



МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – ПЛОВДИВ
ФАКУЛТЕТ „ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ“
КАТЕДРА „ОБЩЕСТВЕНОЗДРАВНИ НАУКИ“

Лекция № 3

**ЗДРАВНИ СИСТЕМИ В
РАЗВИТИТЕ СТРАНИ**

Проф. д-р Силвия Александрова-Янкуловска, д.м.н.

Доц. д-р Гена Грънчарова, д.м.

The background of the slide features a repeating, light gray floral and vine pattern on a white background. The pattern consists of stylized leaves, scrolls, and flower-like motifs arranged in a symmetrical, repeating fashion.

1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ НА ОСНОВНИТЕ ПОНЯТИЯ

ЗДРАВНА ПОЛИТИКА

1 - СИСТЕМА ОТ ДЪЛГОСРОЧНИ ПОЛИТИЧЕСКИ РЕШЕНИЯ, КОИТО ДАДЕНА СТРАНА ПРИЕМА В ОБЛАСТТА НА ОПАЗВАНЕ ЗДРАВЕТО НА НАСЕЛЕНИЕТО.

2 - ОФИЦИАЛНО СТАНОВИЩЕ НА ДАДЕНА СТРАНА ПО ОТНОШЕНИЕ НА ЗДРАВЕТО И ПЪТИЩАТА ЗА НЕГОВОТО ОПАЗВАНЕ.

3 - КОМПЛЕКС ОТ РЕШЕНИЯ И МЕРОПРИЯТИЯ В ОТГОВОР НА КОНКРЕТНИ ЗДРАВНИ ПОТРЕБНОСТИ, СЪОБРАЗЕНИ С НАЛИЧНИТЕ РЕСУРСИ НА ЗДРАВНАТА СЛУЖБА И С ТЕНДЕНЦИИТЕ НА ОБЩАТА И СОЦИАЛНА ПОЛИТИКА.

ЗДРАВНА ПОЛИТИКА

4 – СРЕДСТВО, ПРИЛАГАНО С ЦЕЛ ДА СЕ ПРЕДИЗВИКАТ ОРГАНИЗИРАНИ УСИЛИЯ ЗА ПРИВЛИЧАНЕ НА ОБЩЕСТВЕНИЯ ИНТЕРЕС КЪМ ПРОБЛЕМИТЕ НА ЗДРАВЕТО, ЗА ПРЕДОТВРАТЯВАНЕ НА БОЛЕСТИТЕ, ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ И УКРЕПВАНЕ НА ЗДРАВЕТО ЧРЕЗ ПРИЛАГАНЕ НА НАУЧНИ ЗНАНИЯ И ПОДХОДЯЩИ ТЕХНОЛОГИИ.

ЦЕЛ

- мобилизиране на обществения интерес

ДЕЙСТВИЕ, което трябва да се постигне

- организирани усилия на обществото

РЕЗУЛТАТ

- да се осигури прилагането на съответни знания и технологии за решаване на здравни проблеми

