Copenhagen: WHO Regional Office

for Europe. Available at: <https://www.who.int/europe/publications/m/item/can-people-afford-to-pay-for-health-care--new-evidence-on-financial-protection-in-bulgaria>.

Dimova A, Rohova M, Koeva S, Atanasova E, Koeva-Dimitrova L, Kostadinova T, Spranger A, Polin K. (2022). Bulgaria: Health system summary 2022. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. Available at: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/bulgaria-health-system-summary>

Dimova A, Rohova M, Koeva S, Atanasova E, Koeva-Dimitrova L, Kostadinova T, Spranger A. (2018). Bulgaria: Health system review. Health Systems in Transition. 20(4), 1–256.

EU Expert Group on Health Systems Performance Assessment. (2020). Assessing the resilience of health systems in Europe: An overview of the theory, current practice and strategies for improvement. Luxembourg: Publications Office of the EU. Available at: https://health.ec.europa.eu/publications/assessing-resilience-health-systems-europe_en.

Eurofound. (2023). Living, working and COVID-19 dataset. Dublin. Available at: <http://eurofound.link/covid19data>.

European Centre for Disease Prevention and Control. (2022). Antimicrobial consumption in the EU/EEA. Annual Epidemiological Report for 2021. ECDC. Sweden. Available at: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/ESAC-Net_AER_2021_final-rev.pdf.

European Centre for Disease Prevention and Control. (2023a). Antimicrobial resistance in Europe 2023-2021 data. ECDC. Sweden. Available at: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/antimicrobial-resistance-surveillance-europe-2023-2021-data>.

European Centre for Disease Prevention and Control. (2023b). COVID-19 vaccine tracker. Last updated: 07 September 2023. Available at: <https://vaccinetracker.ecdc.europa.eu/public/extensions/COVID-19/vaccine-tracker.html>.

European Commission. (2022). Economic forecast: Russian invasion tests EU economic resilience. Spring 2022. Institutional Paper No. 173. Available at: https://ec.europa.eu/info/business-economy-euro/economic-performance-and-forecasts/economic-forecasts/spring-2022-economic-forecast_en.

Eurostat. (2022). Eurostat [online database]. Brussels, European Commission. Available at: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tec00115/default/table?lang=en>.

Eurostat. (2023). Eurostat [online database]. Brussels, European Commission. Available at: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tec00115/default/table?lang=en>.

Eurostat. (2021). Key figures on Europe — Statistics illustrated — 2021 edition [online database]. Brussels, European Commission. Available at: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-statistical-books/-/ks-ei-20-001>.

Institute for Health Metrics and Evaluation. (2019). Global Burden of Disease. Results [online database]. Available at: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>.

Knowles JC, Leighton C, Stinson W. (1997). Measuring results of health sector reform for system performance: A handbook of indicators. Partnership for Health Reform. Report No. 1. Available at: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.202.795&rep=rep1&type=pdf>.

Ma C, Rogers J, Zhou S. (2020). Modern health crises: Recession and recovery. VoxEU – CEPR's policy portal. 13 May. Available at: <https://voxeu.org/article/modern-health-crises-recession-and-recovery>.

O'Donnell O. (2009). Measuring health inequalities in Europe. Methodological issues in the analysis of survey data. *Eurohealth*. 15(3), 10–14.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2017). Bulgaria: Country Health Profile 2017. State of Health in the EU. Paris: OECD Publishing/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. Available at: https://health.ec.europa.eu/state-health-eu/country-health-profiles/country-health-profiles-2017_en.

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2021). Bulgaria: Country health profile 2021. State of Health in the EU. Paris: OECD Publishing/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. Available at: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/m/bulgaria-country-health-profile-2021>.

OECD/European Union. (2022). Health at a Glance: Europe 2022. State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing. Available at: <https://doi.org/10.1787/82129230-en>.

OECD/Eurostat. (2022). Avoidable mortality: OECD/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death (January 2022 version). Available at: <https://www.oecd.org/health/health-systems/Avoidable-mortality-2019-Joint-OECD-Eurostat-List-preventable-treatable-causes-of-death.pdf>.

OECD. (2021a). Employment outlook 2021: Navigating the COVID-19 crisis and recovery. Paris: OECD Publishing. Available: <https://doi.org/10.1787/5a700c4b-en>.

OECD. (2021b). Health at a Glance 2021: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing. Available at: <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.

OECD. (2022b). Main economic indicators. Vol. 2022, issue 5. Paris: OECD Publishing. Available at: https://read.oecd-ilibrary.org/economics/main-economic-indicators/volume-2022/issue-5_bb256505-en#page60.

OECD. (2023). OECD Data. Health [online database]. Available at: <https://data.oecd.org/health.htm#profile-Health%20status>.

OECD. (2020). OECD Economic outlook. Vol. 2020, issue 1, Paris: OECD Publishing. Available at: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/0d1d1e2e-en/index.html?itemId=/content/publication/0d1d1e2e-en>.

OECD. (2022a). OECD Economic outlook. Vol. 2022, issue 1. Preliminary version. Paris: OECD Publishing. Available at: https://www.oecd-ilibrary.org/sites/62d0ca31-en/1/3/1/index.html?itemId=/content/publication/62d0ca31-en&_csp_=0cf9a35c204747c5f82f56787b31b42b&itemIGO=oecd&itemContentType=book.

