

# 13

## НАЦИОНАЛНИ ЗДРАВНИ СИСТЕМИ

### ВЪВЕДЕНИЕ

Осигуряването на достъп до здравни грижи за всички е основен принцип на Новото обществено здравеопазване. Медицинските грижи са важни не само за индивиди, но също и за населението като цяло, тъй като разполагат с ефективни методи за предпазване от много заболявания и за спиране на развитието на други. Въпреки значимостта си, медицинските грижи сами по себе си не са достатъчни за създаване на висок стандарт на здравеопазване за населението. Човек може да има достъп до медицинска помощ, но лични или обществени рискови фактори могат да доведат до здравословни проблеми, които медицинската помощ може само да се опита да облекчи. Наличността и достъпа до грижи трябва да се разглежда в контекста на действията на индивида и на обществото за предпазване от заболявания и за промоция на здравето.

Повечето индустриални държави са реализирали национални здравни програми под формата на здравноосигурителни системи или национални здравни служби. Всяка е била разработена в политическия контекст на държавата и продължава да се развива с нейния собствен и с международния опит. Развиващите се страни също се борят да постигнат всеобщ достъп до грижи и здраве за всички, чрез разширяване на първичната здравна помощ и планове за социално подпомагане, които предоставят социални придобивки на работниците. Движейки се нагоре по стълбицата на икономическото развитие, развиващите се страни също се обръщат към проблема за това как да постигнат справедливост в достъпа до здравни грижи, а също така и за разширяването на финансовата обезпеченост на здравните грижи чрез национално здравно осигуряване.

Всяка национална здравна система има свои особености и проблеми. Тяхното управление изисква продължително оценяване, основано на широко развит персонал по здравен мениджмънт, обучен в областта на информационните системи и включване на обществото чрез професионални организации и групи от поддръжници. Не съществува единствен, определен "златен стандарт" на план за осигуряване на всеобщ достъп до здравни грижи, който да е подходящ за всички страни. Всяка страна развива и модифицира програма за национално здравеопазване, съобразно с нейните собствени културни потребности и налични ресурси. Моделите на здравни грижи непрекъснато се развиват, така че страните могат и трябва да се учат една от друга.

Медицинската помощ има географски, културни, социални и психологични, а така също и финансови ограничения. Отстраняването на финансовите бариери е необходимо, но не е достатъчно за оптимално здравеопазване. Равенството и минималните междурегионални и социодемографски различия при достъпа до качествени здравни грижи, са жизненоважни за добрите общественоздравеопазни стандарти. Необходимите услуги са не само онези, които се предоставят при търсене от пациента, но включват и онези, които достигат до цялото население, особено до хората от рискови групи, които имат по-малки възможности да търсят подходящи грижи.

Програма, която предоставя еднакъв достъп за всички, може да не постигне своята цел за по-добро здраве на населението, ако не е придружена от прилагане от страна на държавата на закони за здравословна околна и трудова среда, храна и хранене, както и стандарти за вода, подобрени здравни услуги в селата, по-високо образователно равнище и предоставяне на здравна информация за обществото. Необходими са допълнителни национални програми за промоция на здравето изобщо и за намаляване на специфичните рискови фактори за заболяемостта и смъртността. Отговорността за здравето лежи не само върху медицинските и другите здравни професионалисти, но също така върху обществото и неговите изпълнителни институции, правителствени и доброволни организации, а също и върху индивида, семейството и неформалните групи на хора със сходни интереси.

Индивидуалният достъп до основен пакет от услуги като предплатена придобивка (напр. осигуровка) е неразделна част от една успешна национална здравна програма. Всяка страна се отнася към този въпрос според своите средства и традиции, но тези придобивки трябва да бъдат оценявани с оглед на това кои са най-ефективни и при най-ниски разходи посрещат епидемиологичните и демографски потребности. Плащанията за сърдечна трансплантация могат да се простират отвъд възможностите на една здравна система, но ранното и решително овладяване на острия миокарден инфаркт е ефективно на скромна цена. Подобрените диети, намаляването на тютюнопушенето, както и физическите упражнения са даже по-ефективни и по-малко скъпи. Профилактиката е ефективна що се отнася до намаляване на разходите и би трябвало винаги да се отчита при изработването на приоритети в пакета от услуги.

В тази глава са разгледани основни модели на организация на национални здравни системи, които могат да окажат влияние върху формулирането на здравеопазните системи както в развиващите се и развитите страни, така и в страни, преструктуриращи своите здравни служби. Здравните системи и финансирането са под непрекъснат натиск, не само да осигурят достъп до здравеопазване за всички граждани, но също така да са в крак с напредъка на медицинските технологии и да ограничат разходите. Понеже една здравна система се оценява не само по нейните разходи и мероприятия, в тази глава са включени някои индикатори за здравен статус на населението, включително заболяемост и смъртност. Тази тема е развила свой собствен комплекс от термини и някои от ключовите думи са дефинирани в текста.

## ЗДРАВНИТЕ СИСТЕМИ В РАЗВИТИТЕ СТРАНИ

### ЕВОЛЮЦИЯ НА ЗДРАВНИТЕ СИСТЕМИ

Традицията за предварително заплащане на здравните грижи води началото си от древни времена, когато общински лекари, назначени от местните власти са оказвали медицинска помощ за бедните и за робите. През средните векове, църквата е доставяла благотворителни грижи за бедните. През периодите на Средновековието и Ренесанса, гилдиите са осигурявали предварително платени здравни привилегии за техните членове. По-късно те са се развили в приятелски общества, програми за взаимоподпомагане, които се грижат за погребения, пенсии и здравни застрахователни помощи за членовете си. През XX-ти век, те се развиват в спонсориращи съюзи и частни здравноосигурителни фондове.

*Обществено осигуряване.* Ото фон Бисмарк, канцлер на Германия, въвежда първият план за национално здравно осигуряване на работници. Той следва предходното законодателство в Германия, установяващо компенсации за работниците в железниците (1838 г.) и задължителните милосърдни общества за миньорите (1854 г.). Работническите компенсации и другите привилегии са били разширени през 1871 г. за много работници в други индустрии, като тези в домашните услуги, работниците в мините, заводите и каменните кариери и моряците. Законодателството на Бисмарк от 1883 г. е било предназначено да подобри здравето на работниците и техните семейства и особено на потенциалните новобранци в армията, също както да отложи политическото напредване на социалистическите партии. Програмата се основава на принципа на общественото осигуряване, включващ осигурителни вноски по месторабота, с приноси и от работодателя и от работника, за покриване на медицинските грижи, помощите за безработица и пенсиите за работниците.

Моделът на Бисмарк за национално здравно осигуряване установява болнични каси (*Krankenkassen*), в които осигурителите заплащат на лекаря, болницата или друг доставчик. В годините преди Първата световна война, много страни в Централна и Източна Европа са прилагали подобни здравеопазни планове. В периода между Световните войни, програми за национално здравно осигуряване са били развити в много страни в индустриалния свят. В Европа повечето страни са развили модели, основани върху подхода на Бисмарк, финансирани с вноски от работника и работодателя, със заплащане на медицинската практика на база такси за услуги чрез болничните каси. Моделът на Бисмарк е широко използван в Европа и Израел. Този модел е повлиял също постсъветските здравни реформи в Източна Европа.

През 1911 г., правителството на Великобритания, иницирано от Дейвид Лойд-Джордж, съветник към английското министерство на финансите, въвежда национално здравно осигуряване за работниците и техните семейства. Общопрактикуващите лекари са били заплатени по-скоро на базата на брой записани пациенти, отколкото на твърда заплата, с което се е запазвал техният статут на самонаемащи се професионалисти. Първоначално този план е покривал една трета от населението, но покритието е нараснало до една втора през 1940 г. Управлението е било чрез утвърдени взаимнопомагащи се общества (приятелски общества) и понякога е било основано на осигурителни компании и търговски съюзи. Европейските страни и Япония постепенно са развили задължително здравно осигуряване след Първата световна война и напълно универсално покритие след Втората световна война.

Моделът на социална сигурност при здравно осигуряване за градските работници е станал известен също и в много страни в Латинска Америка. Плановете за социална сигурност се финансират от задължителни вноски на работниците и работодателите, а се управляват от държавата. Акът за социална сигурност през 1935 г. в Съединените щати е бил учреден по време на Голямата депресия, за да осигури привилегии за вдовиците, сираците и инвалидите, така както и пенсии за възрастните и да осигури основа за бъдеща реформа, включваща здравно осигуряване. От 1965 г. това законодателство заляга в основата на американското медицинско и болнично покритие за възрастните чрез *Medicare* и на бедните чрез *Medicaid*. Предложението за национално здравно осигуряване от 1995 г. в Съединените щати също е било основано на финансиращата система на социалната сигурност.

*Национална здравна служба.* В някои страни държавата директно приема отговорностите както за социалната сигурност, така и за здравните грижи. Въз основа на общи правителствени приходи от данъчно облагане и други източници тя взема мерки като осигуряване при безработица и инвалидност, специални привилегии за слепите, вдовиците, сираците и възрастните чрез пенсии и привилегии за децата, свързани с нивото на грижите и храненето.

През 1918 г., след Руската революция, новият Съветски съюз (СССР) представи своя национален здравеопазен план за универсално покритие като част от ръководена от държавата система за здравна защита. Съветският модел, създаден и изпълнен от Николай Семашко, осигурява безплатни здравни грижи за всички като финансирана и организирана от правителството услуга. Неговата първа цел е била да достави безплатно обслужване за цялото население, с баланс на първичната и вторичната помощ и универсален и справедлив достъп до грижи чрез регионална организация на услугите. Постигнат е контрол на епидемичните и ендемичните инфекциозни болести и разширен достъп до здравни услуги в най-отдалечените райони на страната.

В първите дни на Втората Световна война британското правителство създава национална Спешна медицинска служба за непредвидени обстоятелства, за да управлява болниците в подготовката за очаквания голям брой цивилни жертви. Планът установява национално здравно планиране и спасява много болници от ситуации, близки до банкрут, в резултат на Голямата депресия. През Втората Световна война, програма за следвоенна социална реконструкция е била разработена от Уилям Бевъридж, през военното управление на Уинстън Чърчил. Докладът на Бевъридж, социалното осигуряване и помощните услуги, очертават природата на бъдещата благоденстваща държава, включваща национално здравно обслужване, поставяйки медицинските грижи в контекста на общата социална политика.

Военновременевата правителствена коалиция е одобрила принципа за Национална здравна служба, който е получил широка обществена подкрепа, въпреки опозицията от страна на медицинската асоциация. През 1948 г., Министерството на труда на Клемент Атлий въвежда Националната здравна служба (*NHS*), национално финансирана, универсално покриваща система, доставяща безплатни грижи чрез общопрактикуващи лекари, специалисти, болници и обществени здравни услуги.

#### ПАНЕЛ 13.1

##### ЦЕЛИ НА НАЦИОНАЛНИТЕ ЗДРАВНИ СИСТЕМИ

1. Универсален достъп до голямо разнообразие от здравни услуги;
2. Промоция на националните здравни цели;
3. Подобряване на индикаторите за здравен статус;
4. Справедливост в регионалната и социодемографска достъпност и качество на грижите;
5. Адекватност на финансирането с обема на разходите и достатъчна използваемост на ресурсите;
6. Потребителска удовлетвореност и избор на доставчик на първични грижи;
7. Удовлетвореност на доставчиците и избор на услуги;

8. Запазване на привилегиите при смяна на работодател и местожителство;
9. Обществено управление или регулация;
10. Промоция на високо качество на обслужване;
11. Дълбочина на първичното, вторичното и третичното ниво на грижи;
12. Добре развити системи за информация и мониторинг;
13. Продължителен преглед на политиката и управлението;
14. Промоция на стандартите за професионално образование, обучение, проучване;
15. Правителствена и частна доставка на услуги;
16. Децентрализирано управление и обществено участие.

*Национално здравно осигуряване.* Канадската система на национално здравно осигуряване, основана на данъците, се е развила от провинциални инициативи проведени от Томи Дъглас, премиер на провинция Саскатчеван. Инициирани през 1946 г., провинциалните планове доставят подсигурени болнични услуги, по-късно последвани и от други услуги. Развити за периода 1946-1971 г., те са били промоцирани чрез подялба на разходите с федералното правителство, политическа подкрепа и регулация. Тези планове първоначално са били финансирани от данъци и премии, но по-късно само от общите данъчни приходи. Канадските планове *Medicare* са публично администрирани от провинциите с федерални стандарти, подялба на разходите и обширно покритие. Грижите се доставят от лекари на частна медицинска практика на база такса за услуга по предварително договорени схеми за таксуване на медицинските услуги. Болниците се управляват от организации с нестопанска цел на бюджетен принцип. Този план тип *Medicare* по-късно е бил възприет от голям брой държави, включително Австралия.

## САЩ

През 1997 г., населението на Съединените щати наброява 271,6 милиона души, с БНП на глава от населението \$ 28 020 (1996 г.) и детска смъртност 8 на 1 000 живородени (тридесето място в световната класация). Съединените щати имат федерална система на управление с 50 щата, всеки със самостоятелно избрано правителство със законодателни, съдебни и данъчни правомощия. Конституцията на Съединените щати вмения първостепенната отговорност за здравеопазване и благополучие на отделните щати, а директни федерални услуги се осигуряват за силите на армията, ветераните и местното население. Федералното правителство има водеща роля в здравеопазването чрез развитие на национални стандарти, регулаторни правомощия и информационни системи. То служи също като основна финансираща агенция за проучвания, здравни услуги и обучаващи програми.

### ФЕДЕРАЛНИ ЗДРАВНИ ИНИЦИАТИВИ

През 1798 г. федералното правителство поема отговорност за здравето на моряците чрез създаване на морски болници (по-късно Обществена здравна служба). В последните години на XIX и в първите години на XX-ти век, федералното Министерство за разширяване на земеделските служби е промоцирало храненето и образованието по

хигиена във всички селски райони на страната. По-късно законодателството е осигурило федерално отпуснати суми за разкриване на щатски, общински и окръжни здравни отдели. Здравните рискове от недостатъчните стандарти за храна и лекарства, липса на грижи за възрастните и бедните, опасните автомобили, замърсяването на околната среда и дефицитите в здравните услуги е довело до правителствена намеса за защита на обществения интерес. Законът за контрол на храните и лекарствата от 1906 г. регулира и контролира търговията. През 1921 г. Законът Шепърд-Таунър установява федерално детско бюро, което управлява отпусканите парични суми за подпомагане на отделните щати при управление на майчини и детски здравни програми, които по-късно са били обединени в Закона за социална сигурност.

През 1927 г. Комисията по разходите за медицински грижи, финансирана от няколко частни фондации, препоръчва Съединените щати да изпълнят национална здравна програма, в която медицинските грижи да бъдат доставяни от групови практики с доброволно, предварително заплащане за промоциране на достатъчни здравни грижи за всички. От 20-те години на XX-ти век Профсъюзите на работещите са спечелили здравноосигурителни привилегии чрез колективни договори. Тези инициативи обаче, са били забавени поради Голямата депресия от 1929 до 1939 г. Законът за социална сигурност от 1935 г. е повишил социалната подкрепа за милиони в неизгодно положение: с трудови злополуки, вдовици, сираци и възрастни, като по такъв начин се облекчават някои от най-лошите последствия на депресията.

През Втората Световна война (1941-1945 г.) милиони американски военнорслужещи и техните семейства, преди това с ограничен достъп до предплатените здравни грижи, са били включени в национален план за безплатни здравни грижи (майчини и детски грижи за съпругите и децата на военнорслужещите). В същото време здравните привилегии чрез доброволно осигуряване за работниците са били значително увеличени вместо увеличения на надниците, които са били забранени от федералното законодателство във военно време. В края на войната на милиони ветерани са били подсигурени здравни грижи чрез Администрацията за ветерани (VA), която е създавала национална мрежа от федерални болници.

През 1946 г. опитът за внасяне на законопроект за национално здравно осигуряване (Законопроект Вагнер-Мърей-Дингел) в Американския конгрес пропада. Една част от законопроекта е одобрена, даваща възможност на федералното правителство да стартира програма за отпускане на средства за осъвременяване на болничните заведения в страната съобразно Акта Хил-Бъртън. Масивно федерално финансиране за здравеопазване е било осигурено също чрез Националните институти за здравеопазване (NIH), създадени след Втората световна война, да поощрят проучванията и да засилят обществените и частните медицински училища, обучаващите болници и изследователските центрове. През 50-те години федералното правителство е създавало също Центрове за контрол на болестите (CDC) като е увеличило и отпуснатите парични суми за обществено здравеопазване, осигурявайки подкрепа в щатските и местни общественоздравеопазни дейности.

От 40-те и през 60-те год. на XX-ти век, доброволното здравно осигуряване е станало основен метод на предварително заплащане за потребностите от здравни грижи, главно чрез трудовите договори. Частната осигурителна индустрия се е развила бързо, с минимална правителствена регулация, за да осигури справедливо определяне на цените и плащането. През 70-те и 80-те год. на XX-ти век, работодателите са започнали да се интересуват от разходите за здравно осигуряване за техните работници и са ока-



зали натиск върху правителството да действа за ограничаване на разходите за здравни грижи. Федералните инициативи включват обществено осигуряване за възрастните и бедните, поощрявайки ефективността в заплащането за болничните грижи и по-късно подкрепа на здравеподдържащите организации (*HMOs*) и на управляваните грижи.

### MEDICARE И MEDICAID

В средата на 60-те год. на XX-ти век, въпреки нарастването на доброволното и основаното на трудова заетост здравно осигуряване, голям процент от възрастното и бедно американско население се е оказало извън системата на здравното осигуряване. През 1965 г. президентът Линдън Б. Джонсън въвежда системата *Medicare* за хората на възраст над 65 години, инвалидите и хората на бъбречна диализа като точка XVII на Закона за социална сигурност от 1935 г. Това е донесло на около 10 % от населението ограничена форма на национално здравно осигуряване. Системата *Medicaid* също въведена през 1965 г. с точка XIX от Закона за социална сигурност осигурява федерална подялба за приемливи щатски здравни планове за бедните, с участие на местната власт. Заедно тези два плана довеждат около 25 % от американците в обществените системи на здравно осигуряване. Разнообразни дефиниции за бедност в различните щати и доплащания ограничават ползвателите на *Medicaid*.

Общественото финансиране на здравните грижи в Съединените щати включва *Medicare* и *Medicaid*, проучванията, медицинското образование и промоцията на обществени здравни центрове и услуги в бедните и с недостатъчно обслужване райони (табл. 13.1). Процентът на обществено финансиране в Съединените щати е нараснал от 25 % през 1960 г. до над 46 % на общите разходи за здравеопазване през 1995-1998 г. През 1996 г. 71 % от американското население под 65-годишна възраст е било покрито от частно осигуряване, базирано главно на осигуряване по месторабота, 11 % от *Medicaid*, и 2 % друго обществено покритие, докато 16 % са били неосигурени. Населението, включено в *Medicare* е нараснало от 19 милиона през 1966 г. до 38,4 милиона през 1997 г., включително 4,8 милиона инвалиди под 65 годишна възраст. Средният брой на обслужените хора на 1 000 включени е нараснал от 570 през 1977 г. до 826 през 1995 г., със заплащане на обслужен човек нараснало от \$ 1 332 до \$ 5 074 през тези години. *Medicaid* включва население нараснало от 28,2 милиона през 1991 г. до 32 милиона през 1997 г., с процент включен в програми за управлявани грижи нараснал от 9,5 % през 1991 г. до 47,8 % през 1997 г.

*Medicare* и *Medicaid* дават на много от неосигурените хора здравноосигурително покритие. Това допринася за нарастване на разходите за здравеопазване в публичния сектор, което е и критикувано, и подкрепяно. Групите, противопоставящи се на универсалното здравно покритие, акцентират върху нарастването на разходите и консервативното мнозинство в Конгреса през 1997-1999 г. иска съкращаване на привилегиите от *Medicare*. Поддръжниците на универсалния достъп призовават за намаляване на разходите чрез ограничаване на медицинските плащания и пълна болнична използваемост. Всички осъзнават, че неограниченото нарастване на разходите ще навреди на здравните грижи в страната. Нарастването на административните разходи също предизвиква дебат. С високия процент на неосигурени сред населението (18 %) и 15 % без пълно осигурително покритие, политическият натиск за въвеждане на модел на национално здравно осигуряване ще продължи в новия век.

ТАБЛИЦА 13.1

Разходи за здравеопазване, общи, обществени и по типове услуги, Съединените щати, 1960-1998 г.

Разходи	1960	1980	1990	1998
Общо милиарди \$	26,9	247,2	697,5	1 146,8
Разходи на глава от населението	143,0	1,063	2,688	-
Разходи като част от БНП %	5,3	9,2	12,1	13,7
Изследвания и изобретения	6,3	4,7	3,5	2,9
Всичко (в %) за здравни услуги	93,7	95,3	96,5	97,1
% Болници	34,5	41,5	39,8	3,4
% Сестрински домове	3,2	7,1	7,3	7,6
% Домашни грижи	0,2	1,0	1,9	2,9
% Лекари	19,7	18,3	21,0	19,3
% Стоматолози	7,3	5,4	4,5	4,7
% Др. професионалисти	2,3	2,6	5,0	5,8
% Лекарства	15,8	8,7	8,6	9,3
% Други	6,0	3,6	3,1	4,0
% Здравно осигуряване и административни	4,3	4,8	5,5	6,5
% Държавно обществено здравеопазване	1,4	2,7	2,8	3,6

Източник: *Health, United States*, 1996-1997; 1998 Smith et al., 1999.

## ПРОМЕНЯЩАТА СЕ ЗДРАВЕОПАЗНА СРЕДА

От 60-те до 90-те год. на XX-ти век, бързото нарастване на разходите е приписвано на много фактори: нарастващо възрастно население; високи равнища на заболяемост сред бедното население; разпространение на СПИН; открития и скъпа медицинска технология; специализация, високи лабораторни разходи; широкомащабно обществено инвестиране в медицинското образование и проучвания и строителство на здравни заведения; високи равнища на превантивни хоспитализации; институционална ориентация на здравеопазната система; високи административни разходи, дължащи се на множеството частни агенции в частноосигурителната индустрия; високи доходи за лекарите, особено за специалистите; и високи осигурителни разходи при неправомерни действия в медицината. Натискът за ограничаване на разходите идва от правителството, индустрията и частноосигурителните компании.

Повечето болници са собственост и се управляват от агенции, ненасочени към печалба, включително федерални, щатски и местни парламенти, доброволни и религиозни организации. Болниците с частна форма на собственост, развиващи дейност за печалба са увеличили от 7,8 % краткосрочните болнични легла през 1975 г. до 12,7 % през 1996 г. Частната медицинска практика, със заплащане на такса за услуга, е била основната форма за медицински грижи до 90-те год. на XX-ти век. Здравеподдържащите организации и другите форми на управлявани грижи са се развили бързо и са станали преобладаващ метод за организиране на здравните грижи в Съединените щати.

Предплатената групово практика (PGP) води началото си от осигурените от компанията медицински грижи, особено в отдалечените минни предприятия. Обществена-



та болница на град Елк, Оклахома, създадена през 1929 г., се счита за първото истинско медицинско обединение или предплатена груповая практика. По-късно много селски обединения са били формирани за предоставяне на предварително платени медицински грижи. Спонсориран от профсъюзите здравни услуги са били развити, за да доставят медицински грижи в бедните миньорски райони на планините Апалачи, така както и в едно градско обединение във Вашингтон, окръг Колумбия, през 1937 г. През 40-те години на XX-ти век, град Ню Йорк е спонсирал Здравноосигурителен план на Ню Йорк, за да се осигурят предплатени медицински грижи за новозаселилите се жители на града и районите с къщи на нискодоходни семейства. Това по-късно е било подкрепено от организирани профсъюзни групи на общински работници и работници от текстилната индустрия.

Предплатената груповая практика става най-популярна в мрежата на Кайзер Перманенте, разработена за работниците в индустриите на Хенри Дж. Кайзер, в строителните обекти на Баулдър Дам и Гранд Куули Дам през 30-те год. на XX-ти век. Този опит е бил приложен в бързо разрастващите се индустрии на Кайзер в района на Залива Сан Франциско. Здравеопазните планове на Кайзер Перманенте сега доставят грижи за милиони американци в много други щати. Първоначално оспорвана от организираната медицинска професия и частноосигурителната индустрия, предплатената груповая практика, е спечелила одобрение чрез осигуряване на по-евтини здравни грижи с високо качество. Това е станало еднакво привлекателно за работодателите и профсъюзите и по-късно за правителствата, търсещи начини за ограничаване на увеличенията в разходите за здравеопазване.

От 70-те год. на XX-ти век, се въвежда в употреба терминът Здравеподдържаща организация (ЗПО) (*Health maintenance organization-HMO*), особено от федералното правителство, опитващо се да промоцира тази концепция. Концепцията за ЗПО, свързваща здравето осигуряване и медицинските грижи в една и съща организация, е била развита чрез Закона за Здравеподдържаща организация от президента Ричард Никсън през 1973 г. ЗПО се е превърнала в част от медицинските грижи в Съединените щати и във важна алтернатива на таксата за услуга при частната медицинска практика (табл. 13.2.).

ТАБЛИЦА 13.2

Планове и членство в Здравеподдържаща организация (ЗПО), САЩ, 1976-1997 г.

ЗПО	1976	1985	1995	1997
Брой планове	174	478	562	651
Членове (млн.)	6,0	21,0	50,9	66,8

Източник: *Health, United States*, 1998.

За да насърчи по-резултатната употреба на болничните грижи, методът на заплащане е бил променен през 80-те години на XX-ти век. През 1983 г., проспективна платежна система, наречена диагностично-свързани групи (*DRGs*), е била възприета за *Medicare*, с категории на заплащане за диагноза (*HCFA*, 1998 г.). Тя заменя предходната система на заплащане на база брой дни престой в болницата.

Диагностично-свързаните групи насърчават болничния персонал да лекува пациента ефективно и бързо и да изписва пациента колкото е възможно по-скоро. Този метод на заплащане е въведен за пациентите на *Medicare* и *Medicaid*. В много щати то-

ва също е станало стандарт за пациентите с частна здравна осигуровка. Между 1980 г. и 1990 г., благодарение на системата на заплащане на базата на диагностично-свързаните групи и организациите за укрепване на здравето или системите за управлявани грижи, които популяризират алтернативи като домашни и амбулаторни грижи, болничната използваемост е намалена в Съединените щати. При изразената тенденция за нарастване на разходите за здравни грижи през този период, без редуциране на хоспитализациите, нарастването би било значително по-високо.

През 80-те год. на XX-ти век е въведен терминът управлявани грижи, които разширявайки се от ЗПО от типа на Кайзер Перманенте включват други ненасочени към печалба и целящи печалба системи. Част от управляваните грижи на ЗПО се реализират с техни собствени клиники и персонал (например, моделът за персонала). Други оперират на база търговски организации или организации с идеална цел. Това са асоциации на независими практики (*IPAs*), които работят с лекарите в частната практика или предпочитат организациите-доставчици (*PPOs*) (виж глава 12).

Следвайки неуспеха на предложението на Клинтън за национално здравно осигуряване от 1994 г. (виж по-долу), системата на управлявани грижи търпи огромен растеж, тъй като работодателите търсят начин да осигурят своите работници с медицинска помощ на разумни цени. Системите за управлявани грижи са били способни да намалят разходите за здравни грижи по начин, по който американското правителство не е успяло. През 1996 г., 74 % от осигурените американски работници са били включени в планове за управлявани грижи, в сравнение с 55 % през 1992 г. В Калифорния, с дългогодишна традиция на организациите за укрепване на здравето, до 1997 г. над 75 % от осигурените лица, изключително от ползвателите на *Medicare* и *Medicaid*, са били включени в управлявани грижи. В Съединените щати като цяло, в добавка към почти 58-те милиона включени в ЗПО, други 91 милиона души са включени в предпочитани организации-доставчици, с 25 % на ползвателите на *Medicaid* и 10 % на ползвателите на *Medicare* в планове за управлявани грижи (Уебсайт за администриране на финансирането в здравеопазването, 1998 г.). В Съединените щати търсенето на начини за задържане на разходите е довело до развитието на серия от важни иновации в доставката на здравни грижи, заплащането и информационните системи. ЗПО са показали, че добрите грижи, доставени резултатно могат да оперират с по-ниско ниво на хоспитализации, отколкото грижите, доставяни на базата - такса за услуга.

