ОБЗОРИ

REVIEWS

ЗДРАВНИ ПОТРЕБНОСТИ, ПРИОРИТИЗИРАНЕ, ОСНОВЕН ПАКЕТ И ЦИКЪЛ НА ПЛАНИРАНЕ

М. Гърдева
Факултет по обществено здраве, МУ – София

Резюме. Вълните от финансови и икономически кризи през последните десетилетия водят до непрекъснати промени в здравното състояние и профила на популациите и поставят предизвикателства пред здравните системи за адаптиране към променящата се среда. Здравните потребности са чувствителен индикатор и отразяват динамичните промени в здравето на нациите, към които здравната система трябва да се адаптира така, че да не изпада в критични състояния и невъзможност да ги посрещне. Здравните потребности винаги надвишават ресурсите, с които разполага една страна. Не е възможно да се постигне баланс между здравните потребности и наличните ресурси в публичния сектор на здравните системи. Оценката на потребностите, приоритизирането им и включването в основен пакет за финансиране с публични средства са подходи, с чиято помощ може да се постигне симетрия между целите на системата (основани на приоритети) и наличните ресурси. Тези подходи следва да залегнат в реформите на здравните системи и тяхното постоянно развитие, усъвършенстване и адаптиране към здравните потребности и развитие на обществата. В обзора са разгледани въпросите, свързани със здравните потребности, цикъла и моделите на планиране, приоритизирането и принципите на приоритизирането, както и някои примери за тези подходи в развитите страни.

Ключови думи: *оценка на нуждите, приоритизиране, основни пакети, планиране*

HEALTH NEEDS, PRIORITIZATION, BASIC PACKAGE AND PLANNING CYCLE

M. Gardeva
Faculty of Public Health, Medical University – Sofia

Summary. The waves of financial and economic crises during the last decades lead to continuous changes in the health condition and profile of the populations and pose challenges in front of the health care system for

continuous adaptation to the changing environment. The health needs serve as a sensitive indicator and reflect the dynamic changes in the health of the nations to which the health care system must adapt in such a way, that it does not reach a critical state and inability to meet them. The health needs always exceed the resources which the country has available. It is not possible to reach a balance between the actual health needs and the available resource in the public sector of the health care systems. The assessment of the needs, their prioritization and inclusion in the basic package for financing with public funds are all approaches, with the help of which can be reached symmetry between the goals of the system (based on its priorities) and the available resources. These approaches should be underlying in the reforms of the health systems and determine their constant development, perfection and adaptation to the health needs and progress of communities. In the present paper are examined the issues, reflecting the health needs, planning cycle and models of planning, prioritization and principle of prioritisatiion as well as some examples of these approaches in developed countries

Key words: *needs assessment, prioritization, basic package, planning cycle*

В здравните системи, ориентирани към потребностите, „анализите върху необходимите ресурси за ефективно предоставяне на здравни услуги включват оценка на здравните потребности, която не само отразява заболяемостта и болестността, но и числото на индивидите, които биха имали полза от лечението, желаят лечение и за които лечението се разглежда като основателна инвестиция в публично финансираните услуги. А това несъмнено включва процеса на приоритизиране“ (Frankel [1]).

Оценката на здравните потребности е отличителна черта на здравните системи, в които публичните средства за здравеопазване заемат голям относителен дял във финансирането на здравните услуги, свързана е тясно с планирането в рамките на наличните ресурси и поставянето на приоритети/приоритизиране в рамките на цикъла на планиране. Поставянето на приоритети/приоритизиране е ключов етап, който преминава през публични консултации с официално заинтересуваните от разпределение на публичните средства за здравеопазване страни. Тези страни са ясно определени в законодателната рамка на здравните системи – пациентски организации, съсловни организации, обществени комитети и други, като се прилагат различни подходи на публично консултиране и дискусии. В законодателните рамки на редица развити страни – Обединеното кралство, САЩ, Канада, Австра-

лия, Нова Зеландия, Скандинавските страни, Холандия, на централно или регионално ниво са определени органите за проучване/оценка на потребностите, приоритизиране чрез публични консултации и планиране на здравните услуги, в рамките на провежданите реформи, породени от необходимостта за контрол на бързонарастващите разходи за здравеопазване, смяната на модела за заплащане на здравните услуги и предоставянето им, развитието на технологиите, застаряващите популации, съобразяването с ефективността на лечението и желанието за по-добро посрещане на здравните потребности на популациите и отделните им членове.

Зависимостта от ресурсите поставя определени условия за ефективност и разход–ефективност на услугите, към които се насочват публичните средства за здравеопазване. Разбирането на здравните потребности като „способност за полза“ от здравната помощ може да се интерпретира от различни перспективи – на този, който лекува, и на този, който получава помощта.