Rohova M. (2022). Inequalities in health care services utilization and the impact of the COVID-19 pandemic in Bulgaria. *Izvestia Journal of the Union of Scientists – Varna, Economic Sciences Series*. 11(3), 169-178.

Rohova M, Mihaylov NL, Ivanova E, Pancheva R, Chamova R, Hadzhieva S, Kolarova M, Paunov T, Radeva N. (2023). Rumours, conspiracy beliefs and COVID-19 vaccination attitudes in Bulgaria: A cross-sectional study. *Trakia J Sci, Ser Soc Sci*. 21(2), 148-154.

Schäfer I, Hansen H, Menzel A, Eisele M, Tajdar D, Lühmann D, Scherer M. (2021). The effect of COVID-19 pandemic and lockdown on consultation numbers, consultation reasons and performed services in primary care: results of a longitudinal observational

study. *BMC Fam Pract.* 22(1), 125.

Schäfer WLA, Boerma WGW, Murante AM, Sixma HJM, Schellevis FG, Groenewegen PP. (2015). Assessing the potential for improvement of primary care in 34 countries: A cross-sectional survey. *Bull World Health Organ.* 93(3), 161–168.

Tille F, Röttger J, Gibis B, Busse R, Kuhlmeier A, Schnitzer S. (2019). Patients' perceptions of health system responsiveness in ambulatory care in Germany. *Patient Educ Couns.* 102(1), 162–171.

Valentine N, Darby C, Bonsel GJ. (2008). Which aspects of non-clinical quality of care are most important? Results from WHO's general population surveys of "health systems responsiveness" in 41 countries. *Soc Sci Med.* 66(9), 1939–1950.

Valentine N, de Silva A, Kawabata K, Darby C, Murray CJ, Evans DB. (2003). Health system responsiveness: Concepts, domains and operationalization. In: Murray C, Evans DB (Eds.). *Health systems performance assessment: Debates, methods and empiricism.* Geneva: World Health Organization, 573–596.

Valentine N, Salomon J. (2003). Weights for responsiveness domains: Analysis of country variation in 65 national sample surveys. In: Murray C, Evans DB (Eds.). *Health systems performance assessment: Debates, methods and empiricism.* Geneva: World Health Organization, 631–642.

van den Berg MJ, de Boer D, Gijzen R, Heijink R, Limburg LCM, Zwakhals SLN (Eds.). (2015). *Dutch health care performance report 2014.* Bilthoven: National Institute for Public Health and the Environment.

van der Kooy J, Valentine NB, Birnie E, Vujkovic M, de Graaf JP, Denktas S, Steegers EA, Bonsel GJ. (2014). Validity of a questionnaire measuring the world health organization concept of health system responsiveness with respect to perinatal services in the Dutch obstetric care system. *BMC Health Serv Res.* 14, 622.

World Bank. (2022). *World Development Report 2022: Finance for an equitable recovery.* Washington, DC: World Bank. Available at: <https://doi.org/10.1596/978-1-4648-1730-4>.

World Health Organization. (2017). Determinants of health. 3 February 2017 | Q&A. WHO [Internet]. Available at: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/determinants-of-health>.

World Health Organization. (2020). The Global Health Observatory. Global health estimates: Leading causes of death. WHO [Internet]. Available at: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>.

World Health Organization. (2023). The Global Health Observatory. Global health estimates: Leading causes of DALYs. WHO [Internet]. Available at: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/global-health-estimates-leading-causes-of-dalys>.

World Health Organization. (2022). The Global Health Observatory. Noncommunicable diseases: Risk factors. WHO [Internet]. Available at: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/ncd-risk-factors>.

World Health Organization. Regional Office for Europe. (2019). *Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019: Data sources and methods.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Available at: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/346060/WHO-EURO-2019-3544-43303-60695-eng.pdf?sequence=3>.

4. Констатации за здравната система и оценката на нейното функциониране

4.1. Обобщена интерпретация на резултатите

Антония Димова

При апробирането на концептуалната рамка за оценка на функционирането на българската здравна система се очертават ясно добре известните и персистиращи основни проблеми на системата. Това показва надеждността на рамката и избраните от нас индикатори, макар че не всички са включени в анализа поради липса на данни. Освен това, дори само по налични данни, рамката дава възможност да се интерпретират известните факти по един по-систематичен начин, който е необходим за осмислянето на резултатите в тяхната свързаност и в по-голяма дълбочина – нещо безспорно крайно необходимо за здравната политика.

Предвид същността и предназначението на оценката на функционирането на здравната система, индикаторите се използват за насочване на вниманието към проблемите на и във системата, които в редица случаи трябва да бъдат допълнително изследвани за причини и фактори на влияние. Тези допълнителни анализи са необходими за вземането на адекватни здравнополитически решения, водещи до реално подобряване на функционирането на здравната система.

Въпреки липсата на достатъчно и надеждни данни по съществена част от показателите за оценка на функционирането на здравната система в България по разработената от нас рамка, събраната информация дава основания да се направят крайни заключения за функционирането на системата и да се очертаят насоки за нейното подобряване. Разбира се, те се основават на нашата интерпретация (за която сме се опитали да подходим с максимална обективност) за взаимовръзката на инструменталните и крайните цели на системата, наличността и начина на използване на нейните ресурси, и контекста, в който системата функционира.

Синоптичният поглед върху крайните и инструменталните резултати, равнопоставеността, ефективността и издръжливостта на системата разкрива някои съществени негативни характеристики на нейното функциониране.