Революцията на управляваните грижи през 90-те год. на XX-ти век довежда до дълбоки промени в организацията на здравеопазването в Съединените щати. Болниците и другите специализирани служби се конкурират за договори с организациите за управлявани грижи и създават самостоятелно системи за обществено обслужване, за да се конкурират за "пазарен дял" от осигурените клиенти. В много райони излишните болнични легла са се превърнали в икономическо бремe, принуждавайки много болници да намалят обема на дейността или да насочат пациента към по-големи болници. Болниците са реагирали чрез сключването на договори с организации за управлявани грижи и чрез намаляване на легловия капацитет; други са били затворени, тъй като са били неспособни да се конкурират за достатъчен поток от пациенти.

Федерални и щатски законодателни инициативи са се опитвали да дефинират правата на пациентите в управляваните грижи поради обществените оплаквания от ограниченията на управляваните грижи. В същото време инициативите за увеличаване на включванията на ползвателите на *Medicaid* и *Medicare* в управляваните грижи са в ход. В отговор на широко разпространените оплаквания относно това, че управлявани-

те грижи ограничават достъпа до специализираните услуги и скъсяват болничния престой, през 1998 г. Американският Конгрес прокарва закон, който изисква минимум 48-часов престой след раждане. Много други законодателни актове за защита на потребителските права и избора на лекар са били предложени в Конгреса и в щатските законодателства. Американската асоциация по общественото здравеопазване през 1997 г. призовава за близко наблюдение и оценяване на управляваните грижи, особено когато са доставяни от организации, насочени към печалба. Американската медицинска асоциация (АМА) подкрепя законодателство, рестриктивно по отношение на управляваните грижи. Федералните и щатски законодателни инициативи вероятно няма да предизвикат силни законодателни действия поради страха от създаването на нов инфлационен натиск върху разходите за здравеопазване. Обаче възстановяването на ситуацията - такса за услуга като преобладаващ начин за заплащане на здравни грижи в Съединените щати е малко вероятно.

### ЗДРАВНА ИНФОРМАЦИЯ

Съединените щати са разработили големи информационни системи от национална и международна важност. Центровете за контрол на болестите публикуват *Седмичен доклад за заболяемостта и смъртността* (MMWR), който установява международни стандарти в докладването на болестите и анализа на политиката. Американският национален център за здравна статистика (NCHS), Администрацията за финансиране в здравеопазването (HCFA), Американската служба за общественото здравеопазване (PHS), Администрацията за храни и лекарства (FDA), Националните институти за здравеопазване (NIH), и много неправителствени организации (NGOs) провеждат събиране на данни, публикуване и изследователска дейност в сферата на здравните услуги, важни за мониторирането на здравния статус. Националният хранителен надзор (NHANES, виж глава 8) и други системи за мониториране на здравния статус са съобщавани в професионалната литература и в публикациите на Центровете за контрол на болестите. Националното наблюдение на информацията за изписваните от болниците улеснява разбирането на моделите за използваемост и заболяемост. Тези информационни системи са жизненоважни за епидемиологичния надзор и управление на здравеопазната система.

Публикациите в *Доклада на американския главен санитарен инспектор за тютюнопушенето* от 1965 г., свързващи тютюнопушенето и рака на белия дроб, имат голямо въздействие върху здравното обучение и поведение на обществото. Докладът на главния санитарен инспектор за храненето от 1988 г. е друг забележителен документ, установяващ международни стандарти в общественото здравеопазване. Медийното покритие на здравните събития и теми е много голямо, а общественото ниво на здравно познание нараства постоянно, но варира в широки граници според социалната класа и равнището на образование.

### ЦЕЛИ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Въпреки бързото увеличение на разходите за здравни грижи през 70-те и 80-те год. на XX-ти век, подобрените дейности по промоция на здравето, и бързо развиващата се медицинска технология, здравното състояние на американското население се подобрява с по-бавни темпове от това в други западни страни. Детската смъртност в Съединените щати през 1996 г. остава по-висока отколкото в 21 други страни; даже пока-

зателите сред бялото население са били по-високи от този в 16 страни, изразходващи много по-малък дял от БНП на глава от населението за здравни грижи.

Докладът на главния санитарен инспектор *Здрави хора* от 1979 г. поставя серия от национални здравни цели по широк брой общественоздравеопазни въпроси. Той определя 226 цели в 15 програмни области в трите категории на профилактика, защита и промоция. Тези цели и задачи са формулирани на основата на проучване и консултации със 167 експерти в различни области, които са участвали в конференция на Американската служба за обществено здравеопазване. Консенсусът е основан на документи за позицията от проучвания и конференции, включващи правителствените здравни власти, Института по медицина на Националната академия на науките, и професионални организации, като Американската академия на педиатрите, и Американската колегия по акушерство и гинекология. Много частни лица и организации са допринесли в тези усилия, включително щатски и местни здравни агенции, представители на групите на потребителите и доставчиците, академични центрове и доброволни здравни асоциации.

Тези цели се оценяват периодично в съответствие с индикаторите за дейността на Американската здравна система и след това се актуализират (табл. 13.3.). Прогресът, постигнат през 80-те год. на XX-ти век, включва главно намаление в нивата на смъртност за три от водещите причини за смърт: сърдечно-съдови заболявания, инсулти и травми. Детската смъртност е намаляла, в резултат от разширяване на профилактиката на инфекциозните заболявания чрез използването на ваксини.

Документът *"Здрави хора 2000"*, публикуван през 1992 г. от Главния санитарен инспектор, разглежда в подробности 332 специфични здравни цели, в шест групи за 2000 г., в сферите на здравна промоция и профилактика, надзор и системи от данни, специфични групи от населението (виж глава 11). Пресметнато е, че близо 1 милион умиращения годишно в Съединените щати са от причини, които могат да бъдат избегнати. Намаляването на рисковото поведение, здравната промоция в работата, намаляването на регионалните различия в доставката на здравни грижи, образованието и самоуправлението на здравните грижи, всички имат потенциал да подобрят здравето и да намалят размера на нарастване разходите за здравеопазване.

Много щати са възприели използването на тези цели като свои собствени мерки за здравно състояние и изпълнение. Годишните публикации на Американската служба за обществено здравеопазване, в сътрудничество с Националния център за здравна статистика, предоставят широк набор от данни за актуализиране на показателите за здравен статус, във връзка с тези национални здравни цели. Разработването на *"Здрави хора 2010"* е започнало, със сесии на фокусни групи, обществени срещи и предоставянето на уебсайт (<http://www.health.gov/healthypeople>), даващи възможност да бъдат чути гласовете на хората от цялата страна.

Анализът на развитието в *"Здрави хора 2000"* показва, че е налице продължителен напредък в намаляването на детската смъртност и смъртността от сърдечни заболявания и инсулти и по-малко умиращения в следствие на автомобилни инциденти свързани с алкохол. Възрастните използват по-малко тютюн, ядат по-малко мазнини, правят повече упражнения и показват по-ниско равнище на холестерола и по-малко свързани със стреса проблеми. Обаче, през 1998 г. Американските национални институти за здравеопазване установяват нови норми, според които около 55 % от американското население е със свръхтегло. Това е здравен проблем, свързан с общи разходи от около \$ 100 милиарда годишно. Заболеваемостта и смъртността от рак е намаляла за периода

1991 и 1995 г. с около 8 %. Случаите на морбили и гонорея продължават да намаляват. Заболеваемостта и смъртността от *Haemophilus influenzae* до голяма степен са изчезнали. Повечето хора живеят в среда с чист въздух и нивата на олово в кръвта при децата намаляват. СПИН е огромно предизвикателство за общественото здравеопазване, с равнища на смъртност бързо нарастващи от 80-те год. на XX-ти век до връхната точка през 1994 г., със забележително снижение оттогава, намалявайки с около 26 % между 1995 и 1996 г. само във възрастовата група 25-44 години. Бременността при тийнейджърите е широко разпространена, но стойностите на раждания сред подрастващите намаляват устойчиво през 90-те год. на XX-ти век. Човешките убийства са намалели в повечето американски градове от 1994-1995 г., с подобряването на икономическите условия и ниските стойности на безработицата.

**ТАБЛИЦА 13.3**

Категории и програмни области на целите на здравеопазването, Съединени щати, 1979-1995 г.

Категории	Специфични групи или дейности с измерими цели
Здравна промоция	Повишаване на физическата активност Хранене: намаляване на недоимъка и излишеството в диетата Намаляване на тютюнопушенето Намаляване употребата на алкохол и наркотици Подобряване на семейното планиране Подобряване грижите за психичното здраве Намаляване на насилието, подобряване на образованието и обществено базираните грижи
Здравна протекция	Намаляване на травматизма Подобряване на трудовите условия и безопасност на работа Намаляване токсичната експозиция от околната среда Повишаване безопасността на храните и лекарствата Подобряване на стоматологичното здраве
Профилактични дейности	Намаляване на рисковите фактори за заболяемостта на децата и майките Намаляване на рисковите фактори и заболяемостта от рак Подобряване лечението на диабета и други инвалидизиращи състояния Намаляване на <i>HIV</i> инфекциите Намаляване на полово преносимите заболявания Повишаване на имунизационното обхващане за контрол на инфекциозните заболявания Подобряване на клиничните профилактични служби
Наблюдение и мониториране	Подобряване на наблюдението и системите от данни на федерално, щатско и локално ниво
Възрастово свързани цели	Подобряване на услугите и използваемостта на службите за деца, младежи, хора в активна възраст и стари хора
Специални групи от населението	Подобряване на достъпа до грижи за лица с ниски доходи

Източник: Public Health Service, 1992, and Healthy people Website, 1999.

Здравната промоция е получила широка обществена, правителствена и професионална подкрепа в Съединените щати за 80-те и 90-те год. на XX-ти век. В частност, това е в резултат от образованието по здравни въпроси с дълга традиция в селския сек-

тор и училищното здравно образование. Променено е отношението към храненето и тютюнопушенето, отчасти поради широкото медийно внимание към много важни епидемиологични проучвания.

## ЗАЩИТА

Потребителската защита е била могъщ фактор за промяната в Съединените щати през XX-ти век и особено от 60-те му години. Тя е допринесла за засилване на правителствената регулация в широка сфера от свързани с общественото здравеопазване области (виж глава 2). Това включва особеностите на автомобилната сигурност и емисионния контрол, стандартите за околната среда, организацията "Майки срещу шофирането в нетрезво състояние" (*MADD*), поставяне етикети на хранителните продукти и правни действия срещу производителите на цигари. Въпреки големия обществен спор, флуорирането на обществените водни запаси покрива 52 % от населението, по-високо покритие отколкото в повечето индустриални страни.

Защитни групи могат също да провокират регресия в общественоздравеопазните мерки, както е с групите, които в момента се борят срещу имунизациите въз основа на преувеличаване значението на реакциите към ваксините. Някои групи противопоставящи се на абортта са повлияли в голяма степен обществената политика и подкрепят понякога насилствени действия срещу изпълнителите на аборти. Проучванията и широкото медийно покритие на здравните въпроси насърчава високо ниво на индивидуално и обществено съзнание по свързаните със здравето въпроси.

## СОЦИАЛНА НЕСПРАВЕДЛИВОСТ

Липсата на универсален достъп е предпоставка за необвързаност с ранните здравни грижи, невъзможност да се разчита на адекватна спешна помощ и хоспитализация, като отговор на неадекватно посрещнатите здравни потребности. С големия брой на неосигурени хора и в много случаи липсващо здравно осигуряване, достъпът и използването на профилактичните грижи са под нивата, необходими за постигане на социална справедливост в здравеопазването, особено за майчиното и детското здравеопазване и за хроничните заболявания като диабет, рак и сърдечно-съдови заболявания. По нивата на детската смъртност, различията между бялото и черното население на Съединените щати остават големи, даже нарастват за периода между 1983 и 1995 г. (виж глава 6). Голяма част от тази социална дистанция се дължи на несправедливостите в здравноосигурителното покритие и социо-икономически фактори.

Усилията да се подобри обхващането с имунизации на американските деца, за да бъдат посрещнати националните здравни цели е било отчасти успешно поради усилията, насочени към групите от бедно население. Все още незадоволителните нива на покритие вътре в градовете и бедните селски райони обясняват големите епидемии от морбили в периода 1991-1992 г. Подобрили са нивата на покритие от 83 % за ДТК (дифтерия, тетанус, коклюш) и 83 % за морбили в края на 80-те год. на XX-ти век до над 90 % за повечето ваксини в периода 1996-1997 г. Обаче, процентът на получилите пълно имунизиране според текущо препоръчаните схеми е бил 78 % през 1996-1997 г. Мандатната имунизация като условие за влизане в училище е била въведена във всичките 50 щата и е помогнала. Усилията да се имунизира напълно населението в предучилищна възраст навреме ще изисква специално внимание от страна на общественото



здравеопазната система за години напред, особено поради включването на важни нови ваксини като тази за варицела към установената имунизационна програма.

Училищните програми за осигуряване на обяд и храни за бременните жени и децата в нужда са намалили някои от негативните последици на бедността в Съединените щати, но липсата на здравно осигуряване оказва сериозно влияние върху тези групи.

Хроничните заболявания и травмите са също заболявания, изключително на бедността, с по-високи стойности на заболяемост и смъртност в почти всички категории рискови групи. Универсалният достъп до всеобхватни грижи може да намали социалното неравенство даже когато различията в доходите са големи. Обратно, увеличаването на семейния доход за бедните е ефективен начин за намаляване на социалното неравенство в здравето. Двете се допълват взаимно и са еднакво важни в социалната политика на Съединените щати.

### ПЛАНЪТ НА КЛИНТЪН И СЛЕД НЕГО

В началото на 90-те год. на XX-ти век, здравното осигуряване става основен политически въпрос в националната и щатските политики в Съединените щати. Висок процент от населението е било без никакво или адекватно здравно осигуряване. Загубата на здравно осигуряване със смяната на мястото на работа и бързото нарастване цената на частното здравно осигуряване са създали широко разпространен натиск за една национална здравна програма. Бизнес-обществото също е загубило доверие в доброволното здравно осигуряване, тъй като разходите за здравно осигуряване се покачват бързо в конкурентния международен бизнес климат. Бившият губернатор на Арканзас Бил Клинтън обещава национален здравен план в президентската си кампания през 1992 г. През есента на 1993 г. здравният план на Клинтън е представен на американската общественост и започва процес на търсене на одобрение от Конгреса.

Здравният план на Клинтън е основан на федерално администрирано задължително универсално здравно осигуряване по месторабота, с налични алтернативни планове, които могат да се избират на различни цени. Всеки щат може да оформи своя собствена здравноосигурителна програма и дори да назначи свое собствено министерство на здравеопазването, за да изпълни тази функция. Лекарите могат да се договарят със здравноосигурителните планове за доставяне на грижи по фиксирана схема за таксуване или в здравеподдържащи организации, независимо дали са базирани в групова или индивидуална практика.

Здравният план на Клинтън търпи провал в Конгреса в края на 1994 г. Апатията е била широко разпространена сред мнозинството от населението, което вече е имало добри осигурителни привилегии от *Medicare* или основаното на трудовата заетост здравно осигуряване. Осигурителната индустрия и организираното медицинско общество са използвали това безразличие, за да осуетят законопроекта. Федералното законодателство защитава работническите колективни привилегии, предпазвайки щатите от задължително здравно осигуряване. Федералното съдействие и отказа за щатско здравно осигуряване позволява на щатите да оптимизират управляваните грижи за ползвателите на *Medicaid*. В същото време консервативните атаки срещу обществените програми като *Medicare* държат въпроса за националното здравно осигуряване на дневен ред в обществото. Щатските инициативи за универсално здравно покритие са алтернативни подходи за достигане на национален универсален достъп до здравни грижи.

## РЕВОЛЮЦИЯТА НА УПРАВЛЯВАНИТЕ ГРИЖИ

Много работодатели са преминали към осигуряване на управлявани грижи, предлагащи планове за обезщетение на работниците на допълнителна цена. Движението към управлявани грижи се превръща в лавина през 90-те год. на XX-ти век, с висок процент на осигурено население на тяхното работно място, ставайки членове на ЗПО или други форми на управлявани грижи. Преминаването към управлявани грижи е произвело значителен ефект в системата за здравни грижи, не само за лекарите, все повече пресираны да се присъединят към ЗПО, но също така за болниците и за потребителя, които трябва да се нагаждат към правилата на управляваните грижи. Ограниченията в достъпа до специалисти и нови процедури е довело до обществени и политически критики, но не е забавило икономически задвижената промяна и нейния дълбок ефект върху здравните грижи.

През 1996 г. много щати са въвели законодателство за регулиране на ЗПО, от които 56 закона са били постановени в 35 щата. Критиките относно насочените към печалба ЗПО се появяват често в обществените медии като бичуват наложените ограничения за достъп до специалист, посещенията в спешно отделение, хоспитализацията и някои терапевтични интервенции (например, трансплантациите на костен мозък в крайните стадии на рак). Комисията по качество на здравеопазването от 1998 г., назначена от президента Клинтън, е изработила законопроект за правата на пациентите, който апелира за допълнителна информация по здравните планове и за правото на молба в случаите на отказ за покритие на спешните грижи или достъпа до специалисти.

Предплатена груповая практика тип ЗПО с идеална цел използва над 90 % от премията за грижи към пациентите, докато насочените към печалба системи изразходват по-високи проценти от премията за администрация, включвайки много високи заплати за изпълнителния персонал. Нарастващата тенденция на управляваните грижи сигурно ще продължи, но може би с по-голяма регулация на насочените към печалба ЗПО, за да се осигури достъп до услугите, базиран върху медицински критерии в интерес на пациента и осигуряване на качеството.

## ОБОБЩЕНИЕ

Съединените щати са успели да постигнат много от целите, установени в доклада *"Здрави хора"* на Главния санитарен инспектор от 1979 г. В същото време, годишният прираст в разходите за здравеопазване в Съединените щати се е намалил значително от 10,7 % за периода 1986-1990 г. до 6,9 % в периода 1991-1994 г. Това се дължи отчасти на по-ниските стойности на обща инфлация (< 3 %), но също така на ограничаващи разходите мерки, които са били възприети от здравноосигурителната индустрия, нарастването на управляваните грижи и рационализирането на болничния сектор чрез ограничаването му и подкрепата на алтернативни форми на грижи на по-ниска цена.

Националното здравно осигуряване е било отново забавено с отхвърлянето на здравния план на Клинтън от Конгреса, но въпросът вероятно продължава да получава внимание на федерално ниво. Обаче щатските инициативи с федерално отказване от права и може би с подялба на разходите, може да доминира здравната реформа в първите години на двайсет и първи век. От средата до края на 90-те ггод. на XX-ти век работодателите са подкрепяли възможностите за управлявани грижи на техните работници, така че управляваните грижи са нараснали бързо чрез пазарни механизми. Щатските парламенти регулират това чрез законодателство, като например да се изисква

минимум болничен престой при раждане, чрез ограничаване на програмите за управлявани грижи от някакви видове услуги. Увеличавайки достъпа до *Medicaid* чрез повишаване границата на бедността, ще увеличи здравноосигурителното покритие, докато управляваните грижи на мандатна основа ще помогнат за поддържане на ограничаването на разходите.

Терминът "не система" често е прилаган за здравните грижи в Съединените щати, но загатнатата критика не е напълно справедлива. Това е здравна система, или по-точно, една дифузна система. Социалните и регионалните различия в здравето съществуват все още съществуват, но не в по-голяма степен, отколкото в страни с универсален достъп до здравни грижи. Освен това съществуват много паралелни програми в Съединените щати, които имат важни положителни общественоздравеопазни ефекти, като универсалните училищни програми за безплатен обяд, хранителни порции за бедни жени, бебета и деца (програма *WIC*), хранителни марки за работещите бедни, потвърждаване на съдържанието на основните храни, безплатни грижи в спешните отделения и за неотложните болнични грижи за бедните, *Medicare* за възрастните, и *Medicaid* за бедните. При все това, справедлив универсален достъп липсва и системата е най-скъпата в света, при не най-добро ниво на здравеопазване както сочат индикатори, като обхващане с имунизации и пренатални грижи, детската и другите стойности на смъртността. Това е доказателство за неуспеха на Американската здравна система да разгърне своя пълен потенциал.

## КАНАДА

Канада е федерална държава с десет провинции и две северни територии, с население от 29,9 милиона и БНП на глава от населението от \$ 19 020 (U.S.) през 1996 г. Отговорността за здравето е определена конституционно на провинциално ниво, с изключение на тази за индианците и инуитското население, армията и ветераните. Въпреки много географски, исторически, културни и политически прилики със съседните Съединени щати, Канада е развила своя собствена уникална национална здравноосигурителна програма.

Стартирайки през 30-те год. на XX-ти век, федерални суми са отпуснати в помощ на провинциите за категорийни здравни програми, като ракови и общественоздравеопазни програми. Основана на този precedent, канадската национална здравна програма е система на провинциално здравно осигуряване с федералноправителствена финансова подкрепа и стандарти. Тя се е развила на етапи между 1946 и 1971 г., първо с болничните и диагностичните услуги и в следствие с осигуряването на медицински грижи, сега заедно познати като *Medicare*. Тя е включила всички канадци в система на обществено финансирани здравни грижи, докато запазва модела на частната практика при медицинските грижи. Болничните грижи се доставят главно чрез ненасочени към печалба неправителствени болници.

Канадската здравна програма се различава значително от тези на Великобритания и на Съединените щати. Всяка от трите здравни системи отразява политическите и културните традиции на своята страна. Всяка е била модифицирана да ограничи размера на нарастване на разходите и да запази или да развие универсално покритие. След десетилетия на стрес вследствие развиването на национално здравно осигуряване, Канада се е превърнала във водещ иноватор в здравната промоция.

## РАЗВИТИЕ НА НАЦИОНАЛНОТО ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ

Инициативите за национално здравно осигуряване в Канада датират преди 20-те год. на XX-ти век, но окончателно ефектът настъпва едва след Втората Световна война. Развитието на национално здравно осигуряване частично е било резултат на опита от Голямата депресия на 30-те год. на XX-ти век, силно аграрно кооперативно движение, и колективното желание за по-добро общество след войната. През 1946 г., наскоро избраното социално-демократично правителство на Саскатчеван, голяма житна разрастваща се провинция с 1 милион души в западните прерии, под ръководството на Томи Дъглас, основателят на Канадската програма *Medicare*, установява план за болнично осигуряване. Този план доставя безплатни болнични грижи за всички жители на провинцията на предплатена база под обществено управление. За няколко години другите провинции са разработили подобни планове и през 1956 г., федералното правителство прокарва законодателство (Акт за болничните и диагностичните услуги), за да осигури план за подялба на разходите за провинциите, възприемайки универсални, обществено администрирани планове за болнично осигуряване. До 1961 г., всичките десет провинции и двете територии са изпълнили плановете за болнично осигуряване, посрещайки федералните критерии в един двурангов национален здравноосигурителен план, което означава универсални провинциални планове с федерални стандарти и подялба на разходите.

През 1961-1962 г., Дъглас и провинция Саскатчеван отново проправят пътя чрез изпълнението на универсален план за медицински услуги (*Medicare*). Това е било оспорено от ожесточена 23-дневна лекарска стачка, която завършва с някои компромиси, но универсалният план влиза в действие, заплащайки на лекарите на база такса за услуга. Отново, това е било основано на принципите на универсално покритие, обширни привилегии и обществено администриране.

След споровете по този план, федерална Кралска комисия за здравни услуги (*The Hall Commission*) препоръчва установяване на подобни планове с федерална подялба на разходите. През 1966 г., федералното правителство е въвело Акт *Medicare*, доставяйки федерална подялба на разходите на одобрените провинциални планове. Федералното реимбурсиране на провинциите включва 25 % от националните средни разходи за медицински грижи на глава от населението и 25 % от действителните разходи на всяка отделна провинция. Това осигурява по-високи от националните средни стойности на поддръжка за по-бедните провинции, така както и мобилността между провинциите. До 1971 г. всички провинции са изпълнили такива планове.

## НАТИСК И ИНИЦИАТИВИ НА РЕФОРМАТА

Канадската здравна програма установява универсално покритие за голям набор от здравни привилегии без промяна на основната медицинска практика на база такса за услуга. По-бедните провинции са можели да използват механизмите за подялба на разходите, с цел повишаване стандартите на здравните услуги. Висока степен на справедливост във връзка със здравните услуги е била постигната в цялата страна.

Бързото нарастване на разходите за здравни грижи е довело до преразглеждане на здравната политика през 1969 г. (Федерално провинциалната комисия за разходите за здравни услуги). Заключениеният доклад е акцентирал върху потребността да се намалят болничните легла и да се развият по-нискоразходни алтернативи на болничните грижи, като домашни грижи и дългосрочни грижи. Федерално проведените инициати-

ви през този период разширяват покритието на домашните и дългосрочните сестрински домашни грижи, като ограничат федералното участие в подялбата на разходите до размера на увеличенията в БНП. Оттогава, много провинциални и федерални доклади са разглеждали въпросите на здравните грижи и са препоръчвали промени във финансирането, подялбата на разходите, болничните услуги и развитието на първичната помощ.

През 1974 г., нов подход към здравеопазването е бил очертан от федералния министър на здравеопазването Марк Лалонд в забележителен общественоститически документ, *"Нови перспективи в здравеопазването на канадците"*. Този доклад описва теорията на здравната сфера, в която здравето се разглежда като следствие от генетични фактори, начина на живот, фактори свързани с околната среда, така както и с медицинските грижи. Като резултат, здравната промоция е станала характерна черта на Канадската обществена политика, с цел промяна на личните поведенчески навици за намаляване на рисковите фактори като тютюнопушене, затлъстяване и недостатъчна физическа активност. Националното хранително наблюдение, публикувано през 1971 г. е довело до възприемане на федерално-мандатни регулации за обогатяване на основните храни със съществени витамини и минерали (виж глава 8). Тази и други инициативи през 80-те год. на XX-ти век са довели до Отавската харта за здравна промоция (виж глава 2).

В средата на 80-те год. на XX-ти век, лекарските организации са оказвали натиск за правото да таксуват пациентите над стойностите, заплащани чрез *Medicare*, но това е било забранено чрез национално законодателство (Актът за медицински грижи), прокарано единодушно от федералния Парламент. Този акт наказва провинциалните парламенти, които разрешават допълнително таксуване от лекарите чрез спиране на федералното финансиране.

Канадската програма за здравно осигуряване е преживяла висок ръст на разходите, приблизително 12 % годишно, през 80-те год. на XX-ти век, докато БВП е нараствал с 3 % на година. Националните разходи за здравеопазване са достигнали 10,1 % от БВП през 1992 г., намалявайки до 9,5 % през 1996 г. В края на 90-те год. на XX-ти век, размерът на нарастване на разходите за здравни грижи е бил намален чрез болезнени мерки на съкращение, особено в болниците. Десетилетие по-рано, когато стойността на нарастване на разходите за здравеопазване от 1975 до 1991 г. е била средно 11 %, Канада е била втора след Съединените щати по процента на БНП, изразходван за здравеопазване. В периода 1991-1996 г., здравеопазните разходи са нараснали с 2,5 % годишно, така че канадските разходи за здравни грижи като процент от БНП през 1998 г. са четвърти най-високи в света (с 9,2 % на БНП през 1996 г.), след Съединените щати, Германия и Франция.