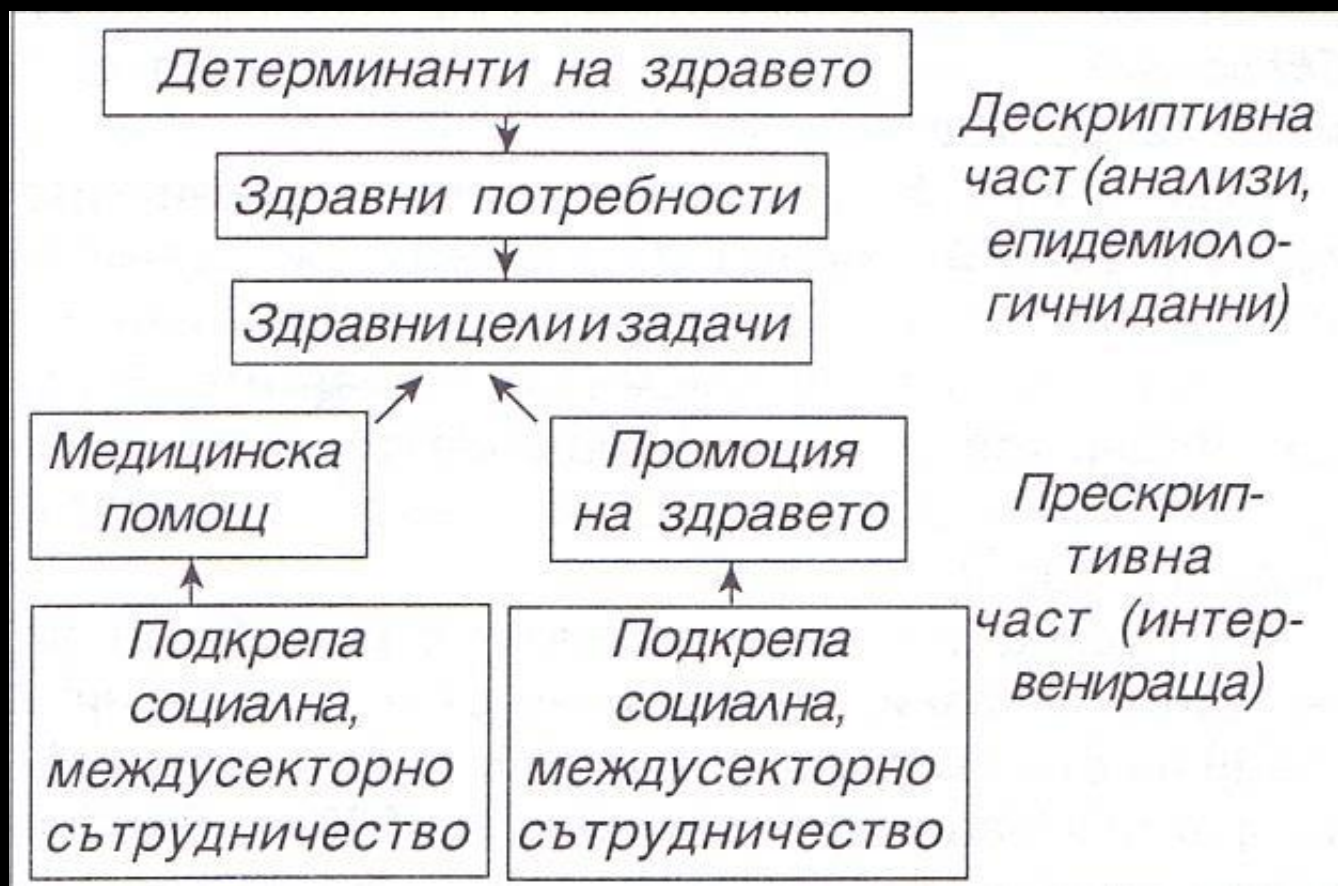
ОБЕКТ

- обществени процеси, сили и институции, които оказват влияние и от които зависи здравето