Подобряването на здравното състояние на населението е крайна (вътрешноприсъща) цел на всяка здравната система и атестат за успешността на здравната политика. Наред с това, в развитите

демокрации, вътрешноприсъща цел на здравната система е и нейната чувствителност към потребностите и очакванията на хората, за които системата е предназначена.

За оценката на функционирането на системата по отношение на здравното състояние не използваме поставените в Националната здравна стратегия 2020 здравни цели, тъй като ги считаме за неуместно зададени (вж. т. 3.1.), а се позоваваме по-скоро на сравнението по основни здравни показатели между България и страните от ЕС и на тенденциите в тяхното изменение. При интерпретацията на резултатите за здравното състояние на населението е необходимо да бъде взета предвид способността на системата да преодолява социоикономическите различия между отделни групи от населението, които могат да доведат до различия в здравния им статус, и да постига това устойчиво във времето, независимо от сътресения или кризи в средата, в която системата функционира.

Основните заключения от направените анализи по отношение на здравния статус могат да се обобщят в следното:

- Системата не успява да постигне съществено подобряване на здравното състояние в периода преди пандемията от COVID-19, а по време на и след нея показателите се влошават, част от тях – драматично. Таблица 4.1 показва съпоставка между избрани индикатори за здравно състояние в България и ЕС и промените в тях преди и след пандемията от COVID-19. До 2019 г. подобряване се отчита само по някои от показателите (като очаквана продължителност на живота при раждане, очаквана продължителност на живота на 65 г. при жените, детската смъртност и смъртността при сърдечно-съдови заболявания), при това с бавни темпове, предвид целите за достигане на средните стойности за страните от ЕС. По други показатели не се отчита промяна (например очакваната продължителност на живота на 65 г. при мъжете и общата смъртност) или се регистрира влошаване спрямо предходни години (например на смъртността при онкологични заболявания). Дори и по отношение на показатели, които се подобряват обаче, като детската смъртност, съществуват значителни неравенства. Различията в детската смъртност между градските и селските райони се задълбочават през последните години, като през 2021 г. отбелязват най-високата си стойност за периода 2018-2022 г. Съществени разлики в здравните показатели се наблюдават между хората с най-ниски и най-високи доходи, между тези с основно и с висше образование, както и между жителите на големите градове и на селата. Разликите според дохода и типа

на населеното място в България са по-големи от средните за ЕС, което показва, че социално-икономическите детерминанти на здравето у нас оказват по-силно негативно влияние върху здравното състояние на по-уязвимите групи.

- Безпрецедентният спад в очакваната продължителност на живота през 2020 и 2021 г. и влошаването на редица от здравните показатели до голяма степен е отражение на въздействието на пандемията от COVID-19 върху функционирането на здравната система, което показва, че способностите на системата да абсорбира сътресенията и да се адаптира към нови обстоятелства до голяма степен са компрометирани. Предвид невъзможността на здравната система комплексно и устойчиво да продуцира подобрене в здравното състояние на населението при обичайни обстоятелства на нейното функциониране, фактът, че не успява да постига целите си във време на криза не е изненадващ.

Подобряването на здравния статус на населението зависи от множество фактори, сред които поведенчески и фактори на околната среда. Влиянието на редица от тях трудно може да бъде компенсирано от доброто функциониране на здравната система (например повишената респираторна заболяемост поради лошо качество на въздуха), но то може да ограничи последиците чрез добро качество на превантивните, профилактичните и лечебните дейности, до които е осигурен равнопоставен достъп (основан на здравните потребности, а не на социоикономически неравенства). Поведенчески фактори, фактори на околната и на социалната среда, които не могат да бъдат компенсирани с функционирането на здравната система и зависят повече от други области на общественния живот са предмет на здравната политика. Индикатори по избрани детерминанти на здравето, имащи отношение към здравето на населението, но несвързани пряко с функционирането на здравната система (Таблица 4.2), показват приоритетните области, в които здравната политика трябва да се развива чрез прилагане на концепцията „Здраве във всички политики“ (*Health in All Policies*) и разширението ѝ в резултат на пандемията от COVID-19 до „Здраве за всички политики“ (*Health for All Policies*) (Greer et. al., 2022).

Нашето изследване на чувствителността на здравната система, която е другият краен резултат в разработената концептуална рамка, показва наличието на голям потенциал за подобряване на функционирането на системата, така че тя да допринася повече за благополучието и да създава по-голямо доверие в гражданите. Голямо несъответствие има между очакванията на българските граждани и реалността по отношение

на бързото отзоваване на потребностите, свързани с конкретен здравен проблем и зачитането на автономността на пациентите, които са с допълнителен дефицит при уязвимите групи. Удовлетвореността от здравната система като цяло е значително по-ниска в сравнение с тази от отделните видове здравни услуги, получени през последните 12 месеца. Делът на хората с най-високи доходи (пети квинтил), които са удовлетворени от специализираната извънболнична помощ, е значително по-висок от този при хората с най-ниски доходи (първи квинтил). Разлика се установява и в удовлетвореността от болнична помощ между жителите на големите градове и селата, макар и в по-малка степен.

В концептуалната рамка инструменталните цели са средство за постигане на крайните резултати на здравната система. Доброто качество на превантивните, профилактичните и лечебните дейности, до които е осигурен равнопоставен достъп, основан на здравните потребности, са водещите инструментални цели, които трябва да бъдат постигнати чрез функционирането на системата.