От общите разходи за здравеопазване през 1996 г., болниците консумират 34 %, лекарските заплати - 14 %, а за лекарства 14 %. Разходите за други институции, лекарства и обществено здравеопазване са нараснали като проценти от общите разходи, докато болничните разходи са намалели и разходите за лекарски услуги са останали стабилни, в сравнение с разпределението на разходите от 1991 г. (39 % за болниците, 15 % за лекарите, 12 % за лекарствата) (Статистика на Канада, 1999 г.).

Финансирането на общите разходи за здравеопазване през 1996 г. е било 70 % от източници на публичния сектор, включително федерални, провинциални и общински парламенти и работнически обезщетения (намаление от 74,6 % през 1991 г.) Федералното правителствено участие в разходите за здравеопазване постепенно е намаляло от 70-те год. на XX-ти век, така че провинциалните парламенти срещат трудности при

продължително финансиране на сегашните равнища и са принудени да контролират стойностите на нарастване. Това е довело в много провинции до намаляване на осигуреността с болнични легла, от 6,9 легла на 1 000 през 1979 г. до 4,7 през 1995 г. Най-гъсто населената провинция Онтарио, например, е намалила осигуреността с болнични легла за грижи при остри заболявания до 3,9 на 1 000 през 1995 г.

Другите здравни реформи все повече наблягат върху здравната промоция и развитието на алтернативи на активните болнични грижи. През 1970-те години, провинция Манитоба е започнала реформи за установяване на областни здравни системи, интегрирайки болниците, сестринските домове, домашните грижи, профилактичните услуги и медицинската практика, достигайки много от селските райони на провинцията през следващите няколко десетилетия. През 1990-те години в Саскатчеван е започнало разработването на подобна интегрирана областна здравна служба и регионализирани болнични системи. Другите провинции, под натиска на здравеопазните разходи също са намалили броя на болничните легла, увеличили са регионализацията и са засилили здравната промоция и обществените здравни услуги.

### ЗДРАВНО СЪСТОЯНИЕ

Критиката на канадската здравна система фокусира върху времето за чакане (в сравнение със Съединените щати) за диагностични и хирургични процедури, по-малък достъп до високотехнологично оборудване и процедури и намаление на болничния персонал. Такива сравнения обаче са непотвърдени от целевите анализи и от индикаторите за измерване здравето на населението. От изпълнението на *Medicare*, канадската позиция по отношение на главните индикатори за здравен статус се е подобрила в сравнение с други страни. Стойностите на детската смъртност са били по-високи в сравнение с тези на Съединените щати до 60-те год. на XX-ти век (28 срещу 22 на 1 000), но са по-ниски през 90-те год. на XX-ти век (6 срещу 7 на 1 000 през 1997 г.). Стойността на майчината смъртност в Канада през 1980-1997 г. е била 5 на 100 000 сравнена с 12 за Съединените щати и 10 за Великобритания. През 1997 г., очакваната продължителност на живота от момента на раждането за Канада е била 79 в сравнение със 77 години в Съединените щати; разликата между Канада и Съединените щати е нараснала от 2 години през 1988 г. до 2,7 години през 1993 г. за мъжете и от 2 на 2,9 години за жените.

Имунизационното покритие за малките деца през 1995-1996 г. е 89 % за полиомиелит, 93 % за ДТК (дифтерия, тетанус, коклюш) и 98 % за морбили. Канадското имунизационно покритие на малките деца, макар и по-добро от това на Съединените щати, е под това във Великобритания и Скандинавските страни. Канада се нарежда между 10-те страни с най-ниски стойности на обща смъртност и смъртност от мозъчно-съдова болест и болести на сърцето, но е петнадесета по умирания от злокачествени заболявания, диабет, автомобилни произшествия и убийства.

### ОБОБЩЕНИЕ

Канадската здравеопазна система успешно е установила универсално, данъчно поддържано, национално здравно осигуряване в Северна Америка. Канадската здравна програма съдържа важни уроци за реформа в здравните грижи на международно ниво. Универсалното здравно осигуряване е било изпълнено без промяна в обема от услуги, промени в начина, по който те са финансирани и първоначално недостатъчно внимание към профилактиката. Това са основните пунктове, които е необходимо да се имат предвид от Канадския опит. В същото време, Канада първа въвежда идеята за



здравна промоция от 70-те год. на XX-ти век в такива области като фитнес и обогатяване на храните, развитие на идеята за Здрави градове. Това е модел и с противоречия, частично поради тенденцията за замразяване модела на частна практика и бавния темп в провеждането на реформи, докато провинциите са били неспособни да се справят с товара на разходите, тъй като федералното правителство е намалило своя дял във финансирането на здравните грижи.

Качеството на грижи е високо и *Medicare* е една от най-популярните обществени институции в Канада, от която повечето канадци, включително лекарите, се чувстват горди. Текущите реформи се оказват успешни в контролирането на стойността на нарастване на разходите в някои провинции. Здравният статус на канадците е между най-високите в света. Въпреки финансовото бреме и необходимостта от икономически анализ с избор на приоритети, с които се свързва популярността на програмата, канадският ангажимент за универсални, общественоадминистрирани здравни грижи е вероятно да продължи и канадският модел ще бъде важен пример за реформите в други страни, особено за Съединени щати.

## ВЕЛИКОБРИТАНИЯ

Населението на Великобритания през 1997 г. е било 58,2 милиона и БНП през 1996 г. на глава от населението е бил \$ 19 600, класирайки се по икономическо благосъстояние след Скандинавските, Северноамериканските и много европейски страни. Великобритания се нарежда на дваесет и второ място сред водещите нации по размер на детската смъртност през 1997 г. - 7 на 1 000. Майчината смъртност е била 10 на 100 000 (1980-1997 г.).

Великобритания е единна държава с обществено здравеопазване, развивано на равнище местна власт, с национални здравни инициативи, развиващи се бавно от средата на XIX-ти век. Националната здравна служба е разработила и поддържа високи професионални и технически стандарти, въпреки скромните нива на финансиране на службата. Имунизационното покритие през 1995-1996 г. е било 94 % за ДТК, 96 % за полиомиелит и 92 % за морбили (морбили, паротит, рубеола), с повторна ваксинация срещу морбили при влизането в училище.

Британците са развили уникален и важен модел на здравни грижи като данъчно финансирана обществена служба, което е повлияло широко другите национални здравни системи. Тя е популярна и е успяла в постигането на своите първоначални цели и е била подложена на периодични реформи от нейното начало през 1948 г., надживявайки много промени в правителствената и политическа философия.

### НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНА СЛУЖБА (НЗС)

Както беше обяснено по-рано, Великобритания е разработила своята настояща Национална здравна служба в продължение на много десетилетия. Основни моменти са реформата на Законите за бедни от XVIII-ти до XIX-ти век, приятелските общества, Националното здравно осигуряване от 1911 г. за работниците и техните семейства, Националната спешна медицинска служба от Втората Световна война и Докладът на Бевъридж от 1942 г. През 1946 г., по време на правителството на лейбъристите на Клеъмънт Атли, парламентът е одобрил Акта за Националната здравна служба, въведена през 1948 г., под ръководството на Анеурин Беван.

Националната здравна служба е финансирана чрез общите данъчни приходи за доставяне на всеобхватно обслужване на цялото население. Националната здравна служба първоначално е била организирана като три паралелни служби: болнична служба с лекари на заплата; общопрактикуващи (и стоматологични) услуги, доставяни от независими лекари със заплащане на глава от населението; общественоздравеопазна служба с персонал на заплата. Услугите на болничната и общата практика са били управлявани от отделни обществени бордове или съвети; общественоздравеопазната служба е администрирана от местните власти.

### СТРУКТУРНИ РЕФОРМИ НА НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНА СЛУЖБА

Преминавайки няколко етапа на реформа през 70-те и 80-те год. на XX-ти век, НЗС е била реорганизирана, намалявайки броя на административните нива и опитвайки се да постигне интеграция и координация между високо специализираните и фрагментирани услуги. Реформата от 1974 г. създава Регионални здравни власти, като интегрира Районните здравни власти (*AHAs*) под тяхната шапка, за да замести предишното разнообразие от болнични управляващи комисии, бордове на управители и комисии на местни здравни власти. *AHAs* са неизборни светски организации, които приемат функции по обществено здравеопазване и болничен мениджмънт, обединявайки много преди това застъпващи се юрисдикции. Мултидисциплинарни управленски екипи са били въведени в *AHAs* и на областни равнища, с взимане на решения с консенсус, наблюдавайки на професионалната управленска компетентност.

По-нататъшна реорганизация през 1982 г. отменя *AHAs*, разполагайки управленската отговорност на равнището на Областната здравна власт, с наблюдаване на по-нататъшната децентрализация на мениджърската власт към структурите на болнично и обществено обслужване. Преразглеждания на НЗС са били проведени през консервативното управление на Маргарет Тачер, фокусирайки върху мениджърската ефективност, правителствената гледна точка, растежа на частния сектор, въпросите за защита на потребителските групи и на потребителските права.

От 1977 до 1996 г., броят на болнични легла за остри състояния е намалял от 3,0 до 2,0 на 1 000 души население. Въпреки възрастта на населението, средната продължителност на престоя в болниците за грижи при остри заболявания е паднал от 9,8 дни през 1977 г. на 4,8 дни през 1996 г. Обществените услуги от всякакъв вид са се увеличили през този период.

### РЕФОРМИТЕ ОТ 1990 г..

През 1990 г., Националната здравна служба и Актът за обществени грижи са направили опит за по-нататъшно рационализиране на мениджмънта на НЗС. Три типа на установени здравни власти са били преразгледани: Регионални здравни власти (*RHAs*), Областни здравни власти (*DHAs*), и Власти за семейно здравно обслужване (*FHSAs*). Регионалните и областните здравни власти (*RHAs* и *DHAs*) стават първични административни нива. *FHSAs* са управлявали договорите с общопрактикуващите лекари (*GPs*). НЗС в Уелс, Шотландия и Северна Ирландия действа по сходни планове.

14-те регионални здравни власти оценяват здравните потребности, установяват стратегическото направление на развитието на здравното обслужване, мониторират качеството на управлението и грижите и разпределят ресурсите за промоциране на услуги, ефективни от гледна точка на разходите. Те също така промоцират медицинския

контрол и развитието на специфични програми (например трансплантации), подпомагат здравните доставчици, като например болниците, във връзка с управленски проблеми. Регионалните здравни власти не доставят услуги. Областните здравни власти действат под властта на бордове, подобни на тези при регионалните здравни власти и са основните купувачи на услуги от болниците и другите доставчици. Те се договарят с болниците за услуги на основата на оценена потребност и на удовлетвореност от болничното изпълнение. Те могат също да ръководят болници на НЗС или други услуги.

Реформите от 1990 г. включват въвеждането на конкуренция между доставчиците, развитие на обществени здравни услуги и по-нататъшно намаляване на осигуреността с болнични легла. Това е имало за цел да даде по-голям избор на пациента и изпълнителите на първични грижи (*GP*), с мотиви за резултатност и качество на грижите.

Властите за семейно здравно обслужване (*FHSAs*) според Акта от 1990 г. се управляват от бордове, подобни на тези при Регионалните и Областните здравни власти. Властите за семейно здравно обслужване са отговорни за договарянето с общопрактикуващите лекари и стоматолози, оптиците и фармацевтите. Ролята на властите за семейно здравно обслужване се е разширила, включвайки формулиране на политики, наблюдение на заведения и услуги, така както и възнаграждението на договорните доставчици. Пациентите се регистрират при общопрактикуващите лекари и се насочват към специалисти и болница според техните здравни потребности. Заплащането на общопрактикуващите лекари традиционно е на база брой обслужвани пациенти, регистрирани при тях. Пациентът има право да смени общопрактикуващия си лекар. Заплащането на глава от населението е разпределение на парични средства на човек, регистриран като ползвател на услуги за определен период от време. Въведени са коригиращи коефициенти за фактори като възраст, пол и регионални стандартизирани стойности на смъртността, които рефлектират както върху потребността, така и върху търсенето на здравни услуги. Стандартизираните стойности на смъртността (*SMRs*) се използват като заместител на заболяемостта при формиране заплащането на глава от население (виж глава 3). На общопрактикуващите лекари сега се заплащат допълнителни премии за индикатори за изпълнение, например, специфични профилактични услуги като имунизации, цитонамазки и мамографски скрининг.

Основното нововъведение е било да се разреши на Властите за семейно здравно обслужване да администрират бюджети като общопрактикуващи лекари - фондодържатели (*fundholders*), под формата на заплащане на глава от населението, включвайки както услугите от общопрактикуващите лекари, така и за болнична помощ. Общопрактикуващите лекари все повече работят в здравни центрове, заедно с общински медицински сестри. До 1995 г., около една трета от общопрактикуващите лекари работят като фондодържатели със заплащане на глава от населението чрез НЗС за амбулаторни и болнични грижи. Това упълномощава общопрактикуващите лекари да се договарят с болниците, което намалява времето за чакане и подобрява качеството на здравни грижи за техните пациенти, поставяйки болницата в позицията да се конкурира за насочване от общопрактикуващите лекари. Експериментите с финансирането на болничните грижи чрез общопрактикуващите лекари са направени, за да се увеличи качеството на грижите и да се промоцира ограничаването на разходите. Изглежда идеята общопрактикуващ лекар - фондодържател е успешна програма, въпреки че не е добре оценена.

Болниците са насърчавани да се трансформират в Тръстове на Националната здравна служба, управлявани от надзорни бордове, назначени от националното правителство, обикновено представящи местните власти. Болничните тръстове трябва да

демонстрират способност да оперират като икономически единици. Те трябва да се конкурират за направления, борейки се за удовлетворението на пациента и общопрактикуващия лекар. Болниците вече не са директно финансирани от НЗС, а получават своя доход от предоставянето на услуги на Здравните власти, общопрактикуващите лекари - фондодържатели, частните осигурителни компании и частните пациенти, заплащащи за услугите чрез системата на диагностично-свързаните групи. Това им позволява да оперират като независими икономически единици, давайки им възможност да определят цени на услугите, да дефинират условията за персонала, да увеличават капитала чрез заеми и в ограничени граници, да купуват или продават земя и собственост. Финансирането на НЗС продължава да бъде чрез правителствени разпределения от общите данъчни приходи. Някои приходи идват от други източници, включително потребителски такси, като например за предписване на лекарства или стоматологични услуги. Оперативните бюджети са разпределени към Регионалните здравни власти за покриване разходите на болничните, общественоздравеопазните и първичните здравни услуги. Разпределението е определено на база размера на населението, съобразено със стандартизираните стойности за смъртността и с някои местни утежняващи фактори. Областните здравни власти на свой ред са финансирани чрез регионалните здравни власти, използвайки подобни критерии. Регионалните здравни власти административно общопрактикуващите лекари - фондодържатели, докато властите за семейно здравно обслужване финансират на база на договаряне останалите доставчици на първична помощ. Капиталовото финансиране за модернизирани и оборудване се основава върху дългосрочно планиране на ниво Регионални здравни власти.

Пазарните реформи във Великобритания все още се развиват. Въпреки че е била обект на продължително подробно разглеждане в пресата и на политическо равнище, НЗС е осигурила универсален достъп и поддържа високо качество на разумни цени. Разходите за здравеопазване във Великобритания са съответно 4,5 % от БВП през 1970 г., до 5,6 % през 1980 г., 6,0 % през 1990 г. и 6,8 % през 1997 г. Това е било и продължава да бъде по-малко от разходите в повечето индустриални страни, търпейки критика за недостатъчно финансиране на важни области, като например онкологичните услуги.

## СОЦИАЛНА НЕСПРАВЕДЛИВОСТ

Социалното неравенство в здравното състояние на населението във Великобритания, което е било част от основанията за установяването на НЗС през 1946 г., продължава. Докладът на Блек (Дъглас Блек, 1980 г.) документира този проблем, а следващи доклади посочват продължаващата и даже растяща социална несправедливост през 90-те год. на XX-ти век. Промените в дефинициите и разпределението на населението в различните социални класи може да обясни някои от разликите: налице е разширяване на дистанцията между социалните класи, с продължително нарастване в стандартизираните стойности на смъртността на класа V и продължително намаление в стандартизираните стойности на смъртността за класи I и II (виж глава 4). Съотношението между класа I и класа V по отношение на стандартизираната стойност на смъртността е 90/110 през 1931 г., 75/142 през 1961 г., и 65/168 през 1981 г. По-високата причинно-специфична смъртност в по-ниските социално-икономически класи е особено изразена по отношение на сърдечно-съдовите заболявания, травмите и рака.

Тези социални различия не могат да бъдат обяснени само върху основата на разпространение на рискови за здравето фактори. Здравните различия, съотнесени към

икономическия статус, може да се дължат на бедната диета, по-разпространеното тютюнопушене, по-малката физическа активност, социалните и трудови условия, по-ниското възнаграждение и лично удовлетворение и по-ниския контрол върху жизнените събития в сравнение с по-високите социални класи. Съществуват още регионални различия в стандартизираните стойности на смъртността във Великобритания; причините за това не са добре изяснени, но вероятно са свързани с многообразието от социални, икономически, поведенчески и произтичащи от околната среда рискови фактори.

През 1998 г., Доналд Ачесън, старши преподавател по обществено здравеопазване във Великобритания, докладва по запитване от правителството на Блек относно социалните несъответствия в здравето във Великобритания. Неговият доклад потвърждава откритията в доклада на Блек и оценява резултатите от много проучвания върху социалните степени в здравния статус. Докладът на Ачесън е бил фактор в правителствената политика при реформата в данъчната система, предучилищните програми за детски грижи и тютюневото законодателство, а също и в някои аспекти на реформите в НЗС.

### ЗДРАВНА ПРОМОЦИЯ

През 50-те и 60-те год. на XX-ти век, смъртността от сърдечно-съдови заболявания е нараснала във Великобритания, както и в повечето индустриализирани страни. Тези стойности са започнали да намаляват през 70-те год. на XX-ти век в Съединените щати, Канада и други европейски страни, но са останали високи във Великобритания за още едно десетилетие, със смъртност от коронарна болест на сърцето намаляваща съществено едва от 1985 г. Това закъснение в намаляването на смъртността от сърдечно-съдови заболявания може да бъде обяснено чрез тогава преобладаващото консервативно отношение към лечението на острия миокарден инфаркт с агресивни, намесващи се методи на лечение в интензивните отделения. НЗС проявява мудност също и в реакцията си към променящите се подходи за здравна промоция и намаляването на рисковите фактори. Смъртността от исхемична болест на сърцето е продължила да нараства до 1978 г. Великобритания е продължила да има по-високи стойности на смъртност от сърдечно-съдови заболявания в сравнение с много страни в Европа. Тези и други общественоздравеопазни въпроси, включително сравнително ниските равнища на имунизационно покритие, са довели до формулирането на стратегии за здравна промоция в Министерството на здравеопазването.

В края на 80-те и началото на 90-те год. на XX-ти век, са търсени голям брой важни инициативи за подобряване на дейностите по профилактика и здравна промоция във Великобритания, включително по-високо обществено съзнание за здравословно хранене и рисковете от тютюнопушенето. От 1978 до 1997 г., стойностите на смъртността от исхемична болест на сърцето са намалели с 41 %. Мотивиращите възнаграждения на общопрактикуващите лекари са дали резултат в рязко подобрене на имунизационните показатели. От местните власти се изисква да имат специализиран персонал за промоциране на сигурността при шофиране, което допринася за намаление смъртността от пътни произшествия с повече от една трета от 1980 до 1995 г. Нов Акт за водата и Акт за замърсяването на околната среда от 1990 г. са увеличили наблюдаващата и регулаторната роля на националното правителство в тези области на общественото здравеопазване.

Докладът "*Здравето на нацията*" на Министъра на здравеопазването от 1991 г. (виж глава 2) поставя здравната промоция и националните здравни цели като основен

фокус на една национална здравна програма. Намаляващата смъртност от основните причини за смърт (сърдечно-съдови заболявания, рак и травми) отразява нарастващия ефект на дейностите по здравна промоция във Великобритания.

Новото правителство на труда на Тони Блеър, избрано през 1997 г., предприема по-нататъшна реформа в НЗС особено в методите на финансиране на първичната помощ и пазарните сили на общопрактикуващите лекари-фондодръжатели. Правителството също се е ангажирало да увеличи финансирането за НЗС за периода 1999 - 2003 г., за да засили секторите за клинично обслужване, които са били ощетявани през предишното десетилетие.

През 1999 г. правителството на Блеър започва нова реформа на НЗС, установявайки групи за първични грижи (*PCGs*) в цялата страна от общопрактикуващи лекари, обслужващи население между 30 000 и 250 000 души. Групите за първични грижи заменят закупуването на услуги, преди изпълнявано от общопрактикуващите лекари - фондодръжатели и здравните власти. Те имат възможност да запазват годишни остатъци от фонда си за подобряване на своите практики, като мотив за резултатност. Централното управление на НЗС получава нови възможности за подобряване на мониторирането с Комисията за подобряване на здравето (*CHIMP*) и Националния институт за най-добри клинични практики (*NICE*), установени през 1999 г. Общопрактикуващите лекари са получили on-line системи за насочване към специалисти, а пациентите безплатни 24-часови телефонни консултативни услуги от медицинска сестра, в опити да се модернизира НЗС и нейния първи контакт с пациентите.

## ОБОБЩЕНИЕ

Успешните правителства на различните политически партии са подкрепяли НЗС и въпреки критиките, тя остава популярна институция сред британското общество, надживявайки много промени на политическо ръководство през последните 50 години. Реформи, средно на всяко десетилетие, дават възможност на НЗС да се развие на база придобития опит и да посрещне променящите се икономически и здравни потребности на страната. Децентрализацията до Областни здравни власти е била постигната със заплащане на Областната здравна власт от НЗС на база глава от населението, с коригиращи коефициенти за възраст, пол и заболяемост. Намаленията в клиничните услуги са породили критика, че качеството на грижите е изложено на опасност и дейността на Областната здравна власт се нуждае от засилено национално наблюдение.

Промените в епидемиологичните модели също са довели Министерството на здравеопазването и НЗС до развитието на стратегии за здравна промоция. Това е помогнало в намаляването на високите стойности на смъртността от сърдечно-съдови заболявания и травми. Това може да помогне за намаляване на социалната и регионална несправедливост в здравеопазването, все още съществуващи след близо половин век на универсален достъп. Реформите в НЗС в началото на 90-те год. на XX-ти век са имали за цел да промоцират правата на пациентите и удовлетвореността на общопрактикуващите лекари от вторичните и третичните грижи, с ролята на общопрактикуващия лекар като вход към системата. Все още е твърде рано да се оценят нововъведенията, започнати в началото на 90-те год. на XX-ти век по отношение на резултатността и ефективността.

НЗС е гарантирала достъп до здравни грижи за всички, но се е провалила в намаляването на социалнокласовите различия в здравния статус. Това несъответствие може да се дължи на забавено възприемане на усилията за здравна промоция както е в



други индустриални страни за намаляване бремето от рака, сърдечно-съдовите заболявания и други заболявания, които оказват влияние особено върху бедните. НЗС е успяла в мисията си за осигуряване на универсален достъп в данъчнофинансираното здравно обслужване. Моделът на Бевъридж за НЗС е повлиял Северните страни от 50-те и страните от Южна Европа (Гърция, Италия, Португалия, Испания и Турция) в техните различни програми за реформи от 70-те год. на XX-ти век. НЗС продължава да се развива и е важен и успешен международен модел на една от най-ефективните системи за здравни грижи.

## СЕВЕРНИ СТРАНИ

Всяка от системите за здравни грижи в Северните страни има свои собствени характеристики, с продължаващи реформи във всяка една от тях. Дания, Финландия, Исландия, Норвегия и Швеция, със социално-демократични правителства както преди, така и след Втората Световна война, в много отношения са пример за благоденстваща държава. Те по-късно са били повлияни от НЗС на Великобритания, но със силно регионално и локално правителствено организиране и данъчно облагане поставят по-силно ударение върху една децентрализирана програма за здравни грижи. Техните постижения в социалното благополучие и здравните грижи за много десетилетия са били широко приветствани успешни модели за социална защита в проспериращите индустриални икономики.

Обикновено между 50 и 70 % от приходите на здравната система се събират от личните подоходни данъци, събирани на регионално (Швеция, Норвегия, Дания) или общинско (Финландия) равнище на управление. Повечето от остатъка идва от общите приходи, увеличени от националното правителство чрез данък добавена стойност или акциз и лични или корпоративни подоходни данъци. Националните фондове са разпределени като блокови парични суми, които се отпускат, за да се минимизират междурегионалните неравенства, с допълнителни парични суми за медицинско образование. Националните фондове при болест заплащат амбулаторните посещения. Общинските парламенти заплащат за дългосрочните грижи за възрастни. Доплащания от пациентите осигуряват 2-3 % от здравните разходи на Швеция и са били въведени във Финландия през 1993 г. Потребителските такси не са затруднение поради постигнатия просперитет и добре организирани системи за социална сигурност на Скандинавските страни.

Северните страни имат традиционно засилено майчино и детско здравеопазване и са постигнали много ниски стойности на детска смъртност. Те имат високи стойности на смъртност от сърдечно-съдови заболявания в сравнение със страните от Южна Европа. Това се свързва с традиционните модели на хранене с голямо количество мазнини, заедно с тютюнопушене и висока алкохолна употреба. Тези рискови фактори са били предмет на много успешни усилия по здравна промоция и бавно намаляват.

## ШВЕЦИЯ

През 1997 г. шведското население е било 8,8 милиона, а БНП за 1996 г. на глава от населението е бил \$ 25 710. През 1997 г. размера на детската смъртност е 4 на 1 000 живородени, а очакваната продължителност на живота от момента на раждането е 78 години. През 1997 г. по общи данни размерът на раждаемостта е 12 на 1 000 население,

със 100 % на ражданията в медицински заведения, а размерът на майчината смъртност е 5 на 100 000 (1980-1997 г.). Имунизационното покритие в детската възраст през 1995-1997 г. е било 99 % за полиомиелит и ДТК и 96 % за морбили.

Шведската здравноосигурителна система се е развивала в продължение на много десетилетия и е станала задължителна през 1955 г., покривайки компенсацията за медицинско-клинични и болнични услуги и частни амбулаторни грижи. Шведските здравни грижи са данъчно финансирани, със средства главно от работодателите и правителството, но пациентите са задължени да участват със съвместно плащане за услугите. Разходите за здравеопазване като процент от БВП са нараснали от 7,5 % през 1972 г. до 9,6 % през 1982 г., намалявайки до 7,5 % през 1993 г.

Окръгът или общината са основните единици на административно делене, отговорни за управлението на здравните грижи. Съществуват 23 окръжни съвета и три големи общини с население, вариращи от 60 000 до 1,5 милиона. През 1993 г. окръзите или общините, които имат финансиране на база доходни данъци, са осигурили 75 % от финансирането за здравни грижи - 7 % идващи от националното правителство, 5 % от национално осигуряване, 2-3 % от пациентски такси, а остатък от различни източници. Текущите реформи включват подобрени първични грижи в комбинация с намаляване на осигуреността от болнични легла. Първичните грижи се доставят в здравни центрове с персонал, състоящ се от общопрактикуващи лекари на заплата, медицински сестри и друг персонал, обслужващи около 15 000 пациенти. През 1993 г. частната практика поема около 20 % от общите лекарски посещения.

Швеция традиционно има много високо съотношение на болничните легла спрямо населението (табл. 13.4). В края на 60-те год. на XX-ти век това включва 5 болнични легла за остри заболявания, 5 - за дългосрочно лечение и 6 - за душевни заболявания на 1000 души население. Хоспитализацията е била разпространена форма за грижи, особено в райони с малка гъстота на населението и големи разстояния до болниците и лекарите. Намаляването в броя на болнични легла е било дългосрочна стратегия в Швеция от 40-те год. на XX-ти век, и със засилено внимание от 60-те год. на XX-ти век, със стабилно намаление в хирургичните и психиатричните легла. Дългосрочните социални грижи за възрастни са били трансформирани в агенции за социално обслужване. Като резултат от тази политика, Швеция е една от малкото страни в света с действително намален процент от БВП, изразходван за здравни грижи, до 7,6 % през 1994 г.