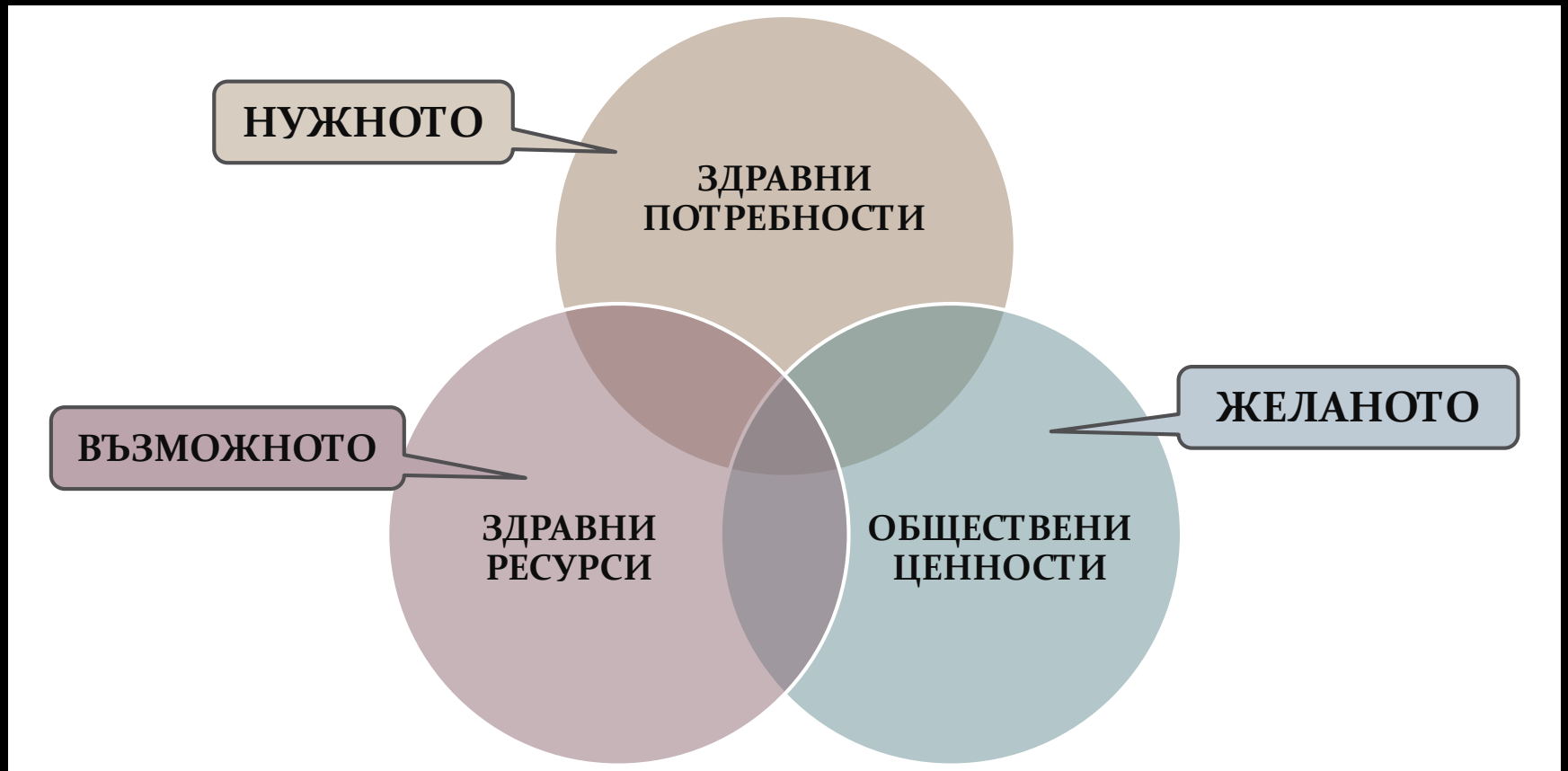
ПРЕДМЕТ

- подходите за привличане на обществения интерес

СТРУКТУРА НА ЗДРАВНАТА ПОЛИТИКА



ФОРМИРАНЕ НА ЗДРАВНАТА ПОЛИТИКА



**ПОДХОД ЗА ИЗГРАЖДАНЕ НА
РЕАЛИСТИЧНА ЗДРАВНА ПОЛИТИКА
/ПРИМЕР С ХОЛАНДИЯ/**



Изходен, най-широк критерий

Главен ограничителен критерий

Допълнителен ограничителен критерий

ИНСТРУМЕНТИ НА ПОЛИТИКАТА

ИНФОРМАЦИЯ

ЗАКОНОДАТЕЛСТВО

СТИМУЛИ И
МОТИВИ

УЧРЕЖДЕНИЯ

ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ

- ☞ Включва определянето на *крайните цели*, ресурсите и темповете за тяхното постигане:
 - ✓ Какво?
 - ✓ Какви ресурси са необходими?
 - ✓ Къде да се съсредоточат?
 - ✓ Как да се разположат във времето?
- ☞ Представява преди всичко *интелектуална дейност* – анализи, обобщаване, оценка, разработване на варианти.
- ☞ *Устойчива* и *относително постоянна*.