Без претенции за изчерпателност, която е необходима за адекватната оценка, стойностите на някои ключови индикатори за качеството на медицинската помощ (Таблицы 4.3 и 4.4 и т. 3.2.1) и достъпа (Таблица 4.5 и т. 3.2.2) кореспондират пряко с неспособността на здравната система да постига крайните си цели.

Високите стойности на показателите за смъртност и свръхсмъртността по време на пандемията от COVID-19 са до голяма степен свързани с предотвратимата смъртност – комплексен показател, който е чувствителен към качеството на превантивната, профилактичната и лечебната дейност. Въпреки че обхватът с профилактични прегледи се увеличава през 2019 спрямо 2014 г., той остава значително по-малък от средния за ЕС и с чувствителни разлики между хората с висше и с основно образование, а в някои случаи и с разлика между половете. Високите стойности на индикаторите за хоспитализации (общо и при определени заболявания), ражданията с цезарово сечение и употребата на антибиотици са показателни не само за съществуващи проблеми с уместността на медицинската помощ, като елемент на качеството, но и за проблеми в ефективността на здравната система. Разпределението на разходите по функции – за превенция, извънболнична, болнична помощ, лекарства и т.н., е едновременно резултат от и предпоставка за неефективното функциониране на системата, изразяващо се в ръст на разходите, който не кореспондира със съответното му подобрение в крайните резултати на системата. Ниската ефективност на системата е и водеща причина за съществуващите проблеми с достъпа, основната част от които са по финансови причини.

Таблица 4.1. Резултати на здравната система в България: здравен статус и неравенства, избрани показатели

Здравен статус и социо-икономически неравенства, избрани индикатори	България						ЕС (среден)	
	2019	Δ спрямо предходните 1-3 години	2021	Δ спрямо 2020	2022	Δ спрямо 2021	2019	2021
Очаквана продължителност на живота при раждане	75.1	+	71.4	-			81.3	80.1
Очаквана продължителност на живота на 65г., в години, мъже	14.2		11.7	-				
Очаквана продължителност на живота на 65г., в години, жени	18.1	+	15.6	-	1837.8			
Обща стандартизирана смъртност, на 100 хил. души от населението	1549.4		2166.3	+	4.8	-		
Детска смъртност, на 1000 живородени	5.6	-	5.6	+	1099.3	-	3.4	3.2
Смъртност при заболяване на сърдечно-съдовата система, на 100 хил. души	998.2	-	1163.2	+	252.1	-		
Смъртност при онкологични заболявания, на 100 хил. души	262.3	+	250.4	-	86.4	+		
Смъртност при заболявания на дихателната система, на 100 хил. души	60.1	-	99	+	31	-		
Самооценка на здравето при хора на възраст 16+: "много добро" и "добро" (%) - Δ между хората с най-високи и най-ниски доходи	29.9	+	29.6	-	26.9	+	21.2	20.5
Самооценка на здравето при хора на възраст 65+: "много добро" и "добро" (%) - Δ между хората с най-високи и най-ниски доходи	26.6	+	26.3		26.9		24.8	25.3
Ограничения в ежедневните дейности поради здравен проблем при хора на възраст 16+ (%) - Δ между хората живеещи на село и в голям град	8.8	-	3.9	-	5.4	+	3.4	2.3
Ограничения в ежедневните дейности поради здравен проблем при хора на възраст 65+ (%) - Δ между хората живеещи на село и в голям град	12.5		7.1	+	6.7	-	6.1	3.5

Легенда:

-  Стойност по-висока от средната за ЕС или от повечето страни в ЕС
-  Стойност съпоставима със средната за ЕС или по-ниска от повечето страни в ЕС
- По-ниска стойност спрямо предходен период
- +
- По-висока стойност спрямо предходен период
- Влошаване
- Подобрение
- Без промяна

Източници: НСИ, 2023; Eurostat, 2023

Таблица 4.2. Детерминанти на здравето и неравенства, избрани показатели

Детерминанти за здравето и социо-икономически неравенства, избрани индикатори	България		ЕС	
	2019	Δ спрямо 2014	2019	Δ спрямо 2014
Дял от населението, което консумира плодове ежедневно	39.5	+	56.1	+
Дял от населението, което консумира зеленчуци ежедневно	48.6	+	50.6	+
Дневна консумация на плодове и зеленчуци: от 1 до 4 порции (%) - хора с основно образование	41.2	+	56	+
Дневна консумация на плодове и зеленчуци: от 1 до 4 порции (%) - хора с висше образование	56.8	+	57.1	+
Дял от населението, употребяващо тютюневи изделия ежедневно	28.7	+	18.4	-
Употребя на тютюневи изделия: ежедневно (%) - първи доходен квинтил	23.4	-	23.5	-
Употребя на тютюневи изделия: ежедневно (%) - пети доходен квинтил	34.9	+	15.7	-
Дял от населението, употребяващо алкохол ежедневно	10.2	+	8.4	-
Дял от населението с наднормено тегло и затлъстяване	66.6	-	67.3	+
Индекс на телесна маса: нормален (%) - хора с основно образование	45.4		42.4	
Индекс на телесна маса: нормален (%) - хора с висше образование	49.8		52.9	-
Дял от населението с недостатъчна физическа активност	50.7	+	55.9	-

Легенда:

-  Стойност по-висока от средната за ЕС или от повечето страни в ЕС
-  Стойност съпоставима със средната за ЕС или по-ниска от повечето страни в ЕС
- По-ниска стойност спрямо предходен период
- +
- По-висока стойност спрямо предходен период
-  Влошаване
-  Подобрение
-  Без промяна

Източник: Eurostat, 2023

Проблематичната финансова достъпност се отразява в показателите или за разходи, водещи до обедняване и катастрофални здравни разходи или до неудовлетворени здравни потребности по финансови причини, а понякога вероятно и до двете едновременно. При това, логично най-засегнати са най-уязвимите по отношение на дохода групи.