**ТАБЛИЦА 13.4**

Запас от болнични легла в Швеция по типове легла, избрани години, 1973-1996 г.<sup>1</sup>

Легла	1975	1985	1990	1993	1996
Акутни грижи (медицински/хирургични) легла/1000	5,4	4,4	3,8	3,1	2,8
Психиатрични легла/1000	3,9	2,5	1,7	1,2	0,8
Дългосрочни, включително гериатрични	4,6	6,2	5,4	1,2	0,5
<b>Общо легла/1000<sup>2</sup></b>	-	14,6	12,4	7,0	5,6

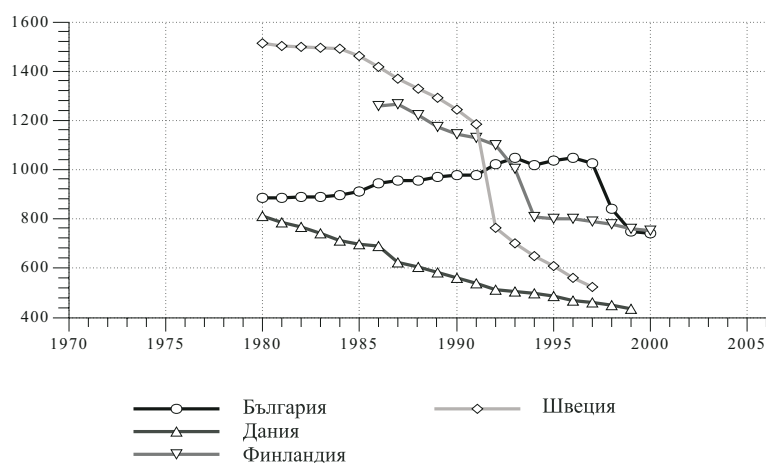
Източник: Statistical Yearbook of Country Councils, 1995. Data for 1996, WHO European Region HFA data set.

<sup>1</sup>Реформа през 1992, включваща трансфер на 31 000 легла в сестрински домове от здравеопазването към агенции за социални грижи.

<sup>2</sup> - няма данни

Това е било извършено при поддържане на високо качество на обслужването и подобряване на индикаторите за национално здраве, като стойности на детската смъртност и стойности на майчината смъртност, които са сред най-ниските в света. Фигура 13.1 показва спада на осигуреността с болнични легла в Швеция, Финландия и Дания от 70-те год. на XX-ти век до края на 90-те год. на XX-ти век.

Последните реформи в Швеция са позволили договаряне за услуги от публичния сектор. Това е засилило ролята на доставчиците на първични грижи, сега способни да избират по-резултатни и изгодни за потребителя услуги. Болниците оперират като икономически единици, балансирайки приходи и разходи и трябва да се конкурират за пациенти в новия обществен пазар за здравни грижи. Публичните институции също трябва да се състезават с частния сектор и в някои случаи да закупуват услуги от частни доставчици. Това е помогнало за намаляване на времето за чакане за операции и е довело до банкрут на нерезултатните и неприемливите болници.



ФИГУРА 13.1

Брой на болничните легла на 100 000 население в Северните страни

Източник: WHO, European Region, HFA data set, 2000.

Забележка: Включва легла за остри заболявания, психиатрични и такива в заведения за продължително лечение.

### ФИНЛАНДИЯ

Финландия е република с население от 5,1 милиона души през 1997 г. и БНП за 1996 г. на глава от населението от \$ 23 240. Финландия е постигнала едни от най-ниските стойности на детска смъртност в света, намаляващи от 22 на 1 000 живи раждания през 1960 г. до 4 на 1 000 през 1997 г. Майчината смъртност е 6 на 100 000 живи раждания (1990-1997 г.). Детските грижи се доставят безплатно от общините; това е дало резултат в покритието с имунизации 100 % за полиомиелит, 100 % за ДТК (дифтерия, тетанус, коклюш) и 98 % за морбили, паротит, рубеола за деца на 1 година (1995-1997 г.).

Въпреки високото имунизационно покритие за полиомиелит, Финландия е преживяла епидемия от полиомиелит поради използването на неадекватна *IPV* ваксина за имунизация през 80-те год. на XX-ти век. Продължителността на живота се е увеличила с 5,5 години за мъжете и 5,1 години за жените за периода от 1971 до 1991 г., с очаквана продължителност на живота от 77 години през 1997 г. (68 години през 1960 г.).

Финландия има три нива на управление. Силните общински правителства доставят услуги от първичните, вторичните и третичните грижи, както и обществено здравеопазване, образование и други социални услуги. Щатите субсидират общините да доставят тези услуги, с управление от местно избирани чиновници. Данъците върху доходите се поделят между общинските и националния парламенти. Универсалният достъп до грижи е гарантиран за всички.

Здравната политика се разработва на нивото на националния парламент, който регулира капиталовите инвестиции в здравните заведения и субсидира общините, които са отговорни за доставянето на здравни и социални услуги. Държавата и общинските парламенти заедно събират приблизително половината от всички данъци, много повече в сравнение с други страни, достигайки 46 % от БВП. Икономиката е била в рецесия в началото на 90-те год. на XX-ти век със спад в БВП; като резултат, процентът от БВП, изразходван за здравни грижи е нараснал рязко, от 6,8 % през 1982 г. до 9,4 % през 1992 г., падайки до 8,8 % през 1993 г. и 7,5 % през 1997 г.

Високите стойности на смъртността от сърдечно-съдови заболявания, нараняване и самоубийства засягат мъжете на средна възраст. Широкоизвестният проект Северна Карелия (виж глава 5) за промоциране намаляването на рисковите фактори за сърдечно-съдови заболявания е стимулирал национални усилия и е допринесъл за солидни намаления в стойностите на смъртността от тези заболявания. Стойностите на сърдечно-съдовата смъртност са намалели до 52 % от 1970 до 1996 г., отчасти поради промените в храненето с консумация на по-малко месо и повече зеленчуци. Стойностите на тютюнопушенето за мъжете в началото на 70-те год. на XX-ти век са достигнали 50 %, но са намалели до една трета през 1993 г., с 20 % на тютюнопушенето при жените. Цялостната алкохолна консумация е ниска, но битовата консумация на алкохол е разпространена и се свързва с високите стойности на самоубийствата и травмите.

Финландия има висока осигуреност с болнични легла до 80-те год. на XX-ти век, когато променя здравната политика, осъзнавайки ограниченията на болничните грижи и поставяйки по-голямо ударение на първичните грижи, профилактичните и социални услуги и здравната промоция. Броят на болничните легла все още се намалява, с по-къса продължителност на престоя и увеличение на амбулаторните грижи и грижите за пациентите извън болницата. Леглата в психиатричните болници са намалени до 50 % през 80-те год. на XX-ти век. Общото съотношение на болнични легла към население е намаляло от 15,6 през 1980 г. до 9,3 на 1 000 население през 1995 г. Леглата в болниците за грижи при остри заболявания на 1 000 души са намалели от 4,8 до 3,9 от 1975 до 1995 г. (виж фигура 13.1), и 2,4 през 1998 г.

Реформата в услугите от първичната помощ през 80-те год. на XX-ти век е намалила безрезултатността, бюрокрацията и времето за чакане и е повишила удовлетвореността на потребителя. Използвана е комбинация от заплащане на глава от населението и такса за услуга. През 1993 г., реформите във финансирането на здравните грижи са превърнали националната подкрепа за общински здравни услуги в блокови парични суми, които се отпускат въз основа на изчислени формули за населението на общините, които понастоящем финансират както болниците, така и услугите от първичната

помощ. Това дава на общините по-голяма свобода в търсенето на нов баланс на услугите и пренасочването на ресурсите от болницата към секторите за първични грижи. Местните здравни центрове предоставят повечето медицински и свързани със здравето услуги, включително рехабилитационните и свързаните с пристрастеност услуги.

Работещите в болница лекари имат право да работят и в частна практика. Над 90 % от общопрактикуващите лекари работят в публично управлявани здравни заведения, но почти една трета също ръководят и частни практики в свободното си време. Удовлетвореността на общопрактикуващите лекари от промените в здравната система и комбинацията от заплащане на глава от населението и такса за услуга, е висока.

Търсенето на по-голяма резултатност сега включва смесица от планова и пазарна икономика в здравеопазването. Силната традиция в публично управляваните здравни услуги ще продължи въпреки въвеждането на пазарни елементи, но регионалните различия могат да бъдат нежелан резултат. Здравната реформа във Финландия ще продължи с децентрализирано управление на обслужването и централно планиране и финансова поддръжка.

## ЗАПАДНА ЕВРОПА

Страните от континентална Западна и Централна Европа са въвели за първи път национално здравно осигуряване по месторабота, с национално правителствени регулативни условия на осигуряване, установявайки схеми за таксуване и развитие на национални здравни политики. Генеричният тип е познат под термина национална здравноосигурителна програма на Бисмарк и е характеристика на Германия, Франция, Холандия, Белгия, Люксембург, Австрия и Швейцария, всяка с отделни характеристики и смесени характерни черти на социално осигуряване с национални елементи на обслужване. Това е т.н. "осигуряване при болест", основано върху принципа на солидарност на работническите привилегии, включително пенсиите при старост, привилегиите при инвалидност и компенсациите за загуба на трудоспособност. Фондовете се поддържат съобразно ориентиран към лечението подход и само при изключителни обстоятелства се ангажират с профилактика на болестите и много по-малко със здравна промоция.

### ГЕРМАНИЯ

Германия е федерална държава с вековна традиция на законодателството за социална защита. Повечето аспекти на управлението са делегирани на самоуправляващи се осигурители и асоциации на доставчици. Германското население през 1997 г. е било 82,1 милиона след обединението на Западна и Източна Германия и нейният БНП за 1996 г. на глава от населението е бил \$ 28 870. Детската смъртност през 1997 г. е била 5 на 1 000 живи раждания. Майчината смъртност през 1990-1997 г. е 8 на 100 000. Очакваната продължителност на живота от момента на раждането през 1997 г. е била 77 години. Имунизациите се осъществяват от частно-практикуващи лекари и покритието за децата е сравнително ниско: 45 % за ДТК (дифтерия, тетанус, коклюш), 80 % за полиомиелит и 75 % за морбили през 1995-1997 г. (UNICEF, 1999 г.).

*Здравно осигуряване по Бисмарк.* Германската система за национално здравно осигуряване, основана върху плана на Ото фон Бисмарк, въведена за работници с ниски доходи, е финансирана чрез система за социална сигурност от вноски на работода-

теля и работника. Както беше посочено по-рано, Актът за осигуряване при болест от 1883 г. постановява, че всички работници, с доходи под определено равнище, ще бъдат осигурявани от болничен фонд, с вноски работодател-работник.

Болничните фондове (*Krankenkassen*) са собственост на профсъюзи или асоциации на работодателите, които могат да развиват свои собствени здравни услуги, за да осигуряват широк обхват от медицински и болнични услуги за включените членове и техните семейства. Страничните фондове или обществата за взаимно подпомагане също могат да доставят обезщетения в брой за инцидентни наранявания, привилегии при погребения и пенсии за вдовици. Този план по-късно е бил разширен да покрива цялото население и става основа на германското здравно и социално осигуряване и до настоящия момент.

Премиите или плащанията за болничния фонд от работника, са основани на дохода и не са свързани с ползването на медицинска помощ. Асоциациите на болничните фондове и лекарските асоциации се договарят за схеми за таксуване на услугите, а болничните фондове са упълномощени да определят съотношението на вноските работодател/работник на основание на очакваните разходи.

До 1914 г. 13 % от цялото население е било осигурено. Обхватът на социалното осигуряване се увеличава до 32 % през 1932 г., 85 % до 1960 г. и 90 % през 1986 г. През 1993 г. 85 % от населението е било обхванато от задължително осигуряване чрез местни или национални болнични фондове, а 15 % от схеми за частно доброволно осигуряване. Понастоящем, установеното задължително здравно осигуряване е финансирано от работодателите (50 %) и работниците (50 %). Здравните привилегии са много широки, покриващи медицинските, стоматологичните, болничните грижи и предписани лекарства, както и домашните грижи и рехабилитацията.

Държавните правителства притежават властта да планират болниците, от които половината се управляват от общините, една трета се управляват от ненасочени към печалба неправителствени организации, а останалата част от такива, насочени към печалба. До законодателството от 1972 и 1985 г., болничните капиталови разходи са били финансирани от държавата и местните парламенти чрез сертификат за потребност. Оперативните разходи са били заплащани на база за ден от болничните фондове според стандартни стойности за всички пациенти, но с разлики между болниците. Отсъстват мотиви за болниците да намаляват разходите за използваемост.

Професионалните асоциации и болниците са имали силна роля в определянето на разходите за здравни грижи чрез високи нива на заплати и акцент върху развитието на високите технологии, високи нива на хирургията и припокриващите се услуги. Пациентите могат да избират лекар, но са задължени да се присъединят към един от 1241-те болнични фондове според избора на работодателя или професионалната принадлежност на лицето. Бедните и безработните трябва да се присъединят към болничния фонд *AOK (Allgemeine Ortskrankenkasse)*, който има специална правителствена поддръжка и е задължен да приеме всеки.

*Здравноосигурителна реформа.* В Германия правителствата осигуряват 21 % от общите здравни разходи, докато от работодател/работник вноските съставляват 60 %, от джоба на пациента - 11 %, частно осигуряване 7 %. На болниците се заплаща на ден, включително заплатите на обслужващите лекари. През 1986 г., е въведено глобалното бюджетиране за болниците, с намерение да се промоцират разходно-ефективните услуги, лечението на пациентите извън болницата и болнично финансиране за повече



амбулаторни грижи и координация на медицинските грижи. Германия има висока осигуреност с болнични легла и ниски стойности на заетост. През 1988 г. и отново през 1993 г., са били прокарани поправки в здравните закони в опит да се задържат здравните разходи, последният от двата закона ограничава нарастванията на таксите, броят на лекарите и използването на скъпи технологии в амбулаторните грижи. През 1986 г. Германия е изразходвала \$ 1 014 на глава от населението за здравни грижи (в сравнение с \$ 1 289 за Канада и \$ 1 917 за Съединените щати), но през 1996 г. това е нараснало до \$ 2 233 за Германия, \$ 2 065 за Канада и \$ 3 898 за Съединените щати. Процентът от БВП изразходван за здравеопазване в Германия е нараснал от 9,2 % през 1986 г. до 10,5 % през 1996 г., вторият най-висок в света след Съединените щати.

Германските стандарти за здравни грижи са сред най-високите в света, но стойностите на смъртността от рак, мозъчно-съдова болест и сърдечна болест поставят Германия между шестнадесето и дваисет и четвърто място сред водещите страни. Подходите за здравна промоция не са част от отговорностите на болничния фонд, но са обект на обсъждане в здравните реформи. Германската здравна система трябва да се бори с предизвикателството за интегриране на бившата източногерманска здравна система и население. Освен въпросите за повишаване на стандартите на медицински грижи този процес на абсорбция включва и много други проблеми като бедност, безработица, ниски стандарти на жилищата и бедното хранене.

## ХОЛАНДИЯ

През 1997 г. Холандия е имала население от 15,7 милиона души, с БНП за 1996 г. на глава от населението от \$ 25 940 и очаквана продължителност на живота от 78 години, една от най-високите в света. Размерът на детската смъртност е намалял от 18 през 1980 г. до 5 на 1 000 живи раждания през 1997 г., сравнено със стойностите за Съединените щати, респективно от 26 на 7 на 1 000. Майчината смъртност е била 10 на 100 000 живи раждания през 1980-1997 г. Имунизационното покритие в детството през 1995-1997 г. е било 95-96 % за ДТК, полиомиелит и морбили. Холандия е преживяла две епидемии на полиомиелит сред неимунизирани религиозни групи от внесен полиовирус през 1987 и 1992 г.

Системата за здравни грижи на Холандия е комбинация от обществено и частно финансиране, с частна доставка на грижите. Системата се е развила от средновековни гилдии и асоциации за взаимно подпомагане, до здравно осигуряване чрез вноски работодател-работник, на ненасочени към печалба болнични фондове или програми за частно осигуряване. До 1933 г. здравното осигуряване предлагано от такива групи е покривало 41 % от населението. Националното здравно осигуряване е било въведено през 1941 г. Болничните фондове са били изградени на териториален принцип, покривайки мнозинството от населението. Работниците внасят 4,95 %, а работодателите - 3,15 % от заплатата. На лекарите се плаща на база такса за услуга за пациенти от частното осигуряване и чрез капитация за пациентите от болничните фондове.

Пациентите трябва да имат направление от техния общопрактикуващ лекар преди да посетят специалист (общопрактикуващ лекар на входа към системата "gatekeeper"). Това помага да се избегнат ненужните посещения, засилва ролята на общопрактикуващия лекар и помага при контрола на разходите за здравни грижи. Повечето специалисти са базирани в болниците и са заплатени на база такса за услуга. Болниците са организации с идеална цел, финансирани чрез блоков бюджет, договорен с болничните

фондове и частните осигурители. Осигуреността с болнични легла е регулирана тясно от правителството, както и инвестициите, които са насочени преди всичко към осигуряването на технологии, задържане на увеличението на разходите за болничния сектор.

Реформата на здравната система в Холандия набляга на конкуренцията и пазарно-базираните подходи, за да даде на потребителите по-голям избор на болнични фондове или частно осигуряване. Разходите за здравеопазване като процент от БВП са се увеличили от 6,7 % през 1972 г. до 8,4 % през 1982 г., останали са сравнително стабилни до 1993 г., когато са нараснали до 8,9 % и в последствие са паднали до 8,6 % през 1996 г. Осигуреността на населението с болнични легла за грижи при остри заболявания е намалено от 5,5 през 1970 г. до 3,9 легла на 1 000 души население през 1995 г.

Моделът на смъртността на холандското население се характеризира с относително висок риск от рак, но с по-малък риск от повечето северни Европейски страни от сърдечно-съдови заболявания. Холандската здравна система е била много успешна в задържане увеличението на разходите в сравнение със Съединените щати, Канада и много други Европейски страни, тъй като осигурява универсално покритие, профилактични първични медицински услуги и достига показатели за здравен статус сред най-добрите в света.

## ЯПОНИЯ

Япония, централизирана, индустриална демократична страна с население през 1997 г. от 125,6 милиона души и БВП на глава от населението от \$ 40 940 през 1996 г., има едни от най-ниските стойности на детска смъртност в света, 4 на 1 000 живи раждания през 1997 г. Майчината смъртност е 8 на 100 000 през 1980-1997 г. Имунизационното покритие през 1995-1997 г. е било 100 %, 98 % и 94 %, респективно за ДТК, полиомиелит и морбили. Продължителността на живота е сред най-високите в света, като очакваната продължителност на живота на населението е нараснала от 72 години през 1970 г. до 80 години през 1997 г.

След Втората Световна война японците са наблегнали на майчиното и детското здравеопазване, осигурявайки безплатни здравни грижи за майките и децата. Бременните жени получават бонуси за майчинство, за да се насърчават ранните пренатални грижи. Услугите по грижите за деца включват обширна имунизационна програма, скрининг за болести на новороденото, тестване на развитието и специални грижи за нискотегловните новородени и такива с увреждания.

Япония има много ниски стойности на смъртност от болести на сърцето, диабет и злокачествени заболявания, но сравнително високи стойности на инсулти и травми (инциденти с моторни превозни средства и самоубийства). Стойностите на умиранията от коронарна болест в Япония са ниски, 25 на 100 000 за мъжете в сравнение с 118-164 в Канада, Съединените щати, Швеция и Великобритания. Обаче стойностите на умиранията от мозъчно-съдови заболявания са по-високи от тези страни. Стойностите на смъртността от рак на стомаха са по-високи, но тези на смъртността от рак на белия дроб и на гърдата са по-ниски. Японската диета е с ниски нива на животински мазнини и холестерол, което би могло да се свърже с ниските стойности на смъртността от сърдечно-съдови заболявания. По-високите стойности на смъртността от мозъчно-съдова болест и рак на стомаха се обясняват с високите нива на пушени и солени храни.

## НАЦИОНАЛНО ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ

Основната програма за здравно осигуряване е била въведена в Япония през 1922 г. като продължение на свързания с работата закон за социалното осигуряване от 1874 г. През 1935 г. здравното осигуряване е било разширено за всички физически работници, а по-нататък през 1938 г. за самонаетите хора. До средата на 60-те год. на XX-ти век действително цялото население е било покрито от здравноосигурителен план - чрез работодателите, местния парламент или професионалните асоциации. Правителствено управляваното здравно осигуряване покрива работниците от дребния бизнес с по-малко от 300 работници, което обхваща около 29 % от населението. Големите компании или групи от компании, с повече от 700 служители, като алтернатива на правителствения здравноосигурителен план, могат да основават независими осигурителни фондове за своите служители. Това понастоящем покрива около 25 % от населението. Асоциациите за взаимопомощ доставят покритие за цивилните служители, заетите в образованието и други (приблизително 10 % от населението).

Два закона, единият провъзгласен през 1972 г. и другият през 1992 г., осигуряват покритие за възрастните и получаващите ниски доходи (32 % от населението). Осигуряването за тези групи е администрирано от местните власти или от професионалните асоциации. Съществуват също много здравни закони, управляващи голямо разнообразие от въпроси относно храненето, профилактиката на туберкулоза, контрола на заразните заболявания, психичното здраве, опазването на околната среда и здравното планиране.

## ФИНАНСИРАНЕ И УСЛУГИ

Японското здравно обслужване е финансирано чрез данъци върху дохода със стойности, фиксирани от закона на 3,6-4,55 % за работниците и 4,1-4,7 % за работодателите. Правителствените субсидии за здравно осигуряване покриват 65 % от здравните разходи, с контрол върху тях чрез национални задължителни схеми за таксуване за пакет от осигурени услуги. Съвместните плащания от пациентите включват 10 % за работниците и 30 % за членовете на техните семейства за болнични грижи и грижи за пациента извън болниците. Привилегиите по здравния план включват медикаменти, дългосрочни грижи, стоматологични грижи, някои профилактични услуги, болнични услуги. Профилактичните грижи се доставят безплатно чрез национална мрежа от здравни центрове с разходи, поделени от централния и местните парламенти. Разходите за здравеопазване са нараснали от 4,8 % от БВП през 1972 г. до 6,8 % през 1982 г., но са останали стабилни оттогава. С разходи от 7,1 % от БВП през 1996 г., Япония е доста под тези на повечето индустриални страни. Разходите на глава от населението в Япония са били \$ 1 713 през 1996 г., сравнено с \$ 3 926 за Съединените щати, \$ 2 112 за Канада и \$ 1 358 за Великобритания.

Япония има много висока осигуреност с болнични легла, но малко легла, определени за дългосрочни или сестрински грижи. Честотата на хоспитализациите е по-ниска от тази в западните страни, с по-голямо съотношение на грижите, доставяни на амбулаторна база, но средната продължителност на престоя е 48 пъти по-висока. Общата осигуреност с болнични легла, 16,2 на 1 000 през 1996 г., със средна продължителност на престоя от 49 дни е висока в сравнение със средните стойности на Организацията за икономическо сътрудничество и развитие (*OECD*), която определя съответно 8,4 дни и 14,4 легла на 1 000. Болниците, обикновено малки, със среден размер от 166 легла, включват пациенти, нуждаещи се от сестрински грижи, както при остри, така и при хро-

нични заболявания. От друга страна Япония има сравнително по-малко лекари, със съотношение от 1,8 на 1 000 през 1996 г. в сравнение със средните за *OECD* - 2,7 на 1000.

Пациентите имат право на свободен избор на лекари, две трети от които работят като частно практикуващи, както в публичните, така и в частните болници. Около една трета от лекарите са самостоятелни общопрактикуващи лекари, заплатени на база такса за услуга, което е благоприятно за първичните грижи. Националните схеми за таксуване промоцират първичните грижи чрез финансови стимули. Лекарите също раздават лекарства в техните частни клиники, така че японците употребяват повече медикаменти отколкото населението на повечето индустриални страни. Лекарските консултации са два пъти повече от тези в западните страни; 12,9 консултации на глава от населението за година, в сравнение с 2,8 в Швеция и 5-7 в Канада, Съединените щати и Великобритания.

Япония има много ниски стойности на раждаемост и плодовитост от 50-те год. на XX-ти век насам. Това, заедно с ниските стойности на смъртността, допринася за застаряването на населението, поставяйки проблем за здравните услуги за години напред. Това включва потребност от гериатрични заведения, сестрински домове, домашни грижи и помощни услуги за домашни грижи за възрастните. Бързото развитие на медицинската технология е проблем в здравната система и ограничаването на разходите сега е основен въпрос и се очаква правителственото регулиране в здравните грижи да нарасне.

## ОБОБЩЕНИЕ

Японската здравна система е силно децентрализирана, но регулирана от националните власти. При ограничение на здравните разходи, тя е постигнала успех в намаляването на стойностите на смъртността за повечето възрасти и заболявания, които понастоящем са сред най-ниските в света. Оказва се, че стимулите за развитие на първичната помощ са били успешни, въпреки промоцирането на излишната употреба на медикаменти. Япония има висока обща осигуреност с болнични легла, поради високия процент на възрастно население и липсата на алтернативни заведения за дългосрочни грижи. Проблемът за грижите към възрастните ще бъде предизвикателство в следващите години.

## РУСИЯ

Руската федерация е най-голямата страна в света, простираща се от Европа до Тихия океан, с високо урбанизирано (77 %) и образовано мултиетническо население от 148 милиона души (1997 г.), силна индустриална база и богати природни ресурси. Въпреки първоначалните подобрения в здравния статус през Съветския период, нейният общ здравен статус е изостанал доста след другите индустриализирани страни. От сгромолясването на Съветския режим здравните условия са се влошили драматично, с очаквана продължителност на живота намаляваща от 69 години през 1970 г. до 65 години през 1997 г.

Съветската здравна система от 1918 г. е осигурила здравни грижи за една обширна, недостатъчно развита страна. Тази правителствено управлявана система предоставя универсален достъп до медицинско обслужване. Тя е била източник на гордост за Съветската държава и е международно призната като важен модел, поради нейните успехи от 30-те год. на XX-ти век. С универсалния достъп на населението до профи-

лактинични и лечебни грижи е бил постигнат контрол на инфекциозните заболявания и здравното състояние на населението се е подобрило. През 50-те год. на XX-ти век Съветският модел на здравна система е бил широко промоциран и копиран в Източна Европа и в новите независими държави в Африка, Азия и Средния Изток, а така също и в Латинска Америка. Той е повлиял също и на подхода от Алма Ата "Здраве за всички", основан върху развитието на първичните здравни грижи.

От 60-те год. на XX-ти век настъпва епидемиологичен преход, изразен в различна степен в отделните републики и етнически населения на Съветския съюз. Този преход се характеризира с намаляване на смъртността от инфекциозни заболявания и нарастване дела на умираанията от неинфекциозни заболявания. Очакваната продължителност на живота е останала непроменена през 70-те и 80-те год. на XX-ти век. През 90-те год. на XX-ти век (икономическите и социални кризи след разпадането на Съветския съюз) очакваната продължителност на живота е намаляла драматично, особено за мъжете. През 1992 г. Президентът на Руската федерация, Борис Елцин, е издал Доклад върху здравето на Руската федерация, детайлизирайки жалкото състояние на националното здравеопазване и нуждата от здравна реформа.

След разпадането на Съветския съюз през 1991 г. Руската федерация навлиза в период на политическа, икономическа и социална реформа с важни ефекти върху националната здравна система и здравето на населението. През 1993 г. е приет задължителен национален здравно-осигурителен план за стимулиране на децентрализираното управление на здравните грижи и прехода към пазарна икономика в здравеопазването. Здравните въпроси обаче са комплексни и променянето на методите на финансиране на медицинските услуги само по себе си може да влоши здравната ситуация, тъй като се намалява достъпа да грижи. Поради тази причина тук се разглежда не само системата от грижи, но също така и реформата в удовлетворяването на потребностите.