ЗДРАВНА ПОЛИТИКА

- ☞ Отразява *тактиката*, конкретизираните цели за постигане на крайната цел.
- ☞ Ориентирана към главните, кардиналните решения.
- ☞ *Подвижна* и *конкретна*.

ЗДРАВЕН МЕНИДЖМЪНТ

- ☞ *Конкретна реализация* на здравната политика чрез специфични управленски технологии.
- ☞ Здравна политика в действие.
- ☞ Насочен предимно към ежедневната дейност на здравната служба.

ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ

**КАКВО ИСКАМЕ ДА ПОСТИГНЕМ, КАКВИ
РЕСУРСИ СА НЕОБХОДИМИ, КЪДЕ ДА СЕ
СЪСРЕДОТОЧАТ И КАК ДА СЕ РАЗПРЕДЕЛЯТ ВЪВ
ВРЕМЕТО.**

ЗДРАВЕН МЕНИДЖМЪНТ

**КОНКРЕТНАТА РЕАЛИЗАЦИЯ НА ЗДРАВНАТА
ПОЛИТИКА ЧРЕЗ СПЕЦИФИЧНИ
УПРАВЛЕНЧЕСКИ ТЕХНОЛОГИИ ЗА ПОСТИГАНЕ
НА ЕФЕКТИВНОСТ НА СИСТЕМАТА.**



**НИВА НА ЗДРАВНА
ПОЛИТИКА И ЗДРАВНИ
ОРГАНИ**

ЗДРАВНИ ОРГАНИ

НАЦИОНАЛНО НИВО

РЕГИОНАЛНО НИВО

- Регионални здравни инспекции

ОБЩИНСКО НИВО

- Комисии по здравеопазване в Общинските съвети

НИВО НА ЗДРАВНОТО ЗАВЕДЕНИЕ

- Съвет на директорите, Изпълнителен директор и Консултативни органи (медицински съвет, лечебно-консултативна комисия и др.)