Таблица 4.3. Качество и неравенства, избрани индикатори ефикасност и уместност

Качество и неравенства, избрани индикатори	България				ЕС	
	2019	Δ спрямо предходните 1-3 години	2021	Δ спрямо 2020	2019	2021
Предотвратима с добра превенция и профилактика смъртност на 100 хил. души	230.8	●	316.5 (2020)	-	154	180 (2020)
Предотвратима с добро лечение смъртност на 100 хил. души	189.0	●	213.0 (2020)	-	89.2	91.7 (2020)
Неонатална смъртност	3.0	—	2.8 (2020)	-	2.4	2.3 (2020)
Дял на ражданията с цезарово сечение, clinica.bg по данни НЗОК	47.4	+	49.9	+	-	-
Употреба на антибиотици за извънболнично лечение, ДДД на 1000 души, ECDC, EA/EEA	1.6	+	2.1	+	1.6	1.4
Употреба на антибиотици в болниците, ДДД на 1000 души, ECDC, EA/EEA	19.1	●	22.4	+	18.3	15
Хоспитализация по повод сърдечна недостатъчност на 100 хил. души	1331.3	—	712.4	—	-	-
Хоспитализация по повод диабет на 100 хил. души	754.9	+	461.2	—	-	-
Хоспитализация по повод астма на 100 хил. души	191.6	—	93.2	—	-	-
Хоспитализация по повод хипертония на 100 хил. души	78	+	46	—	-	-

Легенда:

- Стойност по-висока от средната за ЕС или от повечето страни в ЕС
- Стойност съпоставима със средната за ЕС или по-ниска от повечето страни в ЕС
- По-ниска стойност спрямо предходен период
- +
- По-висока стойност спрямо предходен период
- Влошаване
- Подобрение
- Без промяна

Източници: Eurostat, 2023; НЗОК цит. по Индекс на болниците, 2023

Като цяло, проблемите на функционирането на здравната система се проявяват най-ясно, от една страна в различията между отделните социоекономически групи по отношение на крайните резултати, качеството на предоставяната здравна помощ и достъпа, и от друга – в липсата ѝ на издръжливост по време на криза. Дори и по показатели, които са съпоставими със страните от ЕС или се подобряват в периода преди пандемията от COVID-19, наличието на съществени различия

между отделните социоекономически групи означава, че здравната система не е в състояние да защити най-уязвимите групи от населението. Това показва проблемите на цялостното функциониране на системата, които допълнително изпъкват и се задълбочават при сътресения и кризи.

Таблица 4.4. Качество и неравенства: честота на профилактични изследвания, избрани индикатори

Честота на профилактичните изследвания	България		ЕС
	2019	Δ спрямо 2020	2019
Дял на жените на възраст от 50 до 69 год. с извършено образно изследване за рак на гърдата през последната година (%)	16.0	●	35.8
Дял на жените на възраст от 50 до 69 год. с извършено образно изследване за рак на гърдата през последната година (%): Δ между хората с висше и основно образование	15.4	—	6.0
Дял на жените на възраст от 50 до 69 год. с извършено образно изследване за рак на гърдата през последната година (%): Δ между хората живеещи в голям град и в село	6.9	—	2.9
Дял на жените на възраст 50-69 г. с последно извършено образно изследване за рак на гърдата в периода от 1 до 2 години	19.5	+	30.1
Дял на жените на възраст 50-69 г., на които никога не е извършено образно изследване за рак на гърдата	24.1	—	11.4
Дял на жените на възраст от 20 до 69 год. с извършено цитологично изследване за рак на шийката на матката през последната година (%)	21.2	—	36.4
Дял на жените на възраст от 20 до 69 год. с извършено цитологично изследване за рак на шийката на матката през последната година (%): Δ между хората с висше и основно образование	24.1	—	16.4
Дял на жените на възраст 20-69 г. с извършено цитологично изследване за рак на шийката на матката в периода от 1 до 2 години	24.3	+	23.5
Дял на жените на възраст 20-69 г., на които никога не е извършено цитологично изследване за рак на шийката на матката	23.5	—	13.7

Легенда:

-  Стойност по-висока от средната за ЕС или от повечето страни в ЕС
-  Стойност съпоставима със средната за ЕС или по-ниска от повечето страни в ЕС
- По-ниска стойност спрямо предходен период
- По-висока стойност спрямо предходен период
- Влошаване
- Подобрение
- Без промяна