В. Борисов, анализирайки приоритетите и псевдоприоритетите, поставя акцент върху факторите на здравните потребности – медицински и немедицински, и посочва, че „най-честата грешка при анализите е абсолютизирането на медицинските фактори и игнорирането на извънмедицинските фактори“. Интерпретациите са допълнително оцветени от източниците на информация на всяка от страните. Stevens и Raftery [2, 3] посочват, че разбирането на професионалистите за „полза“ често е повлияно не само от клинични съображения, но и от резултатите на „последните клинични проучвания“ в съответната област. Друг фактор, който влияе върху потребностите, е какъв здравен проблем е актуален в определен времеви период. Такива са инициативите на пациентските организации и комитетите за онкологични, психиатрични и редки заболявания и пр. Интерпретациите на потребностите зависят от културната рамка на общността и културните перспективи за здравето. Различните технологични иновации оказват съществено влияние върху здравните потребности и са зависими от ползите, резултат от тяхното въвеждане. Поради това разбирането и значението на потребностите до голяма степен са контекстуални. От съществено значение е разкриването на естественото напрежение между индивидуална и популационна потребност. Клиницистите са склонни да акцентират върху индивидуалните

потребности и по този начин потребността е дефинирана според това, какво трябва да се направи за конкретния пациент в конкретното време и по възможност с по-малко съображения за разходите за лечение. Тук е съществената разлика с виждането на епидемиолозите и здравните икономисти и техния популационно базиран подход. „Ресурсите са ограничени, но в клиничната практика ограниченията рядко се долавят“ (Stevens и Raftery) [2]. В някои здравни законодателства (Обединеното кралство) напрежението е изместено към клиницистите чрез разпределението на публични бюджети в качеството им на доставчици на здравни услуги и поставянето на задължения за разпределяне на ресурсите при планиране на ниво практики.

Напрежението между индивидуалните и популационните потребности е сравнимо с напрежението, съществуващо между потребност, търсене и предлагане. Поставянето на потребностите редом до търсенето и предлагането е задача, която решават здравните икономисти. Но докато търсенето и предлагането са концепции, съотносими с маркетинговата парадигма, и са основата на микроикономиката, концепцията за потребностите не може да се разположи в подобна рамка. Балансът между предлагане и търсене на здравна помощ не е равен на популационната потребност от такава помощ [2, 4].

Здравни потребности и приоритизиране

Политическите решения за изработване и финансиране на услуги в основния/базовия пакет са тясно свързани с първоначална оценка на потребностите, а приоритизацията на множество изявени потребности е последният етап от процеса на оценката им. Оценката на потребностите и приоритизирането се извършва: 1) между предлаганите услуги; 2) на потенциално нови услуги.

В повечето страни правителствата и здравните власти проучват общественото мнение кои услуги трябва да се приоритизират и финансират с публични средства. Създават се координиращи органи, отговорни да предоставят анализи кои услуги да се договарят, така че населението да има достъп до ефективни здравни дейности по справедлив начин. Приоритизирането се извършва съобразно оценените здравни потребности и включването им в планирането и договарянето на здравни услуги, свър-

зано с националните или регионалните годишни планове. В. Борисов [1] посочва, че приоритетите отразяват предимствената ориентация на вниманието и ресурсите на здравеопазването, т.е. какви видове здравни потребности се удовлетворяват преди всичко. Wright и Walley [13] посочват, че най-тежката част от всяка оценка на потребностите е превеждането на резултатите в политики и практики, които ще доведат до полезна промяна. Една от причините за неуспех е липсата на интегриране на резултатите в планирането и договарянето. Това е посочено и от Jordan и Wright [14], които установяват, че „ако резултатите от оценка на потребностите водят до промени в услугите, отговарящи на идентифицираните потребности, то би трябвало да се обърне достатъчно внимание на планирането и изпълнението“.

К. Чамов [2] приема, че в здравеопазването изборът на приоритети представлява управленски процес, насочен към ранжиране на съществуващи, възникващи или бъдещи здравни проблеми, и този избор осигурява адекватно насочване на национални и/или донорски ресурси за решаване на критични проблеми в области от особена важност.

В проучване на влиянието на оценката на потребностите при планиране на здравните услуги през периода 1995-1999 г. в пет региона на Южна Австралия Fuller et al. [15] установяват, че оценката на потребностите и процесът на регионално планиране са имали малко влияние върху цялостното разпределение на ресурсите за здравни услуги във всеки от регионите и че оценката на потребностите би била по-ефективна, ако е фокусирана върху определен проблем. Те правят извода, че преориентацията на здравните услуги спрямо регионалните планове е бавен процес и само времето може да покаже дали оценката на потребностите би имала съществено влияние в дългосрочен план.