ЗДРАВНИ ОРГАНИ НА НАЦИОНАЛНО НИВО

• Народно събрание

Законодателна
власт

• Парламентарна
комисия по
здравеопазване

Обсъжда и
внося за
разглеждане

• Министерски
съвет -
Министерство на
здравеопазването

Координира
всички здравни
дейности



**ПРИОРИТЕТИ НА
ЗДРАВНАТА ПОЛИТИКА
В РАЗВИТИТЕ СТРАНИ**

**ПРИОРИТЕТИ НА ЗДРАВНАТА ПОЛИТИКА В
РАЗВИТИТЕ СТРАНИ**

1

ИНТЕГРАЛЕН ПОДХОД В УПРАВЛЕНИЕТО И ФУНКЦИОНИРАНЕТО НА ЗДРАВНИТЕ СИСТЕМИ

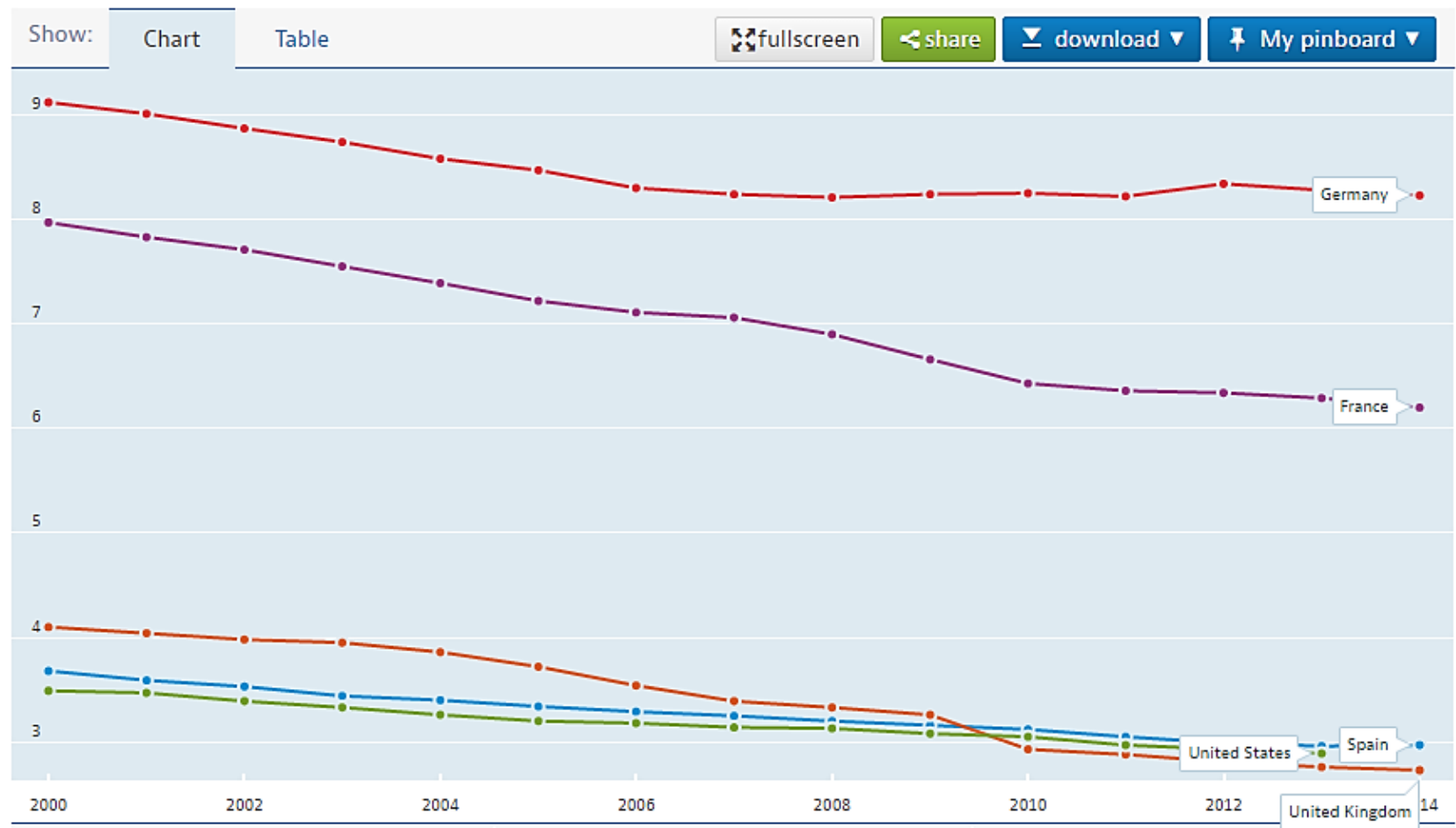
- междусекторно сътрудничество;
- междуведомствената координация;
- взаимодействие между нивата на медицинска помощ - първична, вторична и третична.