Източник: Eurostat, 2023

Таблица 4.5. Достъп и неравенства, избрани индикатори

Достъп и неравенства, избрани индикатори	България						ЕС (средни)		
	2019	Δ спрямо предходните 1-3 години	2021	Δ спрямо 2020	2022	Δ спрямо 2021	2019	2021	2022
Дял на директните плащания от домакинствата	37.8	—	34.0	—	-		15.7	14.5	-
Дял на домакинствата с катастрофални здравни разходи	19.2 (2018)	+							
Дял на населението с неудовлетворени потребности от медицинска помощ по финансови причини	1.1	—	0.7	—	0.9	+	0.9	1.0	1.1
Дял на населението с неудовлетворени потребности от дентална помощ по финансови причини	1.9	—	1.5	—	1.9	+	2.5	2.6	2.9
Неудовлетворени потребности от медицинска помощ: разходи, разстояние, време за чакане (%): Δ между хората с най-ниски и най-високи доходи	4.3	—	2.5	—	3.0	+	2.5	2.5	2.6
Неудовлетворени потребности от дентална помощ: разходи, разстояние, време за чакане (%): Δ между хората с най-ниски и най-високи доходи	4.0	—	2.8	—	3.9	+	5.1	5.0	5.2
Неудовлетворени потребности от медицинска помощ: разходи, разстояние, време за чакане (%): Δ между хората с основно и висше образование	3.1	—	2.1	—	2.7	+	1.4	1.5	1.7
Неудовлетворени потребности от дентална помощ: разходи, разстояние, време за чакане (%): Δ между хората с най-ниски и най-високи доходи	2.8	—	2.0	—	3.7	+	3.3	2.8	-

Легенда:

- Стойност по-висока от средната за ЕС или от повечето страни в ЕС
- Стойност съпоставима със средната за ЕС или по-ниска от повечето страни в ЕС
- По-ниска стойност спрямо предходен период
- По-висока стойност спрямо предходен период
- Влошаване
- Подобрение
- Без промяна

Източници: Eurostat, 2023; WHO, 2023

4.2. Насоки за развитие на оценката

Мария Рохова

Оценката на функционирането на здравната система преди всичко е „инструмент за укрепване на здравните системи и по-конкретно на управлението на здравните системи“ (World Health Organization. Regional Office for Europe, 2012). Това се дължи не само на повишената прозрачност и отчетност при управлението на системата, а най-вече на осъзнатата необходимост политическите решения да се вземат въз основа на достоверна информация, адекватни анализи, измерване и оценка на резултатите, т.е. да се изпълняват политики, основани на актуални и надеждни доказателства.

Оценката предимно се съсредоточава върху постигнатите резултати, за да насочи политическите решения към основните слабости и проблеми при функционирането на системата, които се нуждаят от незабавни мерки и подобрения. При регулярното ѝ провеждане тя дава „предупредителни сигнали“, които трябва да насочат вниманието на политиките за приоритетите при управлението на системата в следващите програмни периоди. В този смисъл оценката е пряко свързана с целите на здравната система – от една страна, измерва тяхното постигане, а от друга, задава посоката за формулиране на нови такива. За да има реален ефект за укрепване на управлението на системата, обаче, оценката на нейното функциониране трябва да се провежда регулярно и систематично (а не формално, в изпълнение на нормативни изисквания) и да служи за определяне на приоритетите и целите в здравеопазването. Здравната политика се нуждае от цели, свързани с реални проблеми или области с необходимост от подобрене, постижими, но адекватни спрямо актуалното състояние, измерими в рамките на обозрим бъдещ период и с ясно възложена отговорност към ангажираните институции и организации.

В голямото разнообразие от доклади и анализи, свързани със здравеопазването в България през последните две десетилетия, откриваме едни и същи заключения за проблеми, които се развиват и наслагват от години. Слабостите на здравната ни система до голяма степен са добре известни и като цяло – подробно проучени в отделните си аспекти. Те не просто не се компенсират, а се развиват и мултиплицират, като причиняват несполуки и в неочаквани аспекти от функционирането на здравната система. Проблемите в осигуреността с медицински персонал например компрометират издръжливостта на системата както при внезапни шокове, така при постепенно развиващи се кризи, като в сложния механизъм на взаимодействия между компонентите на

системата се отразяват върху крайно негативно върху резултатите от нейната работа. Оценката на функционирането помага за формулирането на адекватен отговор на актуалните проблеми и подготовката за бъдещи предизвикателства пред здравната система. Възможно е в отделни изследвания да изпъкват съществени недостатъци с ясни на пръв поглед решения, но погледнати в контекста на цялата система, нейната работа, взаимодействието на съставните ѝ компоненти и причините за проблема, да се очертаят други насоки за подобрене.

Освен това често сложни, но важни концепции остават извън ползването на обичайните доклади и изследвания. Когато се приложи цялостен систематичен подход при анализа, е възможно да се проследи как организацията на ресурсите допринася за постигането на междинните и крайни резултати. Оценката на функционирането се използва за подобряване на разбирането ни на идеите за равнопоставеност, издръжливост и чувствителност в здравеопазването и дава възможност за очертаване на основни направления, в които може да се повиши ефективността, без това да компрометира останалите резултати от работата на системата.

За да се получат тези положителни ефекти от оценката, преди всичко са необходими политическа воля и осъзната ангажираност от отговорните институции за нейното провеждане. В този смисъл тя не трябва да бъде възприемана толкова като средство за преценка или критика на предприети политики, а по-скоро като инструмент, с помощта на който могат да се формулират тези политики, както и като средство, което дава предупредителни сигнали за области, изискващи допълнителен задълбочен анализ. Резултатите, представени в докладите за оценка на функционирането на здравната система, зависят от комплексното въздействие на множество фактори, част от които произхождат извън здравната система. Освен това оценката служи и като платформа за диалог между отделните програми и сектори, за да се разбере как съвместните действия влияят върху здравните резултати. Тя може да се използва и за анализ на предприетите действия, реформи и стратегии, но при всички случаи трябва да бъде придружена от оценка на отделните програми с ясни индикатори и публично отчитане на резултатите.