### СЪВЕТСКИЯТ МОДЕЛ

До революцията от 1917 г., Русия е била предимно селска държава с по-високи стойности на смъртността от Европейските страни. Обществените медицински грижи и другите социални услуги за селското бедно мнозинство са били въведени в Царска Русия през 1864 г. под управлението на областните объединения или *Земства*, доставяйки данъчно финансирани медицински и болнични грижи. Здравното осигуряване е било въведено през 1912 г. на базата на модела за социална сигурност на Бисмарк, покривайки около 20 % от индустриалните работници.

След трагичните събития от Първата Световна война, Октомврийската революция от 1917 г. и Гражданската война, Русия е била изтощена от епидемии и глад. През 1918 г. планираните реконструкции, включващи Съветската концепция за здравни грижи, формулирана от Николай Семашко, се основават на принципите на правителствена отговорност за здравеопазването, универсален достъп до безплатни услуги, профилактичен подход към "социалните заболявания", качествени професионални грижи, тясна връзка между науката и медицинската практика, приемственост на грижите между здравна промоция, лечение на болни и рехабилитация и обществено участие.

Държавата се е задължила да осигурява безплатни медицински услуги за всички, чрез правителствена обединена здравна система. Понятието "социални заболявания" е отнесено към всички заболявания, свързани с бедния начин на живот и трудовите условия на работниците, главно инфекциозни и професионални заболявания, както и

майчините и детски здравни проблеми. Осъществен е епидемичен контрол особено за туберкулоза, коремен тиф, петнист тиф, малария и холера. Подходи за обществена профилактика често са били налагани с използване на драконовски мерки. Изпълнявани са профилактични мерки като карантина и др. в резултат на което градското здравеопазване и хигиена са се подобрили и маларийните блата са били пресушени. Медицинската профилактика на социалните заболявания се е фокусирала върху регулярни проверки на изложените на риск групи от населението. От 20-те год. на XX-ти век се е обръщало сериозно внимание на профилактиката и контрола на инфекциозните заболявания. За да бъдат посрещнати нуждите на системата за доставяне на здравни грижи в цялата страна, подобряването в осигуреността с болници, поликлиники, лекари и медицински сестри е било национален приоритет. През 1937 г., всички осигурителни и болнично-базирани болнични фондове са били закрити, а болниците и другите здравни заведения национализирани и организирани под областно здравно управление. В действителност целият здравен персонал се е превърнал в обществени служители. Паралелни услуги са били предоставяни в индустриалните предприятия и за специални категории служители, особено партийното ръководство, някои министерства, персонала на отбраната и сигурността, миньорите, работниците в тежката индустрия и транспортните работници.

Общите правителствени приходи осигуряват финансиране на здравните услуги като част от национални планове за социално и икономическо развитие. Централното управление директно наема персонала, плаща заплатите и осигурява средства за всички здравни заведения и институти за обучение и изследвания. Следователно, директорите на здравни заведения административат раздадените им ресурси, запаси и работна сила без възможност за програмен мениджмънт или финансово пресмятане на разходите за обслужване.

Здравната система е била разработена, финансирана и управлявана под силен централно-правителствен контрол. Мандатни норми за съоръженията и работната сила са били постановени от Комисариата (по-късно Министерство) на здравеопазването, под строгата регулация на централните власти на Комунистическата партия. Тези норми са били периодично ревизирани на конгресите на партията, с разширяването на услугите като основна политическа ориентация. Политиката за продължаване увеличаването на болнични легла и медицински персонал е била преповторена в средата на 80-те год. на XX-ти век и е продължила до 90-те год. на XX-ти век.

През Втората Световна война Съветската здравна система е била мобилизирана заради войната, доставяйки грижи за огромен брой от военни и цивилни жертви. Въпреки суровите условия, както за военното, така и за цивилното население, не са се появили масови епидемии. Външните наблюдатели, включително Гарисън през 20-те год., Сигърист през 40-те год., Фийлд през 60-те год. на XX-ти век и Румър (1991, 1993 г.), както и руските медицински историци Йеравински, Смирнов и др., са отбелязали забележителните достижения в намаляването на епидемиологичните заболявания, посрещайки изискванията на военното време и доставянето на здравни грижи в цялата страна. Следвоенната стабилизация е позволила възстановяване на здравните услуги и замяна на обученния персонал, загубен във войната.

За да осигури равен достъп, от областната система се е изисквало да има санитарно-епидемиологични станции (SES), болници, поликлиники и специализирани лечебни заведения, според национални норми на основа броя на населението. Санитарно-епидемиологичните станции наблюдават водата, отпадните канални води, въздуха и



качеството на почвата, ръководят епидемиологични изследвания на епидемиите от заразни заболявания и мониториране на детското здраве и храненето. Клиниките *Медсанчаст*, разположени в промишлените заводи, доставят на място медицински здравни услуги, а профилактични здравни центрове са осигурявали разнообразни медицински рехабилитационни услуги, санаториални и ваканционни блага. Първоначално поликлиниките във всяка област са били свързани като външни заведения с областната болница, с ротация на персонала между тях за подкрепа на приемствеността на грижите и подобряване на професионалното обучение. Профилактиката на болестите е продължила да се основава на рутинни проверовъчни скрининги на работниците и другите специфични групи.

**ТАБЛИЦА 13.5**

Болнични легла и лекари на 10 000 души население, Руска федерация, избрани години, 1913-1998 г.

Ресурс	1913	1940	1950	1960	1970	1980	1990	1996
Болнични легла / 10 000	15	43	59	82	113	130	131	111
Лекари / 10 000 <sup>1</sup>	1,5	7,4	14,5	20,9	29,0	40,3	40,7	42,1

Източник: Адаптирано от Field, 1988, Ministry of Health of the Russian Federation, 1996 г. and Health for All Data Set. WHO European Region.

<sup>1</sup>Включва всички категории лекари

Като реакция на увеличаващата се честота на хроничните заболявания в средата на 60-те год. на XX-ти век, Пленумът на Комунистическата партия през 1983 г. решава да въведе годишна *диспансеризация* като единна програма за цялото население, осъществявана в поликлиники, болници и специализирани клиники. Диспансеризацията включва контролни прегледи, амбулаторни или болнични грижи, санаториално лечение и смяна на работата ако е необходимо. Програмата за скрининг е увеличила потребностите от хоспитализация поради ограничените амбулаторно-диагностични ресурси.

Въпреки ограничените ресурси, насочвани към здравната система, планиращите централното правителствено здравеопазване са продължили да поставят ударение върху увеличаване броя на болничните легла и работна сила (табл. 13.5.). В средата на 80-те год. на XX-ти век, Министерството на здравеопазването е формулирало основното направление на здравната политика, като концентрираща се върху "развитие на превантивна медицина и подобряване на заведенията за здравни грижи чрез програма за строеж на общи и специализирани болнични заведения." С централното контролиране на финансирането, държавата установява мандатни норми за работна сила и болнични легла и контролира медицинското образование с оглед създаването на работната сила, която да движи системата. Държавният монопол върху здравеопазването обаче е довел до концептуален застой, който е наклонил системата към болничните грижи без финансова или епидемиологична отговорност за ефикасност и ефективност.

Правителствено управляваната здравна система е била финансирана с разходи за здравеопазване 3 - 3,5 % от БВП, докато другите индустриални страни изразходват 7,13 % от БВП. Руският БВП на глава от населението е намалял от \$ 3 220 през 1991 г. до \$ 2 410 през 1996 г. През 1994 г. разходите за здравеопазване са били 2,3 % от БВП. Въпреки намаляващите ресурси за здравни грижи, Русия поддържа много висока осигуреност с болнични легла и продължава да произвежда голям брой медицински кадри.

### ЕПИДЕМИОЛОГИЧЕН ПРЕХОД

До 60-те год. на XX-ти век се наблюдава увеличаване на очакваната продължителност на живота, след което този показател изостава доста от другите страни. През 1960 г. очакваната продължителност на живота е била 69 години, но е намаляла в началото на 90-те год. на XX-ти век (61 за мъжете и 73 за жените), после е нараснала до 67 години през 1998 г. Много високите стойности на смъртността от сърдечно-съдови заболявания и травми са основно отговорни за ниската и намаляваща очаквана продължителност на живота. Смъртността от сърдечно-съдови заболявания е два пъти по-висока от тази в страните от Организацията за икономическо сътрудничество и развитие (OECD). Смъртността от травми при мъжете е 2,5-3 пъти по-висока, отколкото в западните индустриални страни.

**ТАБЛИЦА 13.6**

Възрастово-стандартизирани стойности на смъртността на 100 000 души население от избрани причини за умирация в Русия и други страни, 1990-1991 г.<sup>1</sup>

Страна	Обща смъртност	Общо рак	Рак на белия дроб	ИБС	МБС	Болести на дихат. система	Инфекц. болести	Травми
Русия	1545	237	56	404	308	76	13	152
Литва	1246	218	47	546	154	59	10	129
Германия	1012	238	42	201	119	61	6	55
Дания	997	258	57	241	90	72	8	67
САЩ	933	255	64	215	62	84	13	62
Англия/Уелс	926	248	58	241	105	98	5	31
Израел	910	183	28	183	86	68	19	52
Швеция	845	188	25	226	89	62	6	27
Канада	826	227	60	189	62	72	6	51
Япония	720	185	32	43	101	94	11	33

Източник: World Health Statistics Annual, 1993, pp. 438 - 463.

<sup>1</sup>Данните са стандартизирани към Европейското население. Травмите включват инциденти, отравяния, убийства и самоубийства. ИБС = исхемична болест на сърцето; МБС = мозъчно-съдова болест.

Както се вижда на Таблица 13.6, даже преди сгromoлясването на Съветската система през 1991 г. стойностите на смъртността в Русия са били много по-високи от тези в други индустриални страни. Стандартизираните стойности на смъртността в Русия са 1,5 пъти по-високи от общата смъртност и още по-високи в категории като мозъчно-съдова болест, травми и инфекциозни заболявания. Контролът на инфекциозните заболявания е намалял от 1991 г., чийто резултат са епидемиите от дифтерия сред възрастните в цяла Русия и увеличение на морбили. Има също и свидетелства за холера в Южна Русия.

Необработените данни за стойностите на раждаемостта в Русия показват намаление от 17 на 1 000 през 1987 г. до 9 на 1 000 през 1998 г. Общата стойност на плодовитостта е намаляла от 2,0 през 1989 г. до 1,2 през 1997 г., доста под равнищата на заместване. Стойностите на детската смъртност са паднали от 22 на 1 000 през 1980 г. до 16 на 1 000 през 1998 г., все още три до четири пъти по-високи от тези в западноевропейски-

те страни. Абортът е основният метод за контрол на раждаемостта, а модерните методи не са широко разпространени. Майчината смъртност в Русия е намаляла от 65 на 100 000 живи раждания през 1980 г. до 44 през 1998 г. (*HFA*). Високата обща смъртност и ниските стойности на раждаемостта създават ситуация на намаляващо население. През 1993 г. умиращите превишават ражданията с 800 000.

Влошаването на здравното състояние от 1990 г. не може да бъде по вина единствено на сегашната икономическа криза, нито изцяло по вина на системата за здравни грижи. Влошаващият се модел на смъртността се дължи на комбинация от фактори: стрес, алкохол, тютюнопушене, насилие, липса на балансирана диета, липса на модерна технология за здравни грижи, замърсяване на околната среда и общо настроение на безпокойство и депресия, свързано с драматичния упадък на икономическата и политическата стабилност от 1990 г. Мъжете не доживяват до пенсионна възраст (60 години).

Комбинация от фактори отклонява медицината към грижи за индивидуални пациенти и провал в прилагането на успешния опит от 1930-те за контрол на епидемиите от незаразни заболявания. Концепцията за профилактика се е ангажира първостепенно с медицинската ориентация, наблягайки на рутинните контролни прегледи. Здравната политика е продължила да подкрепя увеличението на броя на лекари, поликлиники и болнични легла. Обширният наднормен болничен сектор с пасивна стратегия на лечение и дълъг болничен престой е бил неспособен да бъде в крак с технологичните новости и е консумирал голяма част от много ограниченото количество от парични средства, разпределени за здравни грижи. Оскъдните медицински грижи, неадекватното хранене, замърсяването на околната среда и липсата на обществено-здравеопазни усилия допринасят за кризата в здравето на населението.

### ПОСТСЪВЕТСКА РЕФОРМА

Руската федерация продължава да осигурява основна социална сигурност и здравни грижи за всички граждани. До 1993 г., когато е било въведено задължително здравно осигуряване, всички социални привилегии са били финансирани от общия бюджет на правителството. Здравно осигурителната схема е била основана на задължително плащане от работодателите към регионалните здравно осигурителни фондове. Децентрализацията на управлението на държавните услуги и финансирането на здравните грижи е повишило регионалната и местна здравна автономия. Намаляването на действителните разходи и силният недостиг на чуждестранна валута спъват доставките на лекарства и други материали. Внезапната и пълна децентрализация е затруднила възможността на централното управление да развива нови политики за обществено-здравеопазните въпроси, като имунизации, хранене и здравна промоция, така както и въпросите на здравния мениджмънт, включително национални норми за болнични легла и работна сила.

Епидемиологичният, икономическият и разход-ефективност анализите са жизненоважни за реформата в здравните грижи, особено в сурови икономически условия. Калкулацията на разходите за обслужване е фундаментална. Регионалните или областните власти сега носят финансова отговорност и правомощия да преразпределят парични средства и да сменят приоритети от институционално лечение към профилактика и амбулаторни грижи, но страдат от липса на обучен персонал по здравен мениджмънт, който да се справя със старите основни положения, като нормите за болнични легла и работна сила, които все още се приемат като пътеводители.

Развитието на информационните системи, обучението на ръководен персонал в модерната управленска теория и практика, и намаляването на болничния сектор с прехвърлянето на ресурси към първичната помощ са необходими за подобряване резултатността и качеството на здравните грижи. Реформите, основани отчасти върху преразпределение на съществуващите ресурси, ще изискват допълнително финансиране за посрещане цената на прехода и увеличаване качеството на грижите.

Здравните реформи са съществени за запазване на универсалния достъп и за подобряване на здравния статус на населението, медицинските грижи и приравняването на общественото здравеопазване към международните стандарти. Промените във финансирането на здравните грижи, приемането на международните здравни цели и промените в програмите за развитие на работната сила са необходими. Но това зависи от новото установяване на приоритети и новите стандарти на национално, областно равнище и на равнище местна здравна власт. Децентрализацията на напълно централизираната система изисква епидемиологична информация и диалог по здравните въпроси, за да се повиши здравното съзнание и мениджърската практика, за да се посрещнат здравните потребности на хората.

Санитарно-епидемиологичните станции имат потенциал да водят дейности по здравна промоция на областно и окръжно равнище, повишавайки общественото съзнание и знание по здравните въпроси. Това означава промяна в отношението и позицията - от защитници на старата система към професионалисти, отговарящи на обществените потребности. Това означава предефиниране на целите, институционалните програми за обучението на нова работна сила, модернизиране на технологиите за лаборатории и преопределяне и въвеждане на ново качество на околната среда.

Обучението за събиране на епидемиологични данни, анализ и разпространение е съществено за промоциране на знанието за рисковите фактори и техния контрол. За да посрещне изискванията на местната обкръжаваща среда, политиката има нужда да дефинира програми за разходна ефективност. Широкото разпространение на съответни данни до правителството и цялото общество е необходимо за подпомагане на познаването, нагласите и практиката, имащи връзка с рисковите фактори.

Сегашната система на организация и финансиране на здравните грижи в Русия се нуждае от превръщане в модерна система на управлявани грижи чрез възприемане заплащането на глава от население, каквато е практиката в Скандинавските страни, Великобритания и модела на Здравеподдържащите организации (*НМО*) в Съединените щати. Адаптацията на принципите на *НМО* е била започната на пилотна основа в градовете Тула и Калуга. Експериментирането, опитът и грешките, новият здравноосигурителен план и децентрализацията на управлението на здравната система представляват потенциал за реформа.

Руската здравна система има важни качества с потенциал за промяна. Универсалният достъп трябва да бъде запазен. Децентрализацията стимулира местните инициативи в реформата на здравните грижи. Нововъведенията в търсенето на разходно-ефективни здравни мерки и реагирането на местните и регионални епидемиологични данни са необходими, за да се отговори на потребителските потребности и на напредналите медицински стандарти. Реформата във финансирането на здравеопазването може да помогне за увеличаване количеството на ресурсите, но това е малко вероятно в периода на икономически преход. Необходимите ресурси ще трябва да бъдат намерени чрез пренареждане на приоритетите и преразпределение на разходите.

## ОБОБЩЕНИЕ

Русия през 90-те год. на XX-ти век е в криза на здравеопазването с намаляваща продължителност на живота, високи и нарастващи стойности на смъртността и повторната поява на епидемични заболявания. Тази криза е свързана не само с периода на икономически преход, но отива и по-дълбоко в бившата Съветска здравна система. Това държавно управлявано обслужване е предоставяло безплатни, универсални здравни грижи с излишни ресурси по отношение количеството на медицинския персонал, болничните легла, поликлиниките и другите услуги, но за сметка на качеството. Системата е действала като държавен монопол, с контролирани от централното правителство бюджети, установяване на задължителни норми и напълно контролирано обучение на работната сила и изследвания. Тя е страдала от липса на механизми за епидемиологичен или икономически анализ и отговорност пред обществото. Епидемиологичният преход от преобладаване на инфекциозни към неинфекциозни болести е довел до понататъшното увеличение в количеството на услугите. Поставян е приоритет на болниците пред амбулаторната помощ, на индивидуалните рутинни прегледи пред обществено ориентираните профилактични подходи.

Реформата от 1991 г. акцентира върху националното здравно осигуряване и децентрализираното управление на услугите. Обаче протичането на реформата страда от липса на широка национална здравна стратегия за посрещане на фундаменталните общественоздравеопазни проблеми и особено настоящите високи стойности на предотвратимата смъртност. Задължението за намиране на нова посока е основно за Руските федерални и местни правителствени здравни власти. Намирането на адекватни епидемиологични данни, както и определянето и работата по постигане на здравните цели, изисква политическа, морална, професионална и финансова поддръжка, както в самата държава, така и зад граница.

## ИЗРАЕЛ

Държавата Израел през 1997 г. е имала население от 5,8 милиона, с БНП на глава от населението от \$ 15 870 (1996 г.). Детската смъртност през 1997 г. е била 6 на 1 000 живи раждания, а майчината смъртност - 5 на 100 000 (1980-1997 г.). Обхватът с имунизации е висок, за 1995-1997 г. стойностите са 92 % за ДТК, 93 % за полиомиелит и 94 % за морбили. Въпреки високите имунизационни стойности, епидемия на полиомиелит с 15 случая избухва през 1988 г., епидемии от морбили през 1991 г. и 1994 г., което довежда до действия за подобряване на имунизационната политика.

Здравните индикатори за Израел свидетелстват за добре развита здравеопазна система, но с важни етнически, регионални и полови здравни различия. По детска смъртност Израел се нарежда на двадесет и второ място през 1995 г. сред напредналите страни, което е прогрес спрямо двадесет и пето място през 1990 г. По продължителност на живота Израел е втора сред водещите страни за мъжете и сред първите 10 за продължителността на живота при жените.

## ИСТОРИЧЕСКО РАЗВИТИЕ НА ИЗРАЕЛСКАТА ЗДРАВНА СИСТЕМА

Израелската здравна система се развива през миналия век. Палестина под Отоманската империя е била бедна, с много болести отдалечена провинция, изобилстваща на малария, дизентерия и други инфекциозни болести. Имиграцията на евреите от

Източна Европа и арабите от околните страни от 80-те год. на XVIII-ти век е довела до въвеждане на благотворителни болници за осигуряване на грижи за градското бедно население.

Еврейските имигранти от Източна Европа създават трудови отряди и комуни за взаимопомощ. През 1912 г. са създадени болнични фондове на основата на принципите за взаимна помощ, произлизащи от Европейските модели, в съюз с профсъюзното движение и по-късно с други политически организации. Болничните фондове са нараснали, за да предоставят осигуряване на медицински грижи и услуги за над 95 % от населението. Те доставят услуги чрез специализирани клиники или привлечени лекари в техни собствени клиники, или закупувайки болнични грижи от управлявани от правителството или от неправителствени организации болници за области, където липсват техни собствени.

Профилактичните грижи водят началото си от 1911 г., от медицинските сестри на Съединените щати, спонсирани от Хадаса, международна женска организация. След завоюването на областта от Британските сили през 1917 г., Хадаса е изпратила Американската Ционистка Медицинска Единица (АЦМЕ) от Съединените щати, за да помогне за установяването на мрежа от здравни заведения в Палестина. Тя се е състояла от 44 лекари, медицински сестри, стоматолози и друг персонал с оборудване и финансова поддръжка от Хадаса. АЦМЕ е отворила болници в много градски центрове и е установила програми за сестринско обучение и профилактични грижи за имигранти и ученици, така както и здравни станции за майки и деца (*Tipot Halav* или млечни станции). Те са били постепенно основавани в градовете, селата и кварталите в цялата страна, доставяйки пренатални грижи и грижи за малките деца и бебетата. Те извършват имунизации, мониториране на детското развитие, съвети относно храненето за почти всички малки деца в страната и пренатални грижи за повечето жени в страната. Част от жените и децата се обслужват от частни лекари.

Британският мандат от 1917 до 1948 г. е донесъл успешен колониалноадминистративен опит и развитие на основните общественоздравеопазни закони и системи, лицензирането на медицинските професии, канализацията, законите за храните и лекарствата, така както и общественоздравеопазните лаборатории, контрола на маларията и много други характерни елементи на общественото здравеопазване, отговарящи на стандарта на времето.

От 1912 до 1948 г. здравната система се е развивала на основата на първичната здравна помощ чрез *Tipot Halav* и клиниките на болничните фондове в градовете и селата в цялата страна, осигурявайки навременен достъп до лечение на ниво първична помощ и свързаните с това услуги.

След създаването на държавата Израел през 1948 г., масивната имиграция след Холокоста от Европа и Средния Изток е донесла огромен товар от здравни проблеми на страната. Новото Министерство на здравеопазването е създадо регионални болници в цялата страна в изоставените британски военни лагери, доставящи грижи при остри заболявания, рехабилитационни, психиатрични услуги и грижи при хронични заболявания. Другите болници са били собственост на основните болнични фондове и на неправителствени организации. Израелската здравна система разчита основно на амбулаторна и първична помощ с регионални медицински и болнични центрове.



**ЗДРАВНИ РЕСУРСИ И РАЗХОДИ**

Разходите за здравни грижи като процент от БНП са нараснали от 6,9 % през 1980 г. до 7,9 % през 1990 г. и 8,4 % през 1997 г. (табл. 13.7). За периода 1985-1997 г., общият леглови фонд е намален от 6,5 до 6,0 на 1 000, с промяна в структурата на леглата. Увеличени са гериатричните и рехабилитационните легла, от 1,8 до 2,7 на 1 000, намалени са леглата за остри заболявания от 2,8 на 2,3 на 1000, както и психиатричните легла от 1,9 на 1,1 легла на 1 000.

**ТАБЛИЦА 13.7**

Здравни разходи, болнични ресурси и използваемост на леглата, Израел, 1960-1997 г.

Ресурс/Използваемост	1960	1970	1980	1985	1990	1997
Разходи за здравеопазване като процент от БНП	5,5	5,4	6,9	6,8	7,9	8,4
Легла за активно лечение/1000	3,1	3,2	3,0	2,8	2,6	2,3
Болничен престой (остри заболявания)/1000 за година	954	1148	997	911	834	785
Изписани (остри заболявания) /1000 за година	115	129	158	163	158	181
Средна продължителност на престоя (за активно лечение)	8,3	8,9	6,3	5,6	4,8	4,3
Легла за психично болни/1000	2,1	2,4	2,2	1,8	1,5	1,1
Престой за психично болни/1000	615	631	721	623	496	379

Източник: *Statistical Abstract of Israel*, 1975 г., and Ministry of Health, *Health in Israel*, 1998.

Разходите за болнични грижи са се увеличили от 34 до 41 % от общите здравни разходи от 1975 до 1990 г. с последващо намаление до 39 % през 1993 г. (виж табл. 13.8).

**ТАБЛИЦА 13.8**

Здравни разходи (%) по тип на обслужване, Израел, 1975-1995 г.

Категория	1975	1985	1990	1995
Болници и изследователска дейност	33,9	42,7	40,7	40,6
Профилактична дейност	28,6	32,5	32,6	34,5
Стоматологични грижи	11,5	11,0	12,0	11,1
Частни лекари	3,1	3,4	4,9	4,5
Лекарства, оборудване, закупени от индивиди	4,5	4,7	4,8	3,5
Фиксиран капитал	17,4	4,9	5,3	4,7
Правителствена администрация	1,0	0,8	0,8	1,1
Общо	100	100	100	100
Национални разходи като % от БНП	6,0	6,8	7,8	8,6

Източник: *Statistical Abstract of Israel*, 1975 г., and Ministry of Health, *Health in Israel*, 1998.

Налице е стабилно намаление в осигуреността с болнични легла и средната продължителност на престоя. Амбулаторните грижи и общественото здравеопазване консумират около една трета от общите разходи. Заплатите в здравния сектор са ниски в

сравнение с други сектори в обществото, каквото е и капиталовото инвестиране. Ограничаването на разходите, подобряването на физическата инфраструктура и поддържането в крак с технологичните открития в медицината са основното предизвикателство за бъдещето.

### ЗДРАВНИ РЕФОРМИ

Изrael е внедрил национален здравно осигурителен план (*NHI*) от 1-ви януари 1995 г., покривайки цялото население от универсална национална осигурителна система за социална сигурност, след много години на дебати и постепенна реформа в здравеопазването. Индивидът плаща за това вноска, възлизаща на 3 % от дохода си, с еквивалентен принос и от работодателя към задължителното националноосигурително плащане, което покрива също пенсионерите по старост и инвалидност. Всяко семейство трябва да избере членство в болничен фонд, който функционира като Здравеподдържаща организация. Националният осигурителен институт трансферира парични средства към болничните фондове според формула на глава от населението, с коригиращ по-висок коефициент за възрастните и за населението в развиващите се градове.

Министерството на здравеопазването наблюдава болничните фондове, от които се изисква според новия закон да осигуряват основен пакет от услуги, който е много обширен. Болничните фондове са задължени да осигуряват всички точно определени услуги и да уреждат изпълнение на онези услуги, които те не могат да осигурят. Те доставят обширни грижи или чрез техни собствени квартални клиники, или чрез присъединени частни лекари, на които се плаща на база капитация. Допълненията към задължителния пакет от услуги, като нови лекарства, се заплащат от Министерството на здравеопазването.

Болничните фондове са отговорни за извършените услуги и индивидът е упълномощен да сменя болничните фондове на половин година. Повечето болнични легла се управляват директно от Министерството на здравеопазването. Правителствените болници са с тенденция да бъдат прехвърлени към независими тръстове, да действат като икономически единици, способни да разпределят парични средства както те смятат за необходимо и да се конкурират за клиенти. Те са заплатени на база Диагностичносвързани групи. Регионализацията на услугите ще бъде трудна за постигане в сегашната конфигурация на закона за Национално здравно осигуряване, защото всеки болничен фонд има своя собствена регионална организация.

Здравната промоция набира сила в Изrael и здравното съзнание като цяло се е увеличило (табл. 13.9). Законът за задължително слагане на предпазен колан е посрещнат с одобрение от мнозинството от шофьорите и подобно законодателство, изискващо използването на каски за мотоциклетистите е било също въведено. Подобни изисквания са били предложени за каращите колело. Увеличенията в позволената скорост на основните магистрали са били последвани от увеличение на пътно транспортни произшествия и стойностите на фаталните случаи.