През 1992 г. в Шотландия е изготвена програма на оценка на потребностите (Scottish Needs Assessment Programme – SNAP) [16] като централен и координиран подход за подпомагане с необходимата информация при оценка на потребностите на национално ниво и в рамките на националната здравна служба в Шотландия. В проучване за определяне как се прилага оценката на потребностите за подобряване на здравето, Hanlon et al. [17] отбелязват, че здравните власти са приложили три главни подхода при договаряне. Една трета използвали техническия подход, при-

лагащ формален цикъл на планиране, една четвърт използвали готови схеми с „идентифицирани ясни приоритети“, а останалите – подходи, идентифицирани и заимствани от други региони. Авторите заключават, че шотландските здравни власти се стремят към ситуации, при които оценката на потребностите да бъде водеща в планирането, но признават, че цените и обемите са доминиращи при договарянето.

При международни сравнения много рядко се среща оценка на потребностите, която да е проведена за цялата популация в регион или географска област. Глобалната оценка на потребностите и приоритизация на всички услуги и потребности е рядкост поради трудности в провеждането ѝ. Прегледът на литературата показва примери на оценка по определени заболявания [19], локални услуги [20], планиране при бедствия [21] или дефинирана популация [22], но много малко примери за оценка сред големи популации.

Принципи при приоритизирането

Съществен етап при планиране на здравните услуги след оценка на потребностите от тях е приоритизирането им и включването им в годишните планове при договарянето. В страните, които прилагат моделите на планиране на здравните услуги, исторически се е утвърдил подходът на социалната справедливост на достъпа до публично финансирани здравни услуги, приоритизирани много по-често спрямо набор от морални принципи, отколкото спрямо пазара или въз основа на икономически подходи. Моралният коректив е необходим при достъп до публично финансираните здравни услуги. Приоритизирането, основано на принципи при вземане на решения, се основава на набор от ценности и принципи, които са важни за обществото и в рамките на които се вземат решения. Опити да се състави рамка на приоритизирането, основано на принципи, са правени в Швеция, Холандия, САЩ, Канада и Нова Зеландия [11]. Рамката на приоритизация трябва да предоставя „прецизен, ясно формулиран, етичен и прозрачен процес, основан на съгласието върху набор от принципи, които да насочат към приоритети и разпределение на ресурсите“. При поставянето на приоритети и разпределението на

публичните средства финансиращите органи следва да финансират услуги, които:

1. предоставят полза *(принцип на ефективността*);
2. осигуряват справедлив достъп, но предлагат достатъчно възможност за достъп на индивидите или групите, които имат сходни нива на потребности *(принцип на справедливостта);*
3. в съгласие са с потребностите и ценностите на общностите *(принцип на приемливост);*
4. имат най-добра разход–полза *(принцип на ефикасността).*

Съществуват различни начини за идентифициране на приоритетите и това често включва форми на ранкиране/подреждане. Могат да се използват различни критерии при ранкиране на приоритетите, като място на здравния проблем (като болестност и заболяемост), неговата тежест в смисъл на смъртност, наличие на ефективни интервенции, приложимост на ниво първична помощ (или други нива според скалата на оценяване), нивото на груповите интереси, разходите и наличните ресурси.

Здравни услуги и финансиране с публични средства в здравните системи, ориентирани към потребностите

В Обединеното кралство локусът на оценката на потребностите постепенно се е изместил от регионалните здравни власти към тръстовете за първична помощ (Primary Care Trust – PCTs), които са отговорни за договарянето на услугите за повече от 200 хил. души [14, 18]. Решенията за поставяне на приоритети и разпределение на ресурсите се вземат след консултации с ключовите заинтересовани страни в регионите, каквито са местното население и GP. В малко на брой случаи се стига до изключване от финансиране на някои услуги, но повечето регионални здравни власти се ограничават до промени във вътрешно прегрупиране на услугите в техните планове и приоритетите спрямо някои спорни услуги, без да ги оставят нефинансирани [24]. Един от ефектите по отделяне на отговорностите за закупуване от предоставянето на услуги е насърчаването на регионалните здравни власти да търсят модели за изразходване на средствата и адаптиране на толкова критикуваното генерирано от лекарите търсене на услуги.