Ползите от оценката на функционирането не се изчерпват единствено до „крайния продукт“ от нейното извършване (доклад с анализи и препоръки), а се свързват и с цялостния процес на осъществяването ѝ. Оценката е процес, който изисква широко участие от всички заинтересовани страни. Тя се използва за създаване на общо разбиране и визия за приоритетите за развитие на системата и укрепване на нейното управление. Въвличането на заинтересованите страни в

процеса и осигуряването на обща платформа за конструктивен диалог по проблемите на здравеопазването и здравната политика е следващото условие за ефективното ѝ провеждане. Това е необходимата предпоставка за постигане на консенсус по основните насоки, в които трябва да се развива системата, силните страни, които трябва да се укрепят, както и слабостите, за чието отстраняване е необходимо да се положат усилия. Участието в процеса на оценка е и условие за поемането на ангажимент към приоритетите и целите на системата и отговорност за тяхното осъществяване. За постигане на съгласие е необходима обща отправна точка, споделяне на общи ценности и разбирания и реално „поставяне на пациента в центъра на системата“ при определяне на приоритети и разработването на програми и стратегии. Опитът на много други държави показва, че „вграждането“ на оценката на функционирането на здравната система в цялостния здравнополитически процес реално допринася за това.

Освен осигуряването на доказателства за формулирането и провеждането на здравни политики, оценката трябва да идентифицира пропуски в наличните знания и данни за функционирането на здравната система. В България липсват данни за много от показателите, които могат да се използват за подобна оценка. Наред с това е налице неотложна необходимост от преосмисляне и актуализиране на информационното осигуряване на системата – много от показателите, които се събират и оповестяват към момента, са остарели, непълни и неинформативни, не отговарят на научните достижения и новите знания и най-вече не дават възможност за адекватен анализ на нововъзникващите предизвикателства в здравеопазването. Липсата на адекватна база данни и анализи поставя под съмнение здравнополитическите решения и превръща здравните стратегии в твърде общи и „безлични“ документи, които по-скоро очертават принципни постановки за функционирането на всяка една съвременна здравна система, вместо да се опитат да адресират реалните проблеми, персистиращи от години в здравеопазването в България.

С развитието на националната здравноинформационна система и въвеждането на електронно досие трябва да се актуализира и системата от показатели, която се събира и оповестява, да се подобри достъпът до информация и да се ускори процесът по оповестяване на данните. Наред с това процесът на събиране на данни по показателите за оценка може да очертае и редица несъвършенства в организацията на отчетността и възможностите за дезагрегиране на данните по отделни групи от населението. И накрая, но не на последно място, индикаторите се нуждаят от контекст, за да бъдат интерпретирани по смислен начин – необходимо е да се направят сравнения с предходни години, за да се

откроят тенденции и да се елиминира влиянието на случайни фактори, както и да се съпоставят резултатите с тези в други държави или с международно приети стандарти (benchmarks). Сравнението с други страни невинаги дава отговор на въпроса „добри или лоши са нашите резултати“, но може да насочи решенията към заимстване на опит и знания и най-вече към адаптиране на добри практики, които са доказали своята ефикасност и ефективност.

В представеното изследване е направен опит за първоначална оценка на функционирането на здравната система в България – предложена е концептуална рамка, която да ръководи оценката; формиран е комплекс от показатели, с които да се проследят и анализират резултатите от функционирането на здравната система през последните няколко години; разработен и апробиран е инструмент за проучване на чувствителността на здравната система към очакванията на потребителите; събрани са данни по избраните показатели, с помощта на които е направен анализ по отделните измерения на функционирането на системата. С този първоначален вариант на оценката нашият екип има за цел да постави основите на един регулярен и систематичен процес, който да подпомогне вземането на здравнополитически решения в България. За да се разберат по-добре очертаните проблеми, представените анализи трябва да бъдат допълнени със задълбочени таргетирани изследвания и качествени оценки, които да установят причините за неблагоприятните резултати от работата на системата. Усилията трябва да бъдат съсредоточени върху това някои от проучванията да станат по-редовни и да се допълнят пропуските в информацията и знанията за функционирането на здравната система.

Библиография:

Индекс на болниците. (2023). Данни. Гинекология. Достъпен на: <https://clinica.bg/menu-115-ginekologiq>.

Национален статистически институт. (2023). Статистически данни [база данни]. Достъпен на: <https://www.nsi.bg/bg/content/>.

Eurostat. (2023). Eurostat [online database]. Brussels, European Commission. Available at: <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tec00115/default/table?lang=en>.

Greer SL, Falkenbach M, Siciliani L, McKee M, Wismar M, Figueras J. (2022). From Health in All Policies to Health for All Policies. *Lancet Public Health* 7, e718–20.

World Health Organization. Regional Office for Europe. (2012). Pathways to health system performance assessment: A manual to conducting health system performance assessment at national or sub-national level. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/

pdf_file/0005/169412/e96512-Eng.pdf?ua=1.

World Health Organization. Regional Office for Europe. (2023). Can people afford to pay for health care? Evidence on financial protection in 40 countries in Europe. World Health Organization. Regional Office for Europe. Available at: <https://iris.who.int/handle/10665/374504>.

ПРИЛОЖЕНИЕ

ВЪПРОСНИК ЗА ИЗМЕРВАНЕ НА ЧУВСТВИТЕЛНОСТТА НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА

Различните характеристики на медицинската помощ са с различна значимост за пациентите. Моля, подредете по важност следните характеристики на медицинската помощ, като посочите позиция от 1 за най-важната за вас до 8 за най-маловажната.