Законодателството против тютюнопушенето, забраняващо тютюнопушене в обществени сгради и на работните места, е помогнало да се намали тютюнопушенето сред възрастното население, особено сред мъжете. Тютюнопушенето все още се практикува от около 30 % от възрастните. Храните с ниско съдържание на мазнини сега са широко достъпни в супермаркетите. Частните производители на храни обогатяват бебешките и зърнените храни с витамини и минерали. Зърнените храни за закуска са също обогатени, но хранителното обогатяване на хляба, млякото и солта с основни ми-

нерали и витамини не се практикува. Затлъстяването е разпространено особено при жените над 45 години и въпреки, че осъзнаването на важноста на физическите упражнения нараства, то все още не е на приемливо равнище.

**ТАБЛИЦА 13.9**

Състояние на инициативите за здравна промоция в Израел и техните ефекти, 1997 г.

Дейност	Действие	Ефекти
Тютюнопушене	Законодателство против тютюнопушенето Ограничаване на рекламите Промоция на отказ от пушене от НПО	От 1973 до 1998 г. при мъжете намалява от 41 на 33 %, а при жените от 36 на 25 %.
Профилактика на рак	Промоция на мамографията, намалена експозиция на слънце Ограничаване на тютюнопушенето	Бавно подобряващо се обществено съзнание; раковите заболявания се увеличават, но далеч по-слабо, в сравнение с повечето Европейски страни, с изключение на рак на гърдата и рак на дебелото черво
Хранене	Здравна просвета; Средиземноморска диета: висока консумация на плодове и зеленчуци, висока, но намаляваща консумация на захар; ниска консумация на животински мазнини	Допринася за рязкото намаляване на смъртността от сърдечно-съдови заболявания и ниска заболеваемост от рак
Инциденти с моторни превозни средства	Въведен е закон за задължително използване на предпазни колани Въведени са ограничения за скоростта по магистралите Магистрални патрули	Нарастване на дела на умирания при инциденти с моторни превозни средства Поведението на шофьорите е повлияно от страх от наказание; електронното мониториране се оказва по-ефективно
Качество на водата	Задължително хлориране от 1988 г.	По-малко стомашно-чревни заболявания (диария) причинени от консумацията на вода
Почистване на каналните води	Филтрирането и утаяването са задължителни По-добро почистване	Увеличава се употребата на пречистени отпадни води
Обогатяване на основните храни	Законът позволява, но не изисква Инициативи на частните производители	Зърнените храни (за закуска) са обогатени Детските храни са обогатени
Качество на храната	Засилване на надзора над храните Стандартите са подобрени и съвместими с международните	Общественото съзнание е повишено Широкодостъпност на храните с ниско съдържание на мазнини
Превенция от СПИН и половопредавани болести	Здравна просвета в училищата	Широко разпространена информация за използването на презервативи и избягване на употребата на едни и същи игли при употребата на наркотици
Здрави градове	Активно сътрудничество между участниците в здрави градове	Няколко града са създали програми за Здрави градове
Стоматологично здраве	Флуориране на общинските водоизточници	Флуорирана вода за 47 % от населението: задължително флуориране до 2001 г.
Училищно здравеопазване	Дълго отлагано, подобрено е през 90-те год. на XX в.	Кабинети "Познавай своето тяло" са широко разпространени в училищата Няма програма за обяд в училищата.

Източник: Адаптирано от Israel Center for Diseases Control. Health status in Israel, 1999.

Регионалните, социалните и етническите несъответствия са все още важни в Израелския здравен статус. Арабското население има по-високи стойности на детска смъртност отколкото еврейското население, 12 срещу 6 на 1 000 през 1996 г. Широко мащабната имиграция на руснаци и етиопци през 90-те год. на XX-ти век е събрала хора с различни рискови фактори. Традиционното разпределение на здравните ресурси е в полза на централните с по-концентрирано население, докато селските райони получават по-малко ресурси на глава от населението.

В здравеопазната политика се обръща повече внимание на здравната промоция, така както и на структурата на здравните услуги в новата здравеопазна реформа. Министерството на здравеопазването се концентрира върху реформата в здравните услуги и националното здравно осигуряване, но се нуждае от обединителна стратегия със здравни цели и засилване на стратегиите за здравна промоция. Децентрализираното администриране на услугите е чрез болничните фондове, сега наблюдаващи на функцията за укрепване на здравето. Регионалните несъответствия в здравните ресурси и здравния статус представляват мощен аргумент за регионално бюджетиране, което сега се дискутира от централно управляваните болнични фондове.

## ОБОБЩЕНИЕ

В Израел са достигнати високи стандарти в здравните грижи и индикаторите за здравен статус. Дълги години израелската здравна система е била квазинационална. Системата е помогнала на израелското население да достигне ниски стойности на смъртност от инфекциозни и неинфекциозни заболявания и очакваната продължителност на живота е сред най-добрите в света. Медицинското и парамедицинското професионално образование, проучванията, медицинската и фармацевтната индустрии са постигнали високи нива на превъзходство. Изпълнението на националното здравно осигуряване през 1995 г. дава по-голяма справедливост във финансирането и намалява политическата манипулация на здравната система. Услугите по първичната помощ все още разделят профилактичните и лечебните общественобазирани заведения, така че болничните фондове са недостатъчно ориентирани към профилактиката. Регионализацията на финансирането и управлението на обслужването са необходими за облекчаване на несъответствията, но Израелската здравна система е допринесла за високи стандарти на здравеопазването за цялото население

## ЗДРАВНИ СИСТЕМИ В РАЗВИВАЩИТЕ СЕ СТРАНИ

В повечето развиващи се страни здравните услуги са били наследени от колониалните режими и в последствие са повлияни от Съветския модел на здравни грижи през 50-те и 60-те год. на XX-ти век. Развитието на първичната здравна помощ е било занемарено, недостатъчно финансирано, с излишно насочване на ресурси към университетските болници в главните населени центрове, оставяйки малко за селското мнозинство. Като резултат, повечето развиващи се страни се сблъскват с необходимостта да реформират здравните си системи.

През 80-те год. на XX-ти век ударението бавно се отмества към първичната помощ под влиянието на инициативите "Здраве за всички", спонсорирани от Световната здравна организация. Достиженията през 80-те и 90-те год. на XX-ти век включват подобро имунизационно покритие, широкомащабна употреба на орална рехидратираща

ща терапия (ОРТ) и подобряване на канализацията. Налице е намаление на раждаемостта в повечето региони на света, включително Централна и Южна Африка, която до 90-те год. на XX-ти век изглежда твърдо против контрола на раждаемостта. Националните здравни програми наблягат на първичната помощ с имунизации, ОРТ, промоция на кърменето, допълнително хранене за малките деца и интервал между ражданията.

Много страни в развиващия се свят са повишили производителността си и БНП на глава от населението, така че комбинацията от универсално начално образование и подобро икономическо състояние е по-нататъшния потенциал за продължаване на тенденцията към подобряване на здравните стандарти. Ниското икономическо развитие в Централна и Южна Африка намалява вероятността за увеличаване на паричните средства за здравни грижи. СПИН, малария, туберкулоза, морбили, други инфекциозни заболявания, бедност, недोхранване и високите стойности на раждаемостта с висока детска смъртност утежняват проблема бедност-население-околна среда, който спъва националния потенциал за растеж. С навлизането на западните диети, начин на живот и технологии в развиващите се страни, там започва драматично увеличение на хроничните заболявания, като високо кръвно налягане, диабет, инсулт, коронарна болест на сърцето и пътно-транспортни произшествия. Това, наред с увеличаващата се скъпопоструваща технология, представлява ново бреме за здравеопазната система.

Повечето развиващи се страни изразходват по-малко от 4 % от ниските национални доходи за здравеопазване и повечето от тях за скъпопоструващи болници в столиците. Липсата на адекватно правителствено финансиране увеличава интереса към национално здравно осигуряване, особено в развиващите се страни от средно ниво. Целта е да се привлече по-голяма част от населението в системата от здравни грижи и да се увеличат допълнителните парични средства за здравеопазване освен ограничените суми, осигурявани чрез правителствените субсидии.

В този раздел са представени няколко примера на развиващи се страни, активно работещи за реформирането на своите здравеопазни системи. Здравното осигуряване е необходимо, за да увеличи финансирането за здравните грижи и доставките за нарастващите здравни потребности на градското работещо население и средната класа, но в същото време, министерствата на здравеопазването трябва да доставят директни услуги за селските бедни мнозинства. Както и в развитите страни, тук също не може да има един единствен подход, но споделянето на научените уроци ще бъде полезно.

## ЦЕНТРАЛНА И ЮЖНА АФРИКА

Централна и Южна Африка включват 40 страни с общо население от 576 милиона души през 1996 г. и БНП на глава от населението от \$ 501. Родените през 1996 г. 24,8 милиона представят намаление на общия коефициент на плодовитостта от 6,6 през 1960 г. до 5,9 през 1997 г. Очакваната продължителност на живота се е увеличила от 44 години през 1970 г. на 51 години през 1996 г. Смъртността на децата под 5 години е намаляла от 256 на 1 000 през 1960 г. до 170 на 1 000 през 1997 г. Майчината смъртност остава много висока, със стойност от 597 на 100 000 през 1990 г., като само 37 % от ражданията са извършвани от обучен медицински персонал (1997 г.). Имунизационните стойности за основните детски болести са около 52 %, с имунизация против тетанус на бременните жени от 39 %. Недохранването (остро и хронично) допълнително влошава детското здравно състояние. Туберкулозата, маларията, СПИН, морбили и дру-

гите инфекциозни заболявания са основните причини за високите стойности на болестност и смъртност. В допълнение, хроничните заболявания и травмите са с нарастващо значение към общото бреме на заболяемостта.

Сблъсквайки се с икономическия упадък, политическия хаос и гореспоменатите здравни проблеми, разпределението на здравните ресурси в много страни е изложено на опасност. Някои страни в региона отделят по-малко от \$ 2 на глава от населението от здравните бюджети. Въпреки тези предизвикателства, прогрес е постигнат в усилията да се подобри здравеопазването и да се разширят услугите от първичната помощ за недостатъчно обслужваните селски райони и градски бедняшки квартали, давайки надежда за ефективно обществено здравеопазване в XXI-ви век.

Драматичен прогрес е постигнат в изкореняването на полиомиелита. По-малък прогрес се наблюдава в контрола на туберкулозата и маларията. СЗО препоръчва голямо разнообразие от нови насоки в профилактиката на рака чрез имунизация срещу хепатит В, извършване на скрининг на кръвта за кръвопреливане за профилактика на хепатит С, контрол на тютюнопушенето и консумацията на алкохол, намаляването на рисковите фактори за сърдечносъдови заболявания и диабет, за подобряване на психичното и стоматологично здраве. Ефектите от гражданската война, провалянето на правителствата в някои области и бежанските ситуации оказват силно влияние върху общественото здравеопазване. От средата на 1990-те, признаците за стабилизация в правителствата на някои страни от Централна и Южна Африка и икономическия напредък предлагат нови надежди за бъдещето на този потенциално богат континент.

## НИГЕРИЯ

Нигерия е най-гъсто населената от страните в Централна и Южна Африка, със 118 милиона население през 1997 г., приблизително една трета градско и две трети селско, последното живеещо в 97 000 села. Годишният брой на децата, родени за една година е 5 милиона. Въпреки огромните доходи от петрол през 80-те год. на XX-ти век, Нигерия, която дълги години е управлявана от репресивни военни режими, през 60-те год. на XX-ти век има БНП на глава от населението едва \$ 240. По отношение на основните здравни индикатори Нигерия е сред страните с най-неблагоприятни показатели.

Коефициентът на грамотност при възрастните за мъжете се е увеличил от 47 % през 1960 г. до 67 % през 1996 г., а за жените от 23 на 47 %. Коефициентът на раждаемост е намалял сред образованото градско население, но е останал висок в мюсюлманската северна половина на страната и южните предимно християнски селски райони, с цялостна обща стойност на плодовитостта от 6,0 деца на жена през 1997 г. Само 37 % от малките деца са изродени от обучен здравен персонал.

Ранната детска смъртност е намаляла от 122 през 1960 г. до 112 на 1 000 живи раждания през 1997 г. Детската смъртност през 1997 г. е 187 на 1 000, спрямо 207 през 1960 г. Майчината смъртност през 1990 г. е 1 000 на 100 000 живи раждания, като през 1990-1996 г. само 31 % от ражданията са извършени от обучен здравен персонал. Изчислено е, че всяка година при раждане умират 750 000 деца и 42 000 жени. Очакваната продължителност на живота от момента на раждането се е увеличила от 43 години през 1970 г. до 52 през 1997 г.

Инфекциозните болести са основните причини за смърт, предимно малария, морбили, менингит, пневмония, жълта треска, дизентерия, туберкулоза и СПИН. В началото на 80-те год. на XX-ти век имунизациите са се увеличили, но са намалели в пос-



ледната част на десетилетието. Имунизационното покритие на бременните жени против тетанус е 23 % през 1995-1997 г., а в ранна детска възраст за БЦЖ е 29 %, 21 % за ДТК, 25 % за полиомиелит и 38 % за морбили. Морбили е причина за 12 % от умираанията в детска възраст, а СПИН е основен проблем на общественото здравеопазване в Нигерия, както и в другите страни от Централна и Южна Африка.

Осигуряването на здравни грижи се извършва чрез социална сигурност и държавно национално подпомагане, заедно с покритие за специални групи, като военни и организирани градски групи, например работещи в транспортния сектор. Службите на общественото здравеопазване са с ниски заплати, лошо снабдяване и неспособна администрация. Частната практика е разпространена в градските центрове, обслужвайки главно средната класа. Лекарствата са скъпи и са внасяни по неконтролиран начин.

Здравната система, наследена от Британския колониален период включва ограничени болнични грижи в градските центрове и някои медицински заведения за обучение. След независимостта от 1960 г., държавно управляваната здравна система започва да развива разширена мрежа от услуги на първичната помощ, успоредно с държавно начално образование. Разходите за здравни грижи през 1992 г. са били \$ 1,50 на глава от населението, а здравеопазването е съставлявало 5 % от националния бюджет. Сегашната здравна система е недостатъчно финансирана и покрива само две трети от населението, като големи части от селското население остават извън системата. Според *UNICEF* достъп до здравни услуги в периода 1985-1992 г. има 85 % от градското население, 62 % от селското и 66 % от общото население. Основният дял от бюджетните ресурси в болниците и клиниките за първични грижи са за лечебни услуги. Предложениите промени във финансирането предвиждат разпределението на средствата за здравеопазване да бъде както следва: 15 % за федералните правителственоуправлявани специализирани болници; 25 % за държавните правителственоуправлявани областни болници и 60 % към местните правителственоуправлявани клиники за първични здравни грижи, включително майчино и детско здравеопазване, училищно здравеопазване и други аспекти на първичните здравни грижи.

Медицинският персонал е 1 на 10 000 население, но повечето лекари са локализиранни в градските райони. Въпреки че медицинското обучение се счита като такова с висок стандарт, цялостното качество на грижите и резултатността в здравния мениджмънт са ниски. За да увеличи приходите за здравеопазване и равенството на достъп до здравни услуги, федералното правителство е подело инициативи за разширяване на здравето осигуряване. Създаден е Национален фонд за здравеопазване, който ще получава парични средства от федерално правителствените общи приходи, селските кооперативни здравноосигурителни премии и здравно осигурителните вноски на работещите. Очаква се по този начин да се разшири покритието на основните здравни грижи за голяма част от селското и бедното градско население.

Нигерийските здравни проблеми са сериозни даже за стандартите на развиваща се страна. С 12-те медицински училища, медицинското образование се приема за високо приоритетно, но между тях няма училище по обществено здравеопазване. Това отразява приоритета на лечебните услуги, докато основните здравни проблеми на страната изискват приложението на добре познати и разходоефективни програми на общественото здравеопазване. Увеличаването на коефициента на смъртност от неинфекциозни болести и травми изисква внимателното планиране на профилактичните и лечебни услуги.

## ОБОБЩЕНИЕ

Еволюцията от едно много ограничено като сфера на действие колониално здравно обслужване към централно управлявано здравеопазване със сериозен недостиг на финансиране и от там към по-универсална система, отразява сегашните тенденции в много страни. Сблъсквайки се с бум на нарастване на населението и договорно стопанство, през 80-те год. на XX-ти век. Африканските страни преминават през много труден преход. За да посрещне предизвикателствата на предотвратимите заболявания, които са били подценявани вследствие на недостатъчното имунизационно покритие в последните години, системата за първични здравни грижи се нуждае от подсилване. Децентрализацията в организацията, с оглед увеличаване ролята на местните власти, може да подобри участието на общините и ефикасността на здравното обслужване. Тя може също да увеличи приходите чрез осигуряване на механизъм за местно финансиране.

## ЛАТИНСКА АМЕРИКА И КАРИБИТЕ

Регионът на Латинска Америка и Карибите включва 22 държави, с население от 487 милиона души. Средният БНП на глава от населението се е увеличил от \$ 2 883 през 1994 г. до \$ 3 681 през 1996 г. Между 1960 и 1997 г. общият коефициент на раждаемост е намалял от 42 на 23 на 1 000, а общият коефициент на плодовитост е намалял от 6,0 през 1960 г. до 2,7 през 1997 г. От 1970 до 1997 г. смъртността се е понижила от 11 на 6 на 1 000 души население. Смъртността на децата до 5 год. възраст е намаляла от 158 до 41 на 1 000, а детската смъртност (до 1 година) е намаляла от 106 до 33 на 1 000 живородени за периода от 1960-1997 г. Всичко това е индикатор за внушителна икономика и прогрес на здравеопазването в региона. Майчината смъртност през 1990 г. е все още висока, 190 на 100 000 живи раждания, като 78 % от жените са раждали, подпомогани от обучен персонал. От 1970 до 1997 г. очакваната продължителност на живота се е увеличила от 60 на 70 години.

В целия континент е унищожен опустошителния полиовирус и е постигнат значителен успех в контрола на морбили и други ваксинопредотвратими болести. Туберкулозата, маларията, Денга треската, болестта на *Chagas* (американска трипанозомоза) и холерата са все още основни проблеми на общественото здравеопазване. Заразните болести, майчинството и перинаталните проблеми са причина за 32 % от всички умирания, 10 % от умиранията се дължат на наранявания, а останалите 58 % от всички умирания са в резултат на незаразни заболявания. Сърдечно-съдовите заболявания се увеличават, тъй като свързаните с тях рискови фактори като тютюнопушене, богата на мазнини диета, недостатъчна физическа активност, високо кръвно налягане и диабет се срещат по-често днес, отколкото в миналото.

Бързата урбанизация е създала обширни градски бедняшки квартали със сериозни санитарни и други здравни рискове, причинявайки голямо напрежение за социалните услуги и инфраструктурата. Достъпът на селското население до здравни услуги остава един от критичните въпроси в подобряването на здравето на населението в целия континент.

## КОЛУМБИЯ

Колумбия е развиваща се страна от средно ниво с население от 37 милиона през 1997 г., повече от две трети градско, с БНП на глава от населението от \$ 1 330 през 1992 г., нараснал до \$ 2 140 през 1996 г. Коефициентът на детска смъртност до 1 годишна възраст е намалял от 82 на 1 000 през 1960 г. на 25 на 1 000 живородени през 1997 г. Детската смъртност е намаляла от 130 през 1960 г. до 30 на 1 000 през 1997 г. и очакваната продължителност на живота от момента на раждането се е увеличила от 57 през 1960 г. до 71 години през 1997 г. Майчината смъртност остава висока - 50 на 100 000 през 1980-1997 г. От 1970 до 1997 г. коефициентът на общата смъртност е намалял от 9 до 6 на 1 000. Посещаването на начално училище е задължително и коефициентът на грамотност е висок (87 % през 1990 г.). Процентът на хората, живеещи под равнището на абсолютния минимум през 1992 г. е бил 32 % за градското и 70 % за селското население.

Националната територия е разделена на 32 департамента, по-нататък подразделени на 107 региона и местни правителствени власти. Местните парламенти са отговорни за здравните центрове, здравните постове, санитарните услуги, здравната промоция и програмите за обществено здравеопазване на работниците. На лекарите се плаща заплата, но те често работят на няколко места или ръководят частна практика.

Първите болници са създадени в Испанската колония през 1513 г., а една болница за проказа е основана през 1564 г. През 1798 г. испанският закон изисква във всички провинции да има болница под управлението на религиозни ордени. Основните закони за обществено здравеопазване са постановени през 1601 г. и първото медицинско училище е основано през 1636 г. Санитарни бордове, основани през 1825 г., следвани от Министерството на благотворителността и възнагражденията през 1848 г., отговарят за болниците за бедни и роби. Централният борд за хигиена, основан през 1887 г., по-късно прераснал в национална здравна власт, през 1946 г. става Министерство на здравеопазването.

*Здравна система.* Здравната система в Колумбия се състои от три основни елемента: официален сектор, социална сигурност и частен сектор. Всеки сектор има отделни избиратели и услуги, но със солидно припокриване.

Най-обширният сектор е Националната здравна система, провъзгласена през 1975 г. с намерението да обхване около 70 % от населението. Тя е администрирана от Министерството на здравеопазването, осигуряващо национални политики и местно изпълнение на областно равнище. Общините осигуряват болнични и амбулаторни грижи с широкото участие на *promotoras de salud* или общински здравни работници. Националната здравна система е финансирана от правителството (36 %), от местни приходи и данъци на департаментите (22 %), продажба на услуги по осигурителните планове (12 %), а останалата част са приходи от различни други източници, включително дарения и имоти.

Социалната сигурност, създадена със закон през 1937 г. покрива широк кръг медицински услуги за индустриални и търговски служители, както и за самонаемащи се граждани. Държавните служители, полицията, военните и техните семейства са осигурени от паралелна програма. Системата за социална сигурност покрива около 24 % от населението. Частният сектор включва частно медицинско осигуряване за около 3 % и за въоръжените сили (2,6 % от населението).

Частният сектор с частни болници и медицински услуги покрива малка част от населението. Като цяло, не повече от половината население е покрито със здравно осигуряване, но местните здравни власти, до голяма степен на базата на собствените си бюджети, осигуряват основни детски здравни грижи и в по-малка степен майчини грижи за своето население.

*Национални здравни планове.* Десетгодишният национален здравен план (1968-1977 г.) е насочен към намаляването на заболяемостта и смъртността от предотвратими заболявания чрез масова ваксинация, програми за контрол на болестите, предавани по полов път и маларията, храната и храненето, професионалните болести и стоматологичното здраве, а така също и подобряване организацията и изпълнението на здравните услуги. През 1970 г. като основни здравни проблеми са дефинирани стомашно-чревни заболявания (диарии), детски инфекциозни заболявания, недохранване и малария. Към 1986 г. се наблюдава основен епидемиологичен преход, като основните причини за смъртност са убийствата и насилието, сърдечно-съдовите заболявания, злокачествените заболявания и недохранването. Маларията, все още основен проблем на общественото здравеопазване в крайбрежните земи, е овладяна в районите, обслужвани от специално обучени общински здравни работници, способни да диагностицират и лекуват заболяването.

Около 40 % от населението страда от липса на достъп до здравни услуги, докато за други е налице сериозно припокриване на услугите. Регулирането на болниците и медицинската практика е слабо. Обръща се по-голямо внимание на болничните грижи, докато първичната здравна помощ е занемарена. Здравните разходи са по-малко от 4 % от БНП. През 1993 г., Колумбия има 105 лекари на 10 000 души население, сравнено с 245 на 10 000 в Съединените щати, но само 49 медицински сестри и акушерки в сравнение с 878 на 10 000 в Съединените щати. Независимо от това, неконтролираното увеличаване на частните медицински училища води до рязко увеличение в производството на лекари. Очаква се, че увеличеното обучение и подготовка на семейни лекари ще помогне за намаляването на тенденцията за специализация и излишък, а понякога безработица на лекарите.

Официалната система, управлявана на общинско равнище, е фокусирана върху осигуряването на първични здравни грижи, използвайки общински здравни работници, наети от обслужваното население, преминали 3 месечен курс на обучение за изпълнението на интензивни здравнопросветни функции. Това е съществен принос за явното подобряване на коефициентите на ранна детска смъртност, много високо покритие на имунизациите (92-98 % за различните ваксини от разширената имунизационна програма, включваща ДТК, БЦЖ и полиомиелит), а така също и успешните национални имунизационни дни за изкореняване на полиомиелита и елиминирането на морбили. Първичната здравна помощ допринася също и за семейното планиране - 72 % от жените използват контрацептиви и общият коефициент на раждаемостта е намалял от 37 на 1 000 през 1970 г. до 24 на 1 000 през 1996 г.

Проведеният през 1990-1993 г. преглед на здравето е в основата на формиране на нова национална стратегия, целяща промоция на ефикасността и разширяване на услугите. Тази реформа започва да функционира през 1994 г., като целта е да интегрира различните национални програми и да въведе задължително национално здравно осигуряване, базирано на заетостта, с приноси от работника и работодателя, както и с приходи от данъци. Реформата търси начини да осъществи универсално покритие, равен-

ство на достъпа, свободен избор на изпълнител на здравни услуги, институционална автономия, децентрализирана администрация и национални регулаторни механизми.

Задължителното здравно осигуряване от плана за социална сигурност покрива самонаетите работници и тези на заплата. Те внасят 12 % от дохода (8 % от работодателя и 4 % от работника). Бедните хора са включени в този план, като за тях се плаща от националното правителство и местните власти. Покритието на плана се е увеличило от 4,5 милиона души през 1994 г. до 20 милиона през 1998 г. (т.е. над 50 % от населението). Остатъкът от населението получава грижи чрез обществените болници и централите за първични здравни грижи. Налице е смяна на ударението от болничноориентирани грижи към амбулаторни и първични здравни грижи както в обществения, така и в частния сектор. Задължителното здравно осигуряване финансира национален пакет от услуги, определен от Национален съвет за социална сигурност, председателстван от министъра на здравеопазването и включващ представители на потребителите.

Здравната реформа има за цел да въведе универсално покритие и потребителски избор на организации, подобни на организациите за укрепване на здравето, на базата на концепцията за универсален достъп към пазарноориентиран комплекс от алтернативи на обслужването. Те ще осигуряват здравни грижи, заплатени на базата на капитация и ще бъдат обект на акредитация и контрол върху качеството на общопрактикуващите лекари на входа на системата. Директното развитие на първичната здравна помощ продължава да бъде отговорност на Министерството на здравеопазването и с подкрепата от неправителствените организации. Общинските здравни работници са важна част от тази стратегия. Това е един важен пример за реорганизация на здравните грижи в една развиваща се страна от средно равнище, така както и основна стъпка към социалната сигурност на Колумбия, но няма да разреши проблема за осигуряването на здравни грижи за недостатъчно обслужваното селско население.

## АЗИЯ

*UNICEF* разделя Азия на две групи: Южна Азия, и Източна Азия и Пасифика (табл.13.10.). Първата включва Индия и има общо население от 1,3 милиарда души, докато втората, включваща Китай, е с население 1,8 милиарда души. Тук не е включена Япония, тъй като тя е индустриална страна. Държавите от Южна Азия прогресират по-бавно от тези в Източна Азия от гледна точка на икономическите, демографските и индикаторите на здравния статус. Всяка група включва различни нации, които имат много общи проблеми, включително инфекциозните заболявания (например, СПИН, туберкулоза и малария), лошото хранене на по-голяма част от населението, проблемите свързани с бързата урбанизация и нарастващият проблем с неинфекциозните заболявания.