В Холандия рамката за дефиниране на основните здравни услуги, развита от холандския правителствен комитет (Dunning committee, Netherlands Government Committee on Choices in Health care), се основава на осъзнатото решение на обществото да бъде потребител, готов да плати за здравна помощ; потребност от създаване на повече конкуренция в системата и потребност да се защити този, който е уязвим и слаб [25, 26]. Включването на обществеността в определянето на приоритетите, основани на потребностите от здравни услуги, е обхванало дълъг период на публични консултации, последвани от публикуването на доклада на комитета. В дискусии за решенията в здравния сектор са били включени около 60 организации. Консултациите са започнали през 1991 г. и са приключили през 1995 г. Още преди публикуването на Холандския доклад в политическите кръгове се е разпространявал „черен списък“ с услугите, които трябва да бъдат премахнати от основния пакет, а след публикацията първоначалната стратегия и използваните критерии са били подложени на критика. Комитетът очертава рамката на услугите, които ще се финансират с публични средства, включвайки четири филтъра („холандската фуния“): потребност, ефективност, ефикасност, лична отговорност. Холандският комитет защитава позицията, че филтрирането на услугите трябва да бъде от гледна точка на общността, от професионална гледна точка и от гледна точка на личността, като доминираща е гледната точка на общността. Изготвя се базов пакет услуги, който се финансира с публични средства.

В Швеция към Парламента е създадена комисия по приоритетите (Parliamentary Priorities Commission), ръководена от обществен комитет и здравни професионалисти. През януари 1994 г. е проведено проучване на общественото мнение чрез въпросници, в което са били включени 1500 души. Постига се 75% честота на отговорите. Голяма част от отговорилите посочват, че медицинската помощ трябва да бъде оказвана основно на хора с тежки заболявания; че на терминалните грижи трябва да бъде отдадено също толкова важно значение, както при спешните грижи [24]. Услугите, които би могло да бъдат съкратени, включват козметични услуги, програми за отказване от тютюнопушене, инвитро фертилизацията и някои неинформативни изследвания при раждането.

През 1989 г. в щата Орегон, САЩ, се предприема противоречив експеримент във финансирането на здравната помощ [27, 28, 29]. Планира се включването на неосигурени лица към програма на Medicaid, а заплащането за това разширяване се постига чрез редуциране на пакета здравни услуги, предлаган в системата на Medicaid, при което биха били покрити повече лица, но с помалко услуги. „Планът Орегон“ предоставя важни уроци за стремежа на нацията да разшири здравното покритие в епохата на ограничените бюджети. Рамката, изработена от Комисията за здравни услуги в Орегон (Oregon Health Services Commission), използва формула за ранкиране (подреждане) на здравните услуги и създаване на основен (базов) пакет, включвайки обществената полза чрез публично консултиране. Комисията е създадена през 1989 г. и приключва своята работа през 1991 г., като през цялото време членовете на комисията не получават хонорари за участие. Комисията опитва различни методи за поставяне на приоритети, започвайки с подходи, основани на икономически оценки. Стигнало се до аномалии в резултатите, поради което били изоставени, и комисията се насочила към критичен подход, съчетан с публични консултации. В резултат била изработена листа от 700 състояния и подходящи лечения, като медицинските услуги били оценени според способността им да поддържат живота, да го възстановят до асимптомно ниво, да са разходефективни и да са в съгласие с обществения интерес.

Планът е приет за разглеждане и е въведен на федерално ниво последователно от администрациите на Джордж Буш-старши, през 1991 г. и на Бил Клинтън през 1993 г. На 1 февруари 1994 г., пет години след решението за неговото разработване, планът е приведен в действие.

В Канада рамката на услугите е разработена от работна група за основен и разширен пакет услуги (Working Group on Core and Comprehensive Services). Предназначена е да подпомогне систематичното планиране на основните здравни услуги. Ключът е гъвкавостта, потребителите могат да я адаптират спрямо своите потребности и обстоятелствата. Рамката не гарантира ефективността на всяка здравна услуга, нито определя кои услуги трябва да се финансират и кои – не. Предложената от работната група рамка включва три нива на вземане на решения: микрониво, което се занимава с индивидуалните решения за предоставе-

ните услуги на пациентите от лекарите и други доставчици; мезониво, което включва здравните институции (вкл. и болниците), обществени групи, и професионалния персонал и техните решения на ниво на общността, и макониво, което се занимава с процесите на системно ниво, напр. правителство, електорат като цяло. Проучвателните процеси на всяко ниво предоставят възможност за включване на всеки от трите елемента – пациенти, доставчици и финансираща институция. Най-важните съгласуващи величини при определяне на основните услуги са качеството на помощта, етиката и икономикса [25].