Характеристика	Оценка
Уважителното отношение от страна на медицинските специалисти	
Осигуряването на конфиденциалност на споделената от Вас здравна информация	
Участието Ви във взимането на решения за Вашето лечение	
Бързото обръщане на внимание към Вашите здравни потребности	
Осигурените възможности в болницата за връзка с Вашите близки и външния свят	
Материалните и битови условия при оказването на медицинска помощ	
Възможността за избор на лекари и лечебни заведения	
Яснотата в комуникацията с медицинските специалисти	

Колко често при ползване на медицинска помощ през последната 1 година ви се е случвало следното:

Ситуации	Никога	Рядко	Често	Винаги	Не съм ползвал/а медицинска помощ
Лекарите и сестрите се отнасяха към мен с уважение.	1	2	3	4	5
Административните служители в лечебните заведения се отнасяха към мен с уважение.	1	2	3	4	5
Прегледите и медицинските процедури протичаха в уединение и със зачитане на достойнството ми.	1	2	3	4	5
Лекарите се отнасяха с внимание към мен и здравословния ми проблем.	1	2	3	4	5
Можех да споделям свободно мнението си с медицинските специалисти.	1	2	3	4	5
Налагаше се да чакам твърде дълго до насрочената дата за преглед, изследване, процедура.	1	2	3	4	5

Времето за чакане пред кабинета на лекаря беше твърде дълго.	1	2	3	4	5
Получавах необходимите ми медицински документи бързо и лесно.	1	2	3	4	5
Лекарите и сестрите осигуряваха условия да споделям насаме информация за здравето си.	1	2	3	4	5
Медицинските специалисти споделяха информацията за моето здраве с други хора без мое съгласие.	1	2	3	4	5
Медицинските специалисти ми даваха информация по разбираем за мен начин.	1	2	3	4	5
Административният персонал ми даваше ясна информация.	1	2	3	4	5
Медицинските специалисти ми даваха време и възможност да задавам въпроси.	1	2	3	4	5
Беше ми предоставена достатъчно информация за правата ми като пациент.	1	2	3	4	5
Получавах ясни насоки как да се грижа за здравето си във връзка със състоянието ми.	1	2	3	4	5
Беше ми предоставена ясна информация за възможните рискове при лечението ми.	1	2	3	4	5
Медицинските специалисти ми даваха оскъдна информация за моето състояние	1	2	3	4	5
Лекарите и сестрите ме включваха във взимането на решенията относно необходимите ми прегледи и лечение.	1	2	3	4	5
Лекарите внимателно обясняваха съдържанието на информираниятото съгласие преди да го подпиша.	1	2	3	4	5
Получавах достатъчно информация от лекарите за различни варианти на диагностика и лечение.	1	2	3	4	5
Лекарите ми даваха възможност да избирам желания от мен вариант за диагностика или лечение.	1	2	3	4	5
Имах възможност да избирам лекаря, при който да отида за преглед или лечение.	1	2	3	4	5
Имах възможност да получавам второ мнение за състоянието си от друг специалист, когато поискам.	1	2	3	4	5
Имах възможност за избор измежду лечебни заведения.	1	2	3	4	5
При лечение в болница, когато имах нужда от нещо, получавах навременен отговор и помощ.	1	2	3	4	5
При лечение в болница, бях удовлетворен/а от осигурения ми достъп до телевизия, преса, интернет.	1	2	3	4	5

Каква оценка бихте дали на следните материални и битови условия в лечебните заведения като цяло, които сте посещавали през последната 1 година?

Условия	Много лоша	Лоша	Средна	Добра	Много добра	Не съм посещавал/а
Чистотата на помещенията	1	2	3	4	5	6
Наличието на достатъчно пространство за пациентите в болничните стаи, чакалните	1	2	3	4	5	6
Наличието на адекватно обзавеждане в помещенията	1	2	3	4	5	6
Чистотата и удобството на тоалетните и баните	1	2	3	4	5	6
Качеството на леглата и завивките в болницата	1	2	3	4	5	6
Качеството на храната в болницата	1	2	3	4	5	6

Оценка на функционирането на здравната система в България

*© Мария Рохова, Стефка Коева, Антония Димова, Николай Михайлов,
Елка Атанасова, Любомира Коева-Димитрова, Минчо Минев,
Валерия Николова, Светлана Панайотова, Тодорка Костадинова – автори*

Научни редактори:

Антония Димова
Мария Рохова

Езикова редакция:

Галя Христоскова

Рецензенти:

доц. Емануела Мутаfoва, д.и.
проф. Цвета Зафирова, д.и.

Българска
Първо издание

Предпечат: Анна Пачева

Дизайн на корицата: Даниела Щерева

Печат: Медицински университет – Варна
Варна, 9002
ул. „Марин Дринов“ 55
тел. (+359 52) 677 117
press@mu-varna.bg
<http://press.mu-varna.bg>

2023
Варна, България

Файлът е достъпен за сваляне на адрес: <https://books.mu-varna.bg/product/3350/otsenka-na-funktsioniraneto-na-zdravnata-sistema-v-balgaria.html>

ISBN 978-619-221-473-9 (print)
ISBN 978-619-221-487-6 (online)

Медицински университет – Варна

ISBN 978-619-221-473-9 (print)

ISBN 978-619-221-487-6 (online)