ТАБЛИЦА 13.10

Страните от Южна и Източна Азия, демографски и здравни индикатори

Индикатор	Южна Азия	Източна Азия и Пасифика
Страни	Индия, Пакистан, Бангладеш, Афганистан, Шри Ланка, Бутан	Китай, Индонезия, Малайзия, Корея (Северна и Южна), Филипини, Тайланд, Виетнам, Камбоджа, Хонг Конг, Сингапур и др.
Население (в хиляди) 1997 г.	1 291 153	1 818 498
Раждания за година (в хиляди) 1997 г.	35 361	34 141
БНП на глава от населението 1996 г.	380	1 193
Общ коефициент на плодовитост:		
1960 г.	6,1	5,8
1990 г.	4,0	2,5
1997 г.	3,4	2,1
Смъртност на деца под 5 годишна възраст		
1960 г.	239	210
1990 г.	135	58
1997 г.	116	52
Очаквана продължителност на живота при раждането		
1960 г.	44	49
1970 г.	48	58
1997 г.	61	68

Източник: UNICEF, *State of the World's Children*, 1999.**КИТАЙ**

През 1997 г. Китай има население от 1,2 милиарда души. БНП на глава от населението се е увеличил от \$ 300 през 1988 г. до \$ 370 през 1990 г. и \$ 750 през 1996 г. Китай е в процес на бърза промяна и икономически растеж. Очакваната продължителност на живота е нараснала от 61 години през 1970 г. до 70 години през 1997 г.; ранната детска смъртност е намаляла от 140 на 1 000 през 1960 г. до 38 на 1 000 през 1997 г. Имунизационното покритие през 1996 г. е 95-97 % за ДТК, полиомиелит, морбили и туберкулоза. Общият коефициент на раждаемост е намалял от 33 на 1000 души население през 1970 г. до 16 на 1 000 през 1997 г. Майчината смъртност през 1980-1997 г. е 60 на 100 000 души население, снижена от 1 500 на 100 000 през 1949 г.

Здравето и образованието имат голяма социална стойност, като през XX-ти век са регистрирани значителни постижения в развитието на инфраструктурата на здравеопазването. Началното училищно образование е задължително. Между 1980 и 1995 г. грамотността при възрастните се е увеличила от 79 до 90% за мъжете и от 53 до 73% за жените. Ражданията с помощта на обучен здравен персонал през 1990-1996 г. са 84%



от всички раждания. Като резултат от намаляващите раждаемост и смъртност, пирамидата на населението е подобна на тази в развитите страни, с рязко увеличаване броя на възрастното население.

Древен Китай е имал богата традиция в медицинските грижи и виталната статистика. Конфуцианското и Таоисткото течения в китайската култура са подкрепяли "високо организираната" медицинска система, наблюдаваща както на профилактичните, така и на лечебните грижи. В класическите медицински текстове е документирана емпиричната основа на лекарствените и терапевтичните традиции. Принципът "ин-ян" на резонантните хармонии между алтернативните структури е бил в контраст с единствената причинна връзка, характерна за западната култура. Древната китайска медицина се основава на лечението с билкови лекарства, като в същото време включва холистични психосоматични измерения. Превантивната медицина е включвала въпроси като начин на хранене, основно хигиенизиране, лична хигиена, унищожаване на бесни животни, ваксинация против едра шарка и ориентация към благоденствието на индивида като съществена част от здравето. Обаче, тази високо организирана медицина е била достъпна само за елита на едно строго феодално-бюрократично общество. Голямата маса на селското население е трябвало да разчита на народната медицина, основана върху билковите и другите традиционни практики.

С развитието на мисионерската дейност през XIX-ти век в Китай се въвежда западната медицина. Тя се възприема като друг еkleктичен елемент на медицината и в началото на XX-ти век се откриват медицински училища, които да обучават медицински персонал според западната медицина. В периода 1911-1949 г., медицината и общественото здравеопазване регистрират значителен напредък. Създава се национално Министерство по общественото здравеопазване (1927 г.), 30 медицински колежа, общински отдели по общественото здравеопазване, селски областни болници, военни медицински служби, служба за инспектиране на фабриките, редица професионални отдели по общественото здравеопазване, включително за майчино и детско здраве, както и голям брой провинциални медицински центрове. В резултат на това, ваксинациите, офталмологичната и други форми на хирургична намеса, болниците, клиниките и медицинските училища стават достъпни за провинциите и селските райони. Японската инвазия и гражданската война, които опустошават Китай от 1936 до 1948 г. спират този прогрес.

От създаването на Народна република Китай под ръководството на Мао Це Дун през 1949 г., като важен национален приоритет се поставя подобряване условията на живот и здравеопазването сред селското население. Между 1949 и 1965 г. Китай, с помощта на съветници от Съветския съюз, наблюдава върху бързото разширяване на обучението на среден здравен персонал: медицински сестри, акушерки и фелдшери (глава 14), така както и на лекари, чиито брой нараства от 13 000 през 1945 г. до 150 000 през 1966 г. Болничните легла също рязко се увеличават, така че до 1965 г. във всеки окръг има най-малко една модерна болница.

Политическият преглед, проведен като част от Културната революция през 1966 г., поставя ударението върху традиционната медицина и независимостта в здравните грижи на общинско равнище. Западното медицинско обучение намалява като обхват и продължителност. Помощник-лекари или т.н. "боси лекари" се обучават по кратка програма, включваща както западна, така и традиционна китайска медицина. "Босите лекари" извършват здравни грижи сред селското население, живеещо в 27 000 комуни, както и в градските квартали, фокусирайки се върху хигиенизирането, инфор-

мация за семейното планиране, имунизациите и лечението на широко разпространените заболявания. Наблягането върху семейното планиране от 60-те год. на XX-ти век води до забавяне ръста на населението. Въвежда се политика за едно дете в семейството, включваща строги санкции. В резултат на това възникват масови социални проблеми, включително изоставяне и убийства на бебета от женски пол и голяма диспропорция в съотношението мъжко/женско население в по-младите възрастови групи.

Селското население на Китай е около 80 % от общото население. Селското здравеопазване се базира на кооперативни медицински служби, финансирани от селските комуни, използващи "боси лекари" и направления за специализирани медицински грижи. Това осигурява ефективни профилактични и лечебни услуги за голямата маса от селското население на Китай през 60-те и 70-те год. на XX-ти век. Обаче икономическата реформа в селското стопанство като част от прехода към пазарна икономика, премахва селските общини. Като резултат, системата на кооперативните медицински служби остава без организационна или финансова база и е заменена от медицински практики, със заплащане на базата за извършена услуга на бившите "боси лекари", които през 80-те год. на XX-ти век стават частно практикуващи. През 1986 г. само 9,5 % от селското население остава покрито от системата на кооперативните медицински служби, в сравнение с 90 % през 1978 г. Това води до увеличено използване на спешното обслужване и хоспитализациите, и занемаряване изпълнението на профилактични здравни услуги. В някои райони моделът на кооперативните медицински служби е възстановен като кооперативни мерки при изпълнението на местни инициативи. Националното Министерство на здравеопазването и провинциалните/регионалните или общинските отдели за обществено здравеопазване носят отговорността за здравните служби, които са в тяхната юрисдикция, с висока степен на местна автономия.

От 1976 г. до сега, нов фокус върху модернизацията, свързан с периода на бърз икономически растеж заменя идеологическото усърдие и насилие на Културната революция. "Босите лекари" се обучават допълнително и полагат изпити за получаване на лиценз за работа като селски лекари. През 1993 г. в Китай има 115 лекари на 10 000 население и 88 медицински сестри/акушерки на 10 000 население, в сравнение със съответно 177 и 641 на 10 000 в Япония.

Болничните легла в Китай се увеличават от 4,6 легла на 1 000 души население през 1985 г. до 6,1 през 1989 г. в градските райони и слабо намаляват от 1,5 до 1,4 легла на 1 000 в селските райони през същият период. Аналогично, здравните професионалисти в градските райони се увеличават до 12,6 здравни професионалисти на 1 000 градски жители в сравнение с 2,3 на 1 000 селски жители през 1989 г. Поликлиники и санитарно-епидемиологични станции са създадени в цялата страна; за да подкрепят здравната система, пациентите заплащат такси за извършените здравни услуги. Световната банка оценява разходите за здравеопазване като 3,3 % от БНП. Общите здравни разходи се покриват от националното или провинциалните правителства - 30 %, от работодателя - 31 %, от лично заплащане - 32 % и от общините - 7 %.

През 90-те год. на XX-ти век започва национална кампания за изкореняване на полиомиелита, в резултат на която случаите намаляват от 5 065 през 1990 г. до 1 191 през 1992 г. Кампанията се провежда чрез национални имунизационни дни за орално приемане на полиомиелитна ваксина за деца до 4 годишна възраст. Общата смъртност намалява от 25 на 1 000 през 1949 г. до 9 през 1970 г. и 5 на 1 000 през 1996 г. Майчината смъртност намалява от 1 500 на 100 000 раждания през 1949 г. до 95 на 100 000 през 1990 г. Другите здравни индикатори са показани на Таблици 13.11 и 13.12.

ТАБЛИЦА 13.11

Здравни индикатори, Китай, 1960 и 1997 г.

Индикатор	1960	1997
Коефициент на ранна детска смъртност	140	38
Коефициент на детска смъртност	209	47
Очаквана продължителност на живота	44	70
Общ коефициент на раждаемост	37	16

Източник: UNICEF, *State of the World's Children*, 1999

ТАБЛИЦА 13.12

Витална статистика, Народна република Китай, 1949-1992 г.

Индикатор	1949	1952	1965	1970	1980	1990	1992
Общ коефициент на раждаемост/1000	36,0	34,0	37,8	33,4	18,2	21,1	18,2
Общ коефициент на смъртност/1000	25,0	10,9	9,5	7,6	6,3	6,7	6,6
Естествен прираст/1000	16,0	23,1	28,3	25,8	11,9	14,4	11,6

Източник: Ministry of Public Health, Beijing, 1994

Сериозните здравни проблеми в Китай включват рак на белия дроб в замърсените индустриални градове, с широко разпространено тютюнопушене. Водещите причини за смърт са подобни на тези в развитите страни, но с очевидни регионални несъответствия, изразени с по-високата смъртност във всички категории при селското население. Здравеопазването в градовете е било винаги с предимство в Китай.

Китайските достижения в контрола на инфекциозните заболявания са подобни на успехите в контрола на раждаемостта и в осигуряване на достъп до медицински грижи за население от над 1,2 милиарда души. Китай има много по-добри резултати по отношение детската смъртност и очакваната продължителност на живота при ниски здравни разходи (3,5 % от БНП), отколкото много други развиващи се страни. Това вероятно е резултат от дългосрочната програма за развитие на първичната помощ за селското и градското бедно население. Преходът към пазарна икономика ще остави много хора без здравни грижи. Застаряването на населението и политиката за едно дете в семейството създава ситуация, при която традицията за семейни грижи за възрастните ще трябва да се реализира от двойка, която сама ще има отговорността за четирима родители. Това ще бъде съпроводено от рязко движение на младите хора към градовете в търсене на по-добри икономически възможности, така че грижите за възрастните ще бъдат основен проблем в следващите десетилетия.

Тъй като страната бързо разширява своя икономически потенциал, националното здравно осигуряване е в напреднал стадий на подготовка. Китайският опит в подобряване здравето на огромно население в хаотичен период е голямо достижение, отчитайки нивото на икономическото развитие на Китай. Страната успешно е намалила коефициента на плодовитост в опита да ограничи ръста на населението и да намали стойностите на ранната детска, детската и общата смъртност, но тя се сблъсква с предизвикателствата не само в трансформирането на здравната система към пазарна икономика, но също така и с ефектите на дълбоката демографска промяна.

## СРАВНЕНИЕ НА НАЦИОНАЛНИТЕ ЗДРАВНИ СИСТЕМИ

Основните участници в мрежите за национално здравно осигуряване са правителствата, работодателите, осигурителите, потребителите, извършителите на здравни услуги и обществото. Правителствата все повече започват да осъзнават икономическата и социалната ценност за подобряване здравето на населението. Те изпълняват това чрез мерките на общественото здравеопазване, целящи осигуряване здравето на нацията, а така също и чрез законодателство за характера на здравното осигуряване, без значение дали то е осигурявано чрез частни или обществени осигурителни механизми. И в двата модела - този на Беваридж, характерен за Великобритания и Съветския модел на *Семашко*, правителството директно финансира и осигурява здравни грижи. Обслужването във Великобритания се реализира от независими контрактори, общопрактикуващи лекари и болници, управлявани от независими болнични бордове (сега тръстовете). Моделът на *Семашко* е изцяло държавно финансирано и ръководено здравеопазване, с децентрализирано управление.

В модела на Бисмарк, здравното обслужване е финансирано чрез обществено осигуряване, заплащано по месторабота, с болнични фондове, заплащащи за услугите на частната медицинска практика и неправителствените болници. Канадският план финансира здравните услуги чрез провинциалните правителства, финансирани от общите данъчни приходи с финансовата подкрепа на федералното правителство, но грижите се доставят от частно практикуващи и ненасочени към печалба общински базирани болници. Във всички вариации на здравноосигурителни системи, мястото на правителството като доставчик и осигурител е важно за грижите, получавани от потребителя и общото състояние на общественото здравеопазване.

### ПАНЕЛ 13.2

#### УЧАСТНИЦИ В НАЦИОНАЛНИТЕ ЗДРАВНИ СИСТЕМИ

1. Правителство, национални, щатски и местни здравни власти;
2. Работодатели - чрез договорени здравни привилегии за работниците;
3. Осигурители - обществени, с идеална цел и частни с цел печалба;
4. Пациенти, клиенти или потребители като индивиди или групи;
5. Рискови групи - личности със специални рискови фактори за заболяване, например, възраст, бедност;
6. Доставчици - болници, планове за управлявани грижи, медицински, стоматологични, сестрински заведения, лаборатории, други;
7. Ненасочени към печалба институции, изпълняващи здравни услуги;
8. Насочени към печалба институции, индивидуални или групови изпълнители на здравни грижи;
9. Институции за обучение и изследвания: университети, болници, институти;
10. Професионални асоциации, общества, академии, колежи;
11. Системи за социална сигурност с приноси от работодател и работник;
12. Обществото, общественото мнение;
13. Политическите партии;

14. Защитени групи - по възраст, заболяване, бедност, или групи от обществен интерес;
15. Медиите със съдействаща и надзорна роли;
16. Икономики - национална, регионална и местна;
17. Международни здравни организации и движения;
18. Фармацевтична и медицинско-технологична индустрии.

Съществуват много варианти в методите за осигуряване на национален достъп до здравни грижи. Различните подходи, възприети в развитието и сегашната структура на здравните системи в Съединените щати, Канада, Великобритания, Европейските и Северните страни, Япония, Русия, Израел и развиващите се страни са дадени като примери в тази глава. Подобреното здраве, измерено чрез индикаторите като намалена заболяемост, смъртност, или социо-физиологична дисфункция е основният съществен обект на една национална здравна система. Това понякога се забравя в дебатите, които отразяват интересите на различни групи като осигурители, изпълнители, институции, правителства, професионални групи или даже политическите концепции.

Типологията на националните здравни системи, базирана върху методите на финансиране и администрация на здравните услуги осигурява работна рамка за тяхната класификация и сравнения (табл. 13.13). С разширяване динамиката на реформата в здравната система в много страни се развиват смесени модели.

### ИКОНОМИЧЕСКИ ПРОБЛЕМИ В НАЦИОНАЛНИТЕ ЗДРАВНИ СИСТЕМИ

Както беше споменато, разходите за здравни грижи са основен въпрос в националните здравни системи. Това отчасти се дължи на нарастващите цени на технологиите в медицината и увеличаващата се възраст на населението със свързаното с това нарастващо значение на хроничните заболявания, но също така се дължи и на традиционното наблягане върху институционалните грижи. Обикновено здравните разходи за профилактични грижи, здравна промоция и опазване на околната среда са зле финансирани и анализирани в рутинните икономически отчети. Това затруднява икономическия анализ и сравнение на интервенциите, като по този начин затруднява търсенето на рентабилни интервенции.

Националните разходи за здравни грижи обикновено се изразяват в щатски долари като процент от брутният национален продукт (БНП) или брутният вътрешен продукт (БВП). Тези две величини са израз на общото количество стоки и услуги в една страна, но БВП изключва международния трансфер на парични средства. Аналогично, разходите за здравни грижи се изразяват директно като разходи *per capita* (на човек, на година) и индиректно като ресурси, като например брой на болничните легла или медицинския персонал на 1000 (или 10 000) души население (виж табл. 13.14). Много често процентът от БНП, изразходван за здравни грижи не е задължително директно свързан със здравните индикатори, като например ранна детска смъртност или продължителност на живота, като паричните средства могат да бъдат отпуснати към или изразходвани за по-малко ефективни или по-скъпо струващи грижи. Това означава, че страните

ТАБЛИЦА 13.13

Типология на финансиране и администрация на националните здравни системи

Тип	Източник на финансиране	Администрация
Здравно осигуряване тип <i>Бисмарк</i> чрез социална сигурност (например Германия, Япония, Франция, Австрия, Белгия, Швейцария, Израел)	Задължителна вноска от работодател и работник за болнични фондове или чрез социалната сигурност	В Германия правителствата регулират болничните фондове и плащат за частни услуги; силен болничен фонд и лекарски синдикати; болничните фондове в Израел се състезават като здравно управлявани организации със заплащане <i>per capita</i> за задължителен пакет от услуги
Национална здравна служба по <i>Беваридж</i> (например Великобритания, Норвегия, Швеция, Дания, Италия, Испания, Португалия, Гърция)	Правителството - данъци и приходи; Великобритания - национално финансиране; Скандинавските страни - комбинирано национално, регионално и локално данъчно облагане	Централно планиране, децентрализирано управление на болниците, общите практики и общественото здравеопазване; интегрирани областни или окръжни здравни системи с финансиране <i>per capita</i> във Великобритания и Скандинавските страни
Национална здравна система по <i>Семашко</i> (например в бившия Съветски съюз)	Правителството, данъци и приходи; постсъветско национално здравно осигуряване	Силно централно правителствено планиране и контрол; финансиране чрез фиксирани норми за населението; разпределянето на средствата и работната сила води до увеличаване на болничните легла и медицинския персонал; реформите след 90-те год. поставят ударението върху децентрализацията с капитация и задължително здравно осигуряване, например облагане по ведомост.
Национално здравно осигуряване по <i>Douglas</i> , реализирано чрез правителството (например Канада, Австралия)	Данъчно облагане, разпределяне на разходите между провинциалните и федералните правителства	Администриране от провинциалното правителство; регулиране от федералното правителство; медицинските услуги се заплащат на базата на цена за услуга; болниците са на блоков бюджет; реформи за реорганизиране и интегриране на услугите.
Смесени частно/обществени системи (например САЩ, Латинска Америка (Колумбия), Азия (Филипините) и Африканските страни (Нигерия))	Частно осигуряване чрез работодателя и обществено осигуряване чрез социалната сигурност за специфични групи от населението	Силно правителствено регулиране (САЩ); смесени частни медицински служби, обществени и частни болници, щатски/областни превантивни грижи, заплащане по ДСГ на болниците, рязко увеличаване на управляваните грижи; разширяване на обхвата на <i>Medicaid</i> .

с нисък БНП на глава от населението, които изразходват по-малко от 4 % за здравеопазване имат по-лоши здравни индикатори, защото са налице недостатъчни ресурси за осигуряване на основно здравно ниво за всички. Недостатъчното финансиране и неподходящото разпределяне на парични средства са били сериозни проблеми в повечето Съветски здравни системи и в повечето развиващи се страни.

Снабдяването със здравни услуги остава една от трудните и спорни теми в здравното планиране. Икономическият анализ обикновено се фокусира върху методите на



финансиране на здравните грижи и върху методите за реимбурсиране или заплащане на услугите, отделяйки по-малко внимание върху обема и качеството на услугите.

*Докладът за световното развитие* на Световната банка от 1993 г., обсъждан в предходните глави, поставя основно ударението върху икономическите ползи от профилактиката и рентабилните мерки за намаляване на тежестта от заболяванията. Излишното използване на болниците е нерентабилно.

Законът на *Roemer* (виж глава 11) твърди, че болничната използваемост в условията на здравно осигуряване се мени в зависимост от броя на леглата. Въпреки истинността на това твърдение, фактите показват, че системите за заплащане на болничните грижи могат да бъдат модифицирани, така че да бъдат избегнати ненужните хоспитализации и да бъде съкратен болничния престой. Тъй като здравните разходи рязко се увеличават, концепцията за извършване на здравни грижи с по-малко хоспитализации и по-силно наблягане на амбулаторното обслужване е една от основните в здравната политика в много страни още от 70-те год. на XX-ти век.

Индикаторите за здравни ресурси са различни в развитите страни с пазарна икономика. Делът на легла за активно лечение представя броя на общите легла за краткосрочно лечение на 1 000 души население. Всички легла на 1 000 включват всички институционални легла, използвани за медицински грижи за пациентите в болниците, но не и леглата в домовете за грижи за възрастни. Няма стандартизиран набор от международни дефиниции и някои от различията могат да се дължат на променливостта на използваните дефиниции, но болнични легла за активно лечение на 1 000 е най-прецизната и позволяваща сравнения дефиниция (табл. 13.14). Много държави намаляват броя на болничните легла (Великобритания, Скандинавските страни, повечето западноевропейски държави, Съединените щати и Израел), като развиват алтернативи на болничните грижи, използвайки мотивиращи методи на заплащане за промоциране на амбулаторните грижи или лечение в дневен стационар.

Пропорцията на болничните легла често отразява историческите модели, традициите и концепциите в медицинската практика, медицинската технология и организация, така както и съществуващите финансови стимули или възпиращи фактори за по-ефикасни грижи. Откакто възрастните са по-голямата част от потребителите на здравни услуги от младите, друг основен фактор, който влияе на тази пропорция е възрастовото разпределение на населението. Инвестирането в алтернативите на болничните грижи и в здравната промоция намалява заболяемостта, помага за контрола на разходите за здравни грижи. Това изисква инвестиране в образованието, законодателните дейности, скрининг, обучение относно начина на хранене, групови консултации и избираеми домашни поддържащи услуги, както и много други елементи на широката концепция за здравна промоция.

Важните фактори в определяне разходите на националните здравни системи включват: заплатата или дохода на изпълнителите на здравни услуги; равнищата на технологията в обслужването; критериите (нормите) в здравното планиране; броят и използваемостта на болничните легла; наличието на домашни грижи и широк набор от общински базирани грижи; употреба на интегрирани или регионализирани модели на извършване на здравни грижи; методи на заплащане за болничните услуги; употреба на мотивиращи системи на заплащане за промоциране на по-ефикасна употреба на ресурсите; и наблягане на профилактиката и здравната промоция. Всички тези въпроси са част от реформата на националните здравни системи. Таблица 13.14 показва сравне-

ние на разходите, ресурсите, използваемостта и индикаторите на резултати за избрани индустриализирани страни.

**ТАБЛИЦА 13.14**

Население, БНП на глава от населението. Здравни заведения и използваемост, здравни индикатори в избрани страни и години, 1994-1997 г.

Страна	Население (млн.) 1997 г.	БНП на глава от населението (\$) 1996 г.	% БНП за здравеопазване 1997 г.	Легла за активно лечение / 1000, 1995 г.	Среден престой (дни) 1995 г.	Изписвания/1000, 1994-1995 г.	Детска смъртност 1000, 1996 г.	Очаквана прод. на живот 1997 г.
САЩ	271,6	28 020	13,5	3,4	6,5	88	7,8	77
Канада	29,9	19 020	9,2	4,3	7,5	Na	6,0	79
Швеция	8,8	25 710	8,6	3,0	5,2	163	4,0	78
Германия	82,8	28 870	10,4	6,9	12,1	92	5,0	77
Финландия	5,1	23 240	7,2	4,0	5,5	209	3,9	77
Дания	5,2	32 100	7,4	4,0	6,1	197	5,6	76
Израел	5,8	15 870	8,0	2,4	4,5	203	6,3	75
Великобритания	58,2	19 600	6,7	2,0	4,8	117	6,1	77

Източник: *Health United States*, 1998; UNICEF, *State of World's Children*, OECD Health Data, 1998.

Няма анализ на здравна система, който може да бъде пълен, ако не е отделил достатъчно внимание на значението на бедността, като основен допринасящ фактор за заболяемост и смъртност. Бедността се свързва с високи стойности на смъртността от инсулт, коронарни сърдечни заболявания, травми, астма и рак. Бедността е свързана също с много специфични рискови фактори: ниско ниво на образованието, лоши жилищни условия, лошо хранене, психологическа депресия, тютюнопушене, злоупотреба с алкохол и лекарства, бременности в юношеска възраст, самотно родителство, ранна загуба на близък човек или изоставяне, липса на пренатални грижи, нискотегловност на новородените, насилие в семейството и в квартала и други. Универсалният достъп до традиционните медицински грижи може да облекчи някои от тези ефекти, но той се проваля в разрешаването на съществените въпроси. Социалната политика и здравните програми са взаимнозависими, като всяка допринася за подобряване качеството и продължителността на живота. Здравното планиране, включително икономическите индикатори, трябва да отчитат този фактор.

## РЕФОРМИ В НАЦИОНАЛНИТЕ ЗДРАВНИ СИСТЕМИ

Системите за здравни грижи са в непрекъснато развитие. Стимулът за реформа на една здравна система може да произлиза от необходимостта за ограничаване на разходите, универсалното покритие или ефикасността на използването на ресурсите или усилията за подобряване на удовлетвореността на потребителите или изпълнителите

(виж табл. 13.15). Целта от подобряване здравето на населението е също мотив, но често се изразява като подобрен достъп, равенство, ефикасност, качество на грижите и резултатите.

Политическите и философските съображения за здравна реформа често наблягат на въпроси като универсален достъп и справедливост в разпределението на ресурсите, работната сила и болничните легла, но е еднакво важно да се фокусира върху целите за подобряване здравето на цялото население и на специалните групи в риск. Философските и историческите въпроси и аргументи за национално здравно осигуряване са включили необходимостта от социална защита като въпрос на национална чест, но системата, която не подобрява националното здраве от гледна точка на международните индикатори, не удовлетворява тази цел.

Дебатите и реформите в организирането на здравните системи продължават и стават все по-интензивни, откакто политическата цел на Здраве за всички се изправя срещу реалността на увеличаващите се разходи. Ефикасността от използване на ресурсите, и удовлетвореността на обществото и изпълнителите на здравни грижи, са основни въпроси във всички здравни системи. Въпреки претенциите на привържениците на държавноуправляваните системи и идеологическите претенции на привържениците на пазарния подход, няма разработени идеални средства. Директният внос на цялостен модел на здравна система не е възможен, защото са налице много фактори, допринасящи за развитието на една здравна система, свързани с политическата, социалната и професионалната култура на всяка страна.

Предположението, че пазарните механизми създават по-добро качество на здравните грижи, е широко разпространено. Тази гледна точка е вярна, ако се разглежда в контекста, че личното управление на финансите и избора в здравните грижи дават право на индивида да избира. Това може да бъде предимство за по-добре образованото градско население, живеещо близо до специализирани услуги, неналични за други. Свободният избор на потребителите и свободата на избора (автономията) на изпълнителите на здравни грижи са различни аспекти на въпроса за пазарните механизми. Взе-ти заедно, те осигуряват мярка за защита на правата на потребителя и изпълнителя да избират здравни системи. Обаче, те намаляват отговорността и способността на системата да се разширява и да доставя грижи и профилактични услуги, в резултат на което страдат важни програми като имунизация, пренатални грижи и грижи за възрастните. Този набор от права понякога също е в конфликт с повелята за контрол на разходите и може да има също нежелан ефект на промоциране на излишни услуги като ненужна хирургия, която има скъпоструващи и потенциално вредни последици. Пазарните механизми, които промоцират отговорността на здравната система и на индивида, могат да имат важен принос в здравеопазването.