ПРЕОРИЕНТИРАНЕ ОТ БОЛНИЧНА ПОМОЩ КЪМ РАЗШИРЯВАНЕ НА ПЪРВИЧНИ ЗДРАВНИ ГРИЖИ

2

Hospital beds Total, Per 1 000 inhabitants, 2000 - 2014

Source: Health care resources

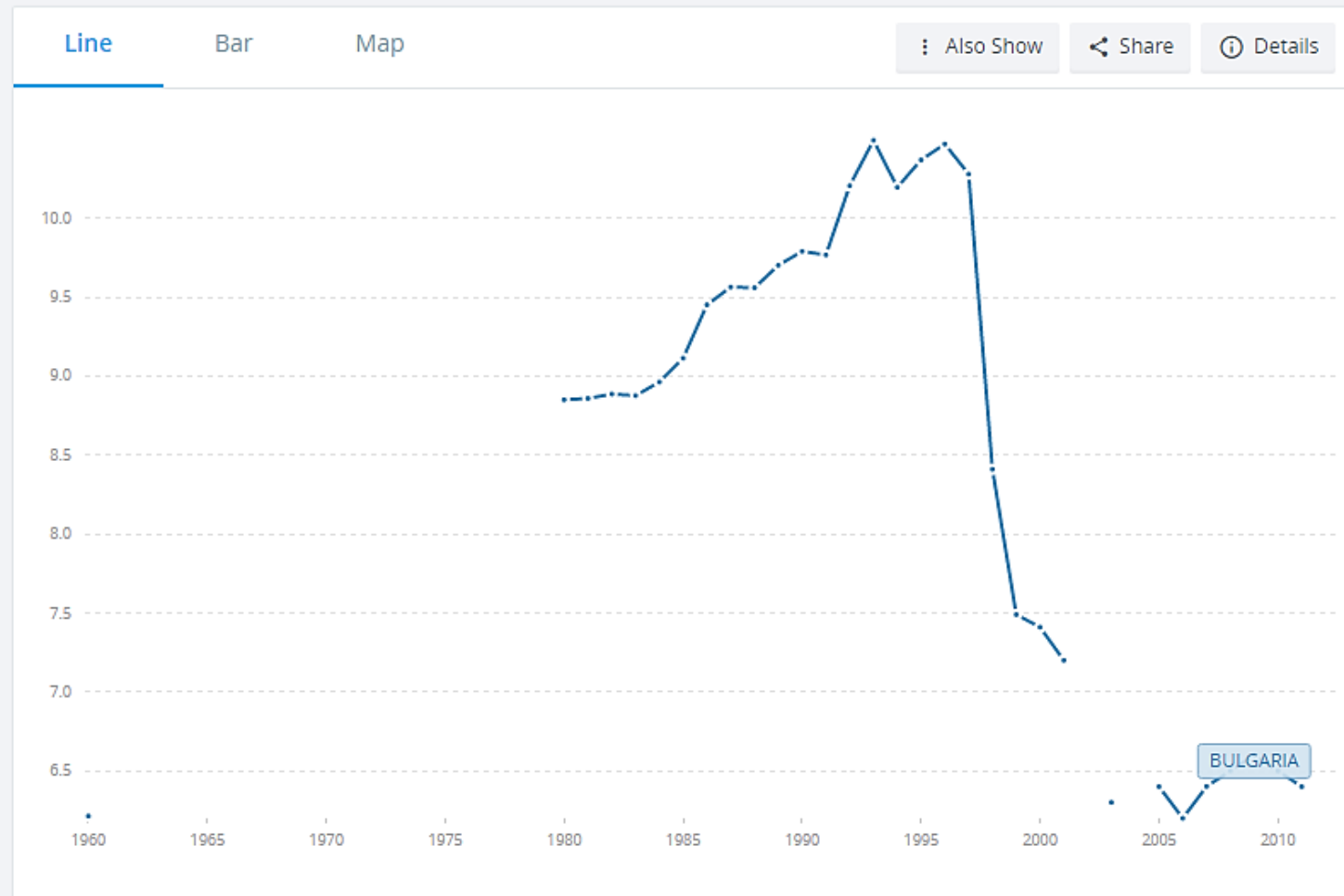


ПРЕОРИЕНТИРАНЕ ОТ БОЛНИЧНА ПОМОЩ КЪМ РАЗШИРЯВАНЕ НА ПЪРВИЧНИ ЗДРАВНИ ГРИЖИ

Hospital beds (per 1,000 people)

Data are from the World Health Organization, supplemented by country data.

License: [Open](#)



1960 - 2011



ПРЕОРИЕНТИРАНЕ ОТ БОЛНИЧНА ПОМОЩ КЪМ РАЗШИРЯВАНЕ НА ПЪРВИЧНИ ЗДРАВНИ ГРИЖИ

Table 1. Health care employment, and expenditure, WHO Health for all and OECD Health data