В Нова Зеландия през 1992 г. правителството създава Core Services Committee, който трябва да препоръча услугите, които да бъдат включени в публично финансираната здравна система, след оценка на потребностите. Комитетът решава, че не е приемливо да се изработва листа от услуги в стил Орегон [24]. Вместо това той излиза със становище, че трябва да се предоставят съществуващите вече услуги, след което започва процес на определяне на приоритети в специфични области на предоставяне на услугите. Това е осъществено чрез редица методи, включително консенсусни конференции, преглед на публикуваните проучвания и международни доказателства, експертни оценки на съществуващите практики, затворени работни групи, публични консултации. В повечето случаи целта е да се очертаят насоки за по-важните услуги, които да бъдат предложени на ресорния министър на здравеопазването. Мнението на комитета е, че не трябва да бъдат изключвани всички категории здравни грижи, понеже това би довело до дискриминация на тези, които биха имали полза от тези грижи. Една от целите на насоките е да се идентифицират прицелните групи, които в най-голяма степен биха имали полза от предоставените услуги.

В Германия през 2006 г. правителството представя закон за всеобхватна реформа на здравната система, който влиза в сила през 2007 г. и цели насърчаването на конкуренцията между здравните застрахователи и предоставянето на здравна помощ, нарастването на ефективността и подобряването на качеството чрез повече стимули за по-добра координация на помощта. Чрез този закон на правителството се цели подобряване на баланса между потребността от реформа и изричния ангажимент да се гарантира универсалният достъп до основна здравна помощ,

независимо от способността за плащане. Експертите по здравна политика критикуват правителството за твърде лесното отстъпване под натиска на заинтересованите групи, както и за това, че настоящите реформи не са основани на оценката на здравните потребности [30].

Различните страни осъществяват оценката на здравните потребности и определянето на приоритетите по различен начин. Подходите са описани в стратегии и включват действия при вземане на решения на различни нива. Някои от тези действия са на политическо ниво, в смисъл на поставяне на приоритети за системата като цяло. Някои са на клинично ниво, осигурявайки лечение на пациентите в съответствие с приоритети, основани на резултати от проучвания. Съществуват вариации в националните рамки, при които се извършва определянето на приоритетите. Има ключова разлика между разпределяне на услугите чрез изключване или чрез указания. Планът Орегон избира разпределянето чрез изключване. В Нова Зеландия Core Services Committee отказва изключването и вместо това се концентрира върху изготвяне на насоки за предлагане на специфични услуги. Холандия намира начин да съчетае тези два подхода, като изключва някои услуги от здравния пакет, докато насочва приоритетите към развитието на насоки, предложени от здравните асоциации.

Ключовите решения по мястото на приоритетите трябва да се преразглеждат редовно, имайки предвид динамичната природа на здравните системи и услуги. Решенията трябва да са съобразени с наличните ресурси, с информацията за здравните потребности на популациите, доказателствата за разход и ефективност на наличните интервенции, предпочитанията на популацията, оценката на това, кое е политически приемливо, и разбира се – ползите, които носят. Едно ясно послание от международния опит е това, че разпределението на здравната помощ не трябва да бъде отделяно от ползите за здравето.

Библиография

1. Борисов, В. Синтетична социална медицина (учебен компендиум). С., 1999.
2. Чамов, К. и А. Кехайов. Технология на избор на приоритети в здравеопазването. – Здравен мениджмънт, **6**, 2006, № 6, 51-55.

3. С и д ж и м о в а , Д. Връзки с обществеността в сферата на здравеопазването. – Здравен мениджмънт, 2008, № 3, 95-99.
4. S t e v e n s , A. et J. Raftery (Eds.). Health Care Needs Assessment: The Epidemiologically Based Reviews. Oxford, Radcliffe Medical Press. 1997.
5. W r i g h t , J. et J. Walley. Assessing health needs in developing countries. – Br. Med. J., **316**, 1998, 1819-1823.
6. W i l k i n , D. S. Gillam et A. Coleman. The National Tracker Survey of Primary Care Groups and Trusts 2000/2001: Modernising the NHS? Manchester, National Primary Care Research and Development Centre, University of Manchesterp 2001.
7. P e r r y , P. A. et T. Hotze. Oregon`s Experiment with Prioritizing Public Health Care Services – Am. Med. Assoc. J. Ethics, **13**, 2011, № 4, 241-247.
8. L i s a c , M. Health care reform in Germany: Not the big bang. HealthPolicy-Monitor. http://hpm.org/.

✉ **Адрес за кореспонденция:**
Д-р Малина Овчарова-Гърдева
Факултет по обществено здраве
Медицински университет
ул. „Бяло море” № 8
1527 София
e-mail: mgardeva@yahoo.com