Правителствената отговорност за промоция на здравето изисква инициативи, които могат да ограничат индивидуалните права. Добавянето на флуор към водата или йод към солта или фолиева киселина към хляба, изисква хората, които не са директно облагодетелствани да приемат това в интерес на задоволяване нуждите на другите в обществото. Правителствената власт може да закрие бизнес, който е опасен за здравето, като например един нехигиеничен ресторант. Управлението на системите за здравни грижи трябва да обръща внимание на макроикономическите и микроикономическите въпроси за ефикасност. Общините и регионите често ще се обръщат към здравното планиране поради неговото влияние върху бизнеса, работните места и престижа на общината, което е в противовес на националните или регионалните планове и приоритети.

ТАБЛИЦА 13.15

Цели, въпроси, стратегии и тактики за национални здравни политики

Цели	Въпроси	Стратегии/тактики
Национален политически ангажимент за подобряване здравето на всички	Здравето като отговорност на правителството Универсален достъп Приемане на международни стандарти Регионално и социално равенство на достъпа Свободен избор за потребители и изпълнители Здравословният начин на живот като национална политика	Здравната промоция като политика Законодателство/регулиране Регулиране на правата на потребителите в здравеопазването Публична информация в здравеопазването Помощни групи: обществени, професионални
Финансиране в рамките на националните средства за социални привилегии	Адекватно цялостно финансиране (>6 % от БНП) Преход от планиране на обеми към разходи за резултат Категорийни субсидии за промоция на националните цели	Увеличаване на финансирането на национално, щатско и местно правителствени нива Здравно осигуряване като добавка Намаляване на острите легла до <3,51/1000 Областните здравни власти с финансиране <i>per capita</i>
Управление с цел рентабилност	Ограничаване на разходите Рентабилни здравни инициативи Децентрализирано управление Национална политика, мониторинг и стандарти Информационни системи/мониторинг Областни здравни профили	Увеличаване на първичната здравна помощ Увеличаване на грижите в дома, леглата за дългосрочно лечение Увеличаване на грижите в дома, дневната хирургия, заведенията за продължително лечение Здравни информационни системи Управлявани грижи и ДСГ
Дефиниране на националните здравни цели	Дефиниране на националните причини за заболяемост, смъртност и хоспитализация след регионален анализ Промоция на здравето срещу философията за лечение Приоритетност на използване на наличните ресурси Използване на подходящи международни стандарти	Анализ на социалните фактори на здравеопазването Обществено отношение към здравната промоция Промоция на политиките на общественото здравеопазване, храненето, околната среда, имунизациите

От 70-те год. на XX-ти век е налице нарастващо внимание към здравната промоция като начин за намаляване тежестта на хроничните заболявания и на разходите за здравни грижи за тези заболявания. Това е стимулирано и подпомагано чрез понятието здравна сфера (1974 г.), Конференцията Алма-Ата за първичната здравна помощ (1978 г.) и концепцията на СЗО Здраве за всички (1978 г.). Специфичните здравни цели в Съединените щати (Здрави хора 2000) и в Европейския регион на СЗО (1985 г.) (виж глава 2) поставят ударение върху измерими цели като основа за здравното планиране, оказващо влияние върху процеса на планиране.

90-те год. на XX-ти век са десетилетие на важни реформи в националните здравни системи. Индустриалните страни се опитват да задържат увеличаването на разходите, запазвайки универсалния достъп. Швеция е намалила своите здравни разходи чрез намаляването на болничните легла. Съединените щати, създавайки своя основан на социалната сигурност здравноосигурителен план за възрастните и бедните, се провалят в опита си от 1995 г. за създаване на национално здравно осигуряване, но налагат драматични промени чрез революцията на управляваните грижи, движени от необходимостта за контролиране размера за нарастване на разходите. Канада се сблъсква с криза в поддържането на своята национална здравноосигурителна система след като спирането на федералното финансиране оставя провинциите да финансират редица щедри привилегии и високи нива от болнични легла. Израел е преминал от доброволни болнични фондове към национално здравно осигуряване с болнични фондове като системи за управлявани грижи. Източноевропейските страни са в състояние на отдалечаване от Съветския модел от преди 1990 г., въвеждайки национално здравно осигуряване и децентрализирано администриране на услугите. В развиващите се страни съществува загриженост, че директно финансираните услуги от правителството ще затруднят развитието на здравните услуги, така че там има тенденция за насочване към национално здравно осигуряване като начин за подобряване финансирането на услугите и осигуряване на здравни грижи за повече хора. Китай се е ориентирал към заплащане за услуга в селското здравеопазване, което обхваща около 70 % от населението. Всички страни се борят за развиването на адекватни превантивни модели, водещи до намаляване тежестта на заболяванията, които могат да доведат една национална здравна система до банкрут.

Универсалният достъп до здравни грижи не е задължително насочен към социалните несправедливости в здравеопазването. Премахването на финансовите бариери само по себе си не гарантира добро здравеопазване. Много социални, културни и обусловени от окръжаващата среда рискови за здравето фактори, не подлежат на корекция или профилактика от медицинските или болничните грижи. Те могат да бъдат по-важни от извършените медицински грижи (виж глава 3). Представените модели могат да служат като примери за други страни и ще продължат да правят това. Следователно е полезно да се разбере как те са се развили, техните успехи и провали и как те продължават да се развиват.

Съществуват две основни направления на реформа, които понякога са в конфликт. Единият е подходът за първичната здравна помощ. Той се базира на борбата с основните здравни проблеми на развиващите се страни, чрез промоциране на първичната здравна помощ като обществено обслужване, чрез децентрализирана доставка и администриране. Алтернативният подход, базиран върху теорията за пазарната икономика, е да промоцира достъпа до здравни грижи чрез национално здравно осигуряване, финансирано чрез вноски от работодател и работник или чрез общо данъчно облагане.

Фундаменталните различия в тези два подхода представляват една дилема за развиващите се страни и в много случаи за развитите страни, тъй като и те се стремят да контролират разходите за здравни грижи. Подходът на здравното осигуряване може да увеличи паричните средства, налични за здравни грижи, но той предизвиква увеличаване на разходите за грижи, неравенство в достъпа до грижи и наблягане на лечебните за сметка на профилактичните услуги. Това е безспорно един медицински подход, промоциращ болничните и лекарските услуги, в който общественото здравеопазване е неадекватно адресирано и оставено на грижите на практикуващите частна медицина.

Пазарният подход приема, че промоцирането на конкуренцията ще увеличи качеството на грижите и вниманието към потребностите на потребителя, но той често се свързва с по-висока използваемост на скъпоструващи услуги и довежда здравните разходи до много високи нива. Той е лукс, достъпен само за най-богатите страни и все още не осигурява за всички граждани еднакъв достъп до услугите. Развиващите се страни могат да нямат достатъчно парични средства, за да доставят здравни грижи за всички. В същото време развитите икономики могат да бъдат неспособни да финансират здравните услуги според търсенето, което потребителите и доставчиците могат да считат за идеално. Това е накарало много страни да ограничат достъпа до специализирани услуги и да въведат други ограничения върху услугите и е в основата на подхода за управляваните грижи в Съединените щати.

Моделът на обществено обслужване често оставя една национална програма недостатъчно финансирана, водейки до проблеми на качеството и морала както на изпълнителя на здравни грижи, така и на потребителя. Обаче, една национална здравна политика е изключително важна за уязвимите групи от населението или райони, независимо дали става дума за развиваща се или развита страна. Дори най-развитите страни имат солидни групи от населението, живеещи в бедност, с оскъдно здравно обслужване. Съединените щати имат над 43 милиона души, 16 % от населението (през 1997 г.), без здравно осигуряване и вероятно още толкова с неадекватно здравно осигуряване. Те също имат селски райони с неадекватно здравно обслужване, резултат от провалилото се селско здравеопазване. Проучването на международния опит на системите за здравни грижи помага за промоциране на международни стандарти и критерии.

Здравният сектор е под голям натиск за ограничаване на разходите. Системите за осигурителни вноски от работодател-работник въвеждат промени в контрола на разходите, тъй като здравните разходи са отчасти отговорни за превръщането на тяхната индустрия в неконкурентна на глобалния пазар. В същото време, съществува инфлационен натиск от застаряване на населението, обновяване на медицинските технологии и високите професионални и обществени очаквания. Реформата на здравната система включва намаляване на болничния сектор и изграждането на общински здравни грижи.

## ЗДРАВНИТЕ СИСТЕМИ И НОВОТО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

Националните здравни системи по целия свят са в процес на промяна, търсейки ограничаване на нарастващите разходи, универсално покритие, равенство в достъпа и качеството, така както и ефикасност и ефективност на използването на ресурсите за постигане на здравните цели. Много страни търсят начини за извършване на универсални грижи при усилен контрол на разходите и повишаване на ефикасността. Не съществува един единствен отговор на това как да се накара една здравна система да работи добре.

Системите за социална сигурност и социално благополучие са поели задачата за осигуряване на достъп до здравни услуги през двайсетия век. Националните здравни системи са се развили с цел осигуряване на достъп до медицински, болнични, профилактични и обществени здравни услуги. Финансирането на услугите чрез общото данъчно облагане, основано на прогресивното подоходно облагане, ресурсните налози и акцизите може би са най-справедливият начин за увеличаване на паричните средства. Много страни използват системите за социална сигурност, основани върху вноски от



работодател - работник, за заплащане на здравните услуги. Универсалният достъп е средство, което потвърждава, че икономическата бариера е премахната за цялото население и може да доведе до увеличаване на достъпа до медицински и болнични услуги за онези, които преди това не са имали такъв. Той не е, сам по себе си, гаранция за достигането на важните здравни цели. Разпределението на ресурсите е още по-фундаментален проблем.

Освен финансирането и разпределянето на ресурсите, съществуват много "нетарифни" бариери за здравеопазването. Дори при високоразвитите национални здравни системи, като тази на Великобритания, социалната класа, мястото на живеене, нивото на образованието и етническата принадлежност играят важна роля за заболяемостта и смъртността. Освен медицинските или болничните грижи, важни за заболяемостта са и класическите рискови фактори, например начинът на хранене, тютюнопушенето и физическата форма. Отчасти, обаче, социалнокласовите различия в заболяемостта и смъртността са резултат от лошо дефинираните аспекти на бедността, като депресията, страхът, несигурността и липсата на контрол върху собствения живот. Това са въпроси, които са важни за достигането на националните здравни цели и равенство.

Здравните системи трябва да бъдат непрекъснато оценявани. Традиционните индикатори за резултат, като коефициентите на ранната детска, детска, майчина и болестноспецифичната смъртност, са важни, но не са достатъчни. Необходимо е да се следят ваксинапредотвратимите заболявания, коефициентите на имунизации на малките деца, анемията при децата и бременните и условията за инвалидизация. По-новите мерки като *DALYs* и *QALYs* (виж глави 3 и 11) могат да помогнат да се промени ударението от измерване на смъртността към измерване на качеството на живот като част от оценяването. Националните здравни системи изискват системи от данни, които генерират информация, необходима за този непрекъснат процес на мониторинг. Добре развити академични центрове за епидемиологичен, социологичен и икономически анализ са необходими, за да обучават здравни лидери и мениджъри и да провеждат проучвания и изследвания, важни за прогреса в здравеопазването.

Въпреки структурното разнообразие и основните философски различия в националните здравни системи, съществуват важни общи елементи. Те са големи работодатели и са сред най-големите индустрии в страните си. Всички имат проблеми с финансирането, ограничаването на разходите, преодоляването на структурната неефективност и в същото време, търсят стимули за високо качество и рентабилност.

Една национална здравна система е цяло с много части. Качеството на обществената инфраструктура (канализация, вода, пътища, комуникации), количеството и качеството на храната, равнищата на образование и професионалната организация са части на това цяло. Тясното планиране при здравните системи игнорира този факт с риск да пропусне целите си за подобряване на здравните индикатори. Националните здравни системи не са само методи за финансиране и обезпечаване на достъпа до услуги; те са част от по-обширното социално и икономическо развитие на едно общество с основен принос в подобряване качеството на живота.

## ЕЛЕКТРОННИ МЕДИИ

Канадски институт за здравна информация, Тенденции на националните здравни разходи, 1975-1998, уебсайт, <http://www.cihi.ca/medrls/exccsum.htm>

Уебсайт на администрацията за финансиране на здравните грижи, <http://www.hcfa.gov/stats/indicatr/tables/>

Уебсайт Здрави хора, <http://www.health.gov/healthypeople/>

Съединени щати, Министерство на здравните и хуманитарни услуги, Здравеопазване Съединени щати, 1998, <http://www.cdc.gov/nchsww/products/pubs/pubd/hs/hs.htm> (забележка: това изисква да се зареди софтуера Adobe Acrobat; може да се намери също на CD ROM включително Lotus spreadsheet)

Световна банка, Здравна реформа. онлайн уебсайт, <http://www.worldbank.org/healthreform/index.htm>

Световна здравна организация, Комплекс данни на Европейски регион здраве за всички. Зареди от уебсайт: <http://www.org.dk>

## ПРЕПОРЪЧВАНА ЛИТЕРАТУРА

Bobadilla, J. L., Cowley, P., Musgrove, P., Saxenian, H. 1994. Design, content and financing of an essential national package of health services. *Bulletin of the World Health Organization*, 72: 653-662.

Murray, C. J. L., Govindaraj, R., Musgrove, P. 1994. National health expenditures: A global analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 72: 623-627.

Roemer, M. I. 1993. National health systems throughout the world. *Annual Review of Public Health*, 14: 335-353.

Russel, L. B. 1993. The role of prevention in health reform. *The New England Journal of Medicine*, 329: 352-354.

Schieber, G. J., Poullier, J. P. 1989. International health care expenditure trends: 1987. *Health Affairs*, 8: 169-177.

Schieber, G. J., Poullier, J. P., Greenwald, L. M. 1991. Health care systems in twenty-four countries. *Health Affairs*, 10: 22-38.

Young, Q. D. 1993. Health care reform: A new public health movement. *American Journal of Public Health*, 83: 945-946.

## БИБЛИОГРАФИЯ

Abel-Smith, B. 1992. Cost containment and new priorities in the European community. *The Milbank Quarterly*, 70: 393-416.

Aday, L. A., Begley, C. E., Lairson, D. R., Slater, C. H. 1993. Evaluating the Medical Care System: Effectiveness, Efficiency, and Equity. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press.

Avian, R., Abel-Smith, B., Tombari, G. 1990. Health Insurance in the Developing Countries The Social Security Approach. Geneva: International Labor Organization.

Blendon, R. J., Leitman, R., Morrison, I., Donelan, K. 1990. Satisfaction with health systems in ten nations. *Health Affairs*, 9: 185-192.

Chernikovsky, D. 1995. Health system reform in industrialized democracies: An emerging paradigm. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 73: 339-372.

Dutton, D. B. 1979. Patterns of ambulatory health care in five different delivery systems. *Medical Care*, 17: 221-243.

Ellencweig, A. Y. 1992. *Analysing Health Systems: A Modular Approach*. Oxford: Oxford University Press.

Kirsch, T. 1988. Local area monitoring (LAM). *World Health Statistics Quarterly*, 41: 19-25.

- Mills, A., Vaughan, J. P., Smith, D. L., Tabibzadeh, I. (eds). 1990. *Health System Decentralization: Concepts, Issues and Country Experience*. Geneva: World Health Organization.
- Organization for Economic Cooperation and Development. 1990. *Health Care Systems in Transition: The Search for Efficiency*. Social Policy Studies №. 7.
- Roemer, M. I. 1991 and 1993. *National Health Systems of the World*, Volumes 1 and 2. New York: Oxford University Press.
- Saltman, R. B. (ed). 1988. *The International Handbook of Health Care Systems*. New York: Greenwood Press.
- UNICEF. 1998. *The State of The World's Children*, 1998. New York: UNICEF.
- World Health Organization. 1993. *Evaluation of Recent Changes in the Financing of Health Services*. Report of a WHO Study Group, Technical Report Series №. 829. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. 1997. *The World Health Report, 1997: Conquering Suffering, Enriching Humanity*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. 1993. *World Health Statistics Annual 1993*. Geneva: WHO.

### СЪЕДИНЕНИ ЩАТИ

- Anderson, R. M., Rice, T. H. E., Kominsky, G. F. (eds). 1997. *Changing the U.S. Health Care System: Key Issues in Health Services, Policy and Management*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Bergner, L. 1993. Race, health, and health services. *American Journal of Public Health*, 83: 939-941.
- Blumenthal, D. (editorial). 1993. Administrative issues in health care reform. *The New England Journal of Medicine*, 329: 428-429.
- Brown, E. R. 1992. Health USA: A national health program for the United States. *Journal of the American Medical Association*, 267: 552-558.
- Fries, J. F., Koop, E., Beadle, C. E., Cooper, P. P., England, M. J., Greaves, R. F., Sokolov, J. J., Wright, D. 1993. Reducing health care costs by reducing the need and demand for medical services. The Health Project Consortium. *The New England Journal of Medicine*, 329: 321-325.
- Levit, K. R., Lazenby, H. C., Sivarajan, L. 1996. Health care spending in 1994: Slowest in a decade. *Health Affairs*, 15: 130-144.
- National Center for Health Statistics. 1997. *Health, United States 1996-1997 and Injury Chartbook*. Hyattsville, MD: 1997.
- National Center for Health Statistics. 1998. *Health, United States: With Socioeconomic Status and Health Chartbook, 1998*. DHHS Publication number (PHS) 98-1232.
- Public Health Service. 1992. *Healthy People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives*. U.S. Department of Health and Human Services. Boston: Jones and Bartlett.
- Smith, S., Freeland, M., Heffler, S., McKusick, D., and the Health Expenditures Projection Team. 1999. The next ten years of health spending: What does the future hold? *Health Affairs*, 17: 128-132.
- Welch, W. P., Miller, M. E., Welch, H. G., Fisher, E. S., Wennberg, J. E. 1993. Geographic variation in expenditures for physicians' services in the United States. *The New England Journal of Medicine*, 328: 621-627.

### КАНАДА

- Canadian Public Health Association. 1996. *Focus on health: Public health in health services restructuring: An issue paper*. Ottawa: CPHA.
- Deber, R. B., Hastings, J. E., Thompson, G. G. 1991. Health care in Canada: Current trends and issues. *Journal of Public Health Policy*. 12: 72-82.
- Deber, R. B., Thompson, G. G. (eds). 1993. *Restructuring Canada's Health Services System: Now Do We Get There from Here?* Proceedings of the Fourth Canadian Conference on Health Economics. Toronto: University of Toronto Press.

- Evans, R. G. 1989. Controlling health expenditures The Canadian reality. *The New England Journal of Medicine*, 320: 571-577.
- LaLonde, M. 1974. *New Perspectives on the Health of Canadians*. Ottawa: Department of National Health and Welfare.
- Naylor, C. D. 1999. Health care in Canada: Incrementalism under fiscal duress. *Health Affairs*, 18: 9-26.
- Pineault, R., Lamarche, P. A., Champagne, F., Contandriopoulos, A. P., Denis, J. L. 1993. The reform of the Quebec health care system: Potential for innovation? *Journal of Public Health Policy*, 14: 198-219.
- Rachis, M., Kushner, C. 1994. *Strong Medicine: How to Save Canada's Health Care System*. Toronto: Harper-Collins.
- Roos, N. P., Brownell, M., Shapiro, E., Roos, L. R. 1998. Good news about difficult decisions: The Canadian approach to hospital cost control. *Health Affairs*, 17 (Sept/Oct): 239-246.
- Saskatchewan Health. 1992-1995. *A Saskatchewan Vision for Health: Introduction of Needs-Based Allocation of Resources to Saskatchewan District Health Boards for 1994-1995; and Planning Guide for Saskatchewan Health Districts*. Regina: Government of Saskatchewan.

### ОБЕДИНЕНО КРАЛСТВО

- Acheson, D. 1998. *Independent Inquiry into Inequalities in Health*. London: Her Majesty's Stationery Office.
- Black, D. 1980. *Inequalities in Health: Report of a Research Working Group*. London: Department of Health and Social Security.
- Bone, M. R. 1992. International efforts to measure health expectancy. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 46: 555-558.
- Coulter, A. 1995. Evaluating general practice fundholding in the United Kingdom. *European Journal of Epidemiology*, 5: 233-239.
- Day, P., Klein, R. 1991. Britain's health care experiment. *Health Affairs*, 10: 39-59.
- Dobson, F. 1999. Modernizing Britain's National Health Service. *Health Affairs*, 18: 40-41.
- Donaldson, R. J., Donaldson, L. J. 1993. *Essential Public Health Medicine*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Glynn, J. J., Perkins, D. A. (eds). 1995. *Managing Health Care: Challenges for the 90s*. London: W. B. Saunders.
- Illsey, R. 1999. Reducing health inequalities: Britain's latest attempt. *Health Affairs*, 18: 45-46.
- LeGrand, J. 1999. Competition, cooperation or control? Tales from the British National Health Service. *Health Affairs*, 18: 27-44.
- Marmot, M. 1999. Perspective: Acting on the evidence to reduce inequalities in health. *Health Affairs*, 18: 42-44.
- McKee, M. 1995. What can we learn from the British fundholding experience. *European Journal of Public Health*, 5: 231-232.
- Pocock, S. J., Shaper, A. G., Cook, D. G., Phillips, A. N., Walker, M. 1987. Social class differences in ischemic heart disease in British men. *Lancet*, 11: 197-201.
- Secretary of State for Health. 1991. reprinted 1995. *The Health of the Nation*. London: Her Majesty's Stationery Office.
- Smith, G. D., Bartley, M., Blane, D. 1990. The Black report on socioeconomic inequalities in health 10 years on. *British Medical Journal*, 301: 373-377.

### ЕВРОПА

- Brown, L. D., Amelung, V. E. 1999. "Manacled competition": Market reforms in German health care. *Health Affairs*, 18: 76-91.
- Elola, J., Daponte, A., Navarro, V. 1995. Health indicators and the organization of health care systems in western Europe. *American Journal of Public Health*, 85: 1397-1401.

- Hermanson, T., Aro, S., Bennett, C. L. 1994. Finland's health care system: Universal access to health care in a capitalist democracy. *Journal of the American Medical Association*, 271: 1957-1962.
- Hurst, J. W. 1991. Reforming health care in seven European nations. *Health Affairs*, 10: 7-21.
- Iglehart, J. K. 1991. Germany's health care system. *The New England Journal of Medicine*, 324: 1750-1756.
- Roberts, J. L. 1996. *Terminology for the WHO Conference on European Health Care Reforms: A Glossary of Technical Terms on the Economics and Finance of Health Services*. Copenhagen: World Health organization, Office for Europe.
- Saltman, R. B. 1990. Competition and reform in the Swedish health system. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 68: 597-618.
- Saltman, R. B., Figueras, J. 1997. *European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- World Health Organization Study Group. 1993. *Evaluation of Recent Changes in the Financing of Health Services*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization, Regional Office for Europe. 1997. *Health in Europe, 1997*. Copenhagen: World Health Organization.
- World Health Organization, Regional Office for Europe. 1999. *Health 21: The Health for All Policy Framework for the WHO European Region*. Copenhagen: World Health Organization: Regional Office for Europe.

#### ЯПОНИЯ

- Ikegami, N. 1991. Japanese health care: Low cost through regulated fees. *Health Affairs*, 10: 87-109.
- Ikegami, N., Campbell, J. C. 1999. Health care reform in Japan: The virtues of muddling through. *Health Affairs*, 18: 56-75.
- Ingelhart, J. K. 1988. Health policy report: Japan's medical care system, parts 1 and 2. *New England Journal of Medicine*. 319: 807-812 and 1166-1172.

#### РУСИЯ

- Centers for Disease Control. 1992. Public health assessment Russian Federation, 1992. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 41: 89-91.
- Centers for Disease Control. 1995. Diphtheria epidemics New independent states of the former Soviet Union, 1990-1994. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 44: 177-181.
- Field, M. G. 1988. Union of Soviet Socialist Republics. In Saltman, R. B. (ed). *The International Handbook of Health Care Systems*. New York: Greenwood Press.
- Golovoteyev, V. V., Pustovoj, I. V. 1984. Public health finance and planning in the Soviet Union. *World Health Statistics Quarterly*, 37: 364-374.
- Tulchinsky, T. H. E., Varavikova, E. A. 1996. Addressing the epidemiologic transition in the former Soviet Union: Strategies for health system and public health reform in Russia. *American Journal of Public Health*, 86: 313-320.
- Willikens, F., Scherbov, S. 1992. Analysis of mortality data from the former USSR; Age-period-cohort analysis. *World Health Statistics Quarterly*, 45: 29-49.

#### ИЗРАЕЛ

- Central Bureau of Statistics. 1975 (and 1996). *Statistical Abstract of Israel, 1975 (and 1996)*. Jerusalem: Hemed Press.
- Israel Center for Disease Control. 1999. *Health Status in Israel 1999*. Jerusalem: Ministry of Health.
- Ministry of Health. 1998. *Health in Israel: Selected Data, 1998*. Jerusalem: Ministry of Health.
- Penchas, S., Shani, M. 1995. Redesigning a national health-care system: The Israeli experience. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 8: 9-18.

- Tulchinsky, T. H. E. 1985. Israel's health system: Structure and content issues. *Journal of Public Health Policy*, 6: 244-254.
- World Health Organization, Regional Office for Europe. 1996. *Highlights on Health in Israel*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.

#### РАЗВИВАЩИ СЕ СТРАНИ

- Barnum, H., Kutzin, J. 1993. *Public Hospitals in Developing Countries: Resource Use, Cost, Financing*. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.
- Evans, J. R., Hall, K. L., Warford, J. 1981. Shattuk lecture: Health care in the developing world: Problems of scarcity and choice. *The New England Journal of Medicine*, 305: 1117-1127.
- Ron, A., Abel-Smith, B., Tamburri, G. 1990. *Health Insurance in Developing Countries: The Social Security Approach*. Geneva: International Labor Office.
- Schieber, G., Maeda, A. 1999. Health care financing and delivery in developing countries. *Health Affairs*, 18: 135-143.
- Tarimo, E., Creese, A. (eds). 1990. *Achieving Health for All by the Year 2000: Midway Reports of Country Experiences*. Geneva: World Health Organization.

#### КОЛУМБИЯ

- Ministerio de Salud/ Ministerio de Trabajo. 1993. *La Seguridad Social en Colombia, Ley 100 de 1993*. Bogota: Ministerio de Salud/ Ministerio de Trabajo.
- Pan American Health Organization/ World Health Organization. 1986. *Evaluation of the Strategy for Health for All by the Year 2000*. Seventh Report on the World Health Situation, Volume 3. Region of the Americas. Washington, DC: PAHO.
- Lujan, F. J. Y. 1988. Colombia. In Saltman, R. (ed). *The International Handbook of Health Care Systems*, pp. 57-72. New York: Greenwood Press.

#### КИТАЙ

- Grogan, C. M. 1995. Urban economic reform and access to health care coverage in the People's Republic of China. *Social Science and Medicine*, 41: 1073-1084.
- Lawson, J. S., Lin, V. 1994. Health status differentials in the People's Republic of China. *American Journal of Public Health*, 84: 737-741.
- Zheng, X., Hillier, S. 1995. The reforms of the Chinese health care system: The Jiangxi study. *Social Science and Medicine*, 41: 1057-1064.

#### СРАВНЕНИЯ

- Anderson, G. F., Poullier, J.-P. 1999. Health spending, access, and outcomes: Trends in industrialized countries. *Health Affairs*, 18: 178-192.
- Davis, K. 1999. International health policy: Common problems, alternative strategies. *Health Affairs*, 18: 135-143.
- Donelan, K., Blendon, R. J., Schoen, C., Davis, K., Binns, K. 1999. The cost of health system change: Public discontent in five nations. *Health Affairs*, 18: 206-216.
- Sochalski, J., Aiken, L. H. 1999. Accounting for variation in hospital outcomes: A cross-national study. *Health Affairs*, 18: 256-259.
- Tuohy, C. H. 1999. Dynamics of a changing health sphere: The United States, Britain, Canada. *Health Affairs*, 18: 114-134.