	Primary health care centres per 100000 ¹		Hospital beds per 100000 ¹		Average length of stay ¹		Physicians per 100000 ¹		GP per 100000 ¹		Nurses per 100000 ¹		Hospital services % TEH ²		Ambulatory care % TEH ²	
	1994	2006	1994	2006	1994	2006	1994	2006	1994	2006	1994	2006	1994	2005	1994	2005
Austria	...	...	849.6	764.9	10.0	6.9	254.1	365.8	120.8	150.8	482.2	628.4	...	...	...	...
Belgium	...	...	745.0	528.5	11.7	8.4	373.6	422.8	151.2	177.3 ⁿ	1063.3	1341 ^m	35.3 ^l	29.9	28.6 ^l	
Bulgaria		22.0	1019.6	622.1	13.6	7.5	332.7	366.5	76.3	66.8	601.3	411.9	...	...	...	...
Croatia	2.8	72.8	590.9	545.9	13.8	9.9	201.1	253.4	75.9	66.4	411.9	526.0	...	...	...	...
Cyprus	...	...	508.3	371.5	...	...	239.1	252.9	...	...	426.6	435.9	...	...	...	...
Czech Rep.	190.5	234.5	982.2	825.1	13.9	10.8	293.2	356.4	69.2	70.5	874.9	846.4	48.0 ^g	43.7	22.8 ^g	23.4
Denmark	...	...	497.4	364.5	6.4	5.3	247.0	319.7	74.5	77.5	894.2	961.3	47.0	42.3	18.2	19.8
Estonia	47.3	62.2	856.1	564.8	14.2	7.8	320.0	328.5	46.9	63.5	632.3	655.2	...	...	...	...
Finland	4.8	4.4	809.4	696.1	13.3	10.0 11.7	269.2	328.6	138.7	95.9	469.7	855.2	36.6 ^b	34.2	26.8 ^b	28.6
France	...	...	891.8	716.8	11.7	1 ^l	319.0	337.8	162.2	165.1	594.1	764.4	44.4	34.7	25.2	26.5
Germany	...	...	971.3	829.1	14.0	10.1	299.9	345.0	121.2	99.1	726.4 ^d	781.2	32.1	29.0	28.7	28.6
Greece	...	...	490.7	481.7	9.0	7.9 ^m	383.6	534.6	...	...	255.3 ^z	326.8	...	...	...	...
Hungary	2.6	4.4	930.3	791.7	11.3	7.8	294.1	303.6	62.9	65.1	782.5	904.1	35.3 ^e	32.9	19.0 ^e	20.6
Ireland	...	...	707.0	533.9	7.7	7.1	198.8	287.4	46.4	69.4	1149.8	1542.9	...	...	...	...
Italy	31.1 ^l	30.8	596.7	393.9	10.8	7.6 ⁿ	371.2	365.4	80.9	91.6	522.4	700.7	...	...	...	...
Latvia	39.7	112.6	1205.5	760.8	16.4	9.6	306.0	314.7	3.0	56.1	640.3	541.9	...	...	...	...
Lithuania	11.0	29.4	1128.4	798.8	15.9	10.0	409.1	398.0	38.9	76.6	947.4	741.5	...	...	...	...
Luxembourg	...	...	1100.3	...	15.5	15. ^c	215.4	290.0 ⁿ	77.3	92.5 ⁿ	680.0	1023.1 ⁿ	...	...	...	...
Malta	...	...	562.1	754.8	...	...	...	384.8	...	...	374.8 ^h	560.9	...	...	...	...
Netherlands	...	...	537.6	445.8	14.5	10.8	...	382.3	45.6	51.9	902.5 ^z	1479.3	35.2 ^e	34.9 ^m	23.9 ^e	22.3 ^m
Norway	...	...	419.5	411.8	8.4	7.2	278.5	374.1	75.3	75.3	1494.7	1553.6	37.3 ^d	35.5	24.5 ^d	25.4
Poland	...	...	634.2	516.2	11.1	6.4	227.6	203.2	...	...	541.1	468.8	27.1 ^l	27	28.2 ^l	26.5
Portugal	24.4	21.9 ⁿ	430.5	345.4	9.5	8.7 ⁿ	290.2	342.7 ⁿ	61.9	56.1 ⁿ	319.8	481.4	36.3 ^g	35.8	30.7 ^g	31.7
Romania	26.4	54.5	769.5	654.3	10.3	7.8	176.5	192.1	74.8	68.7	433.8	397.4	...	...	...	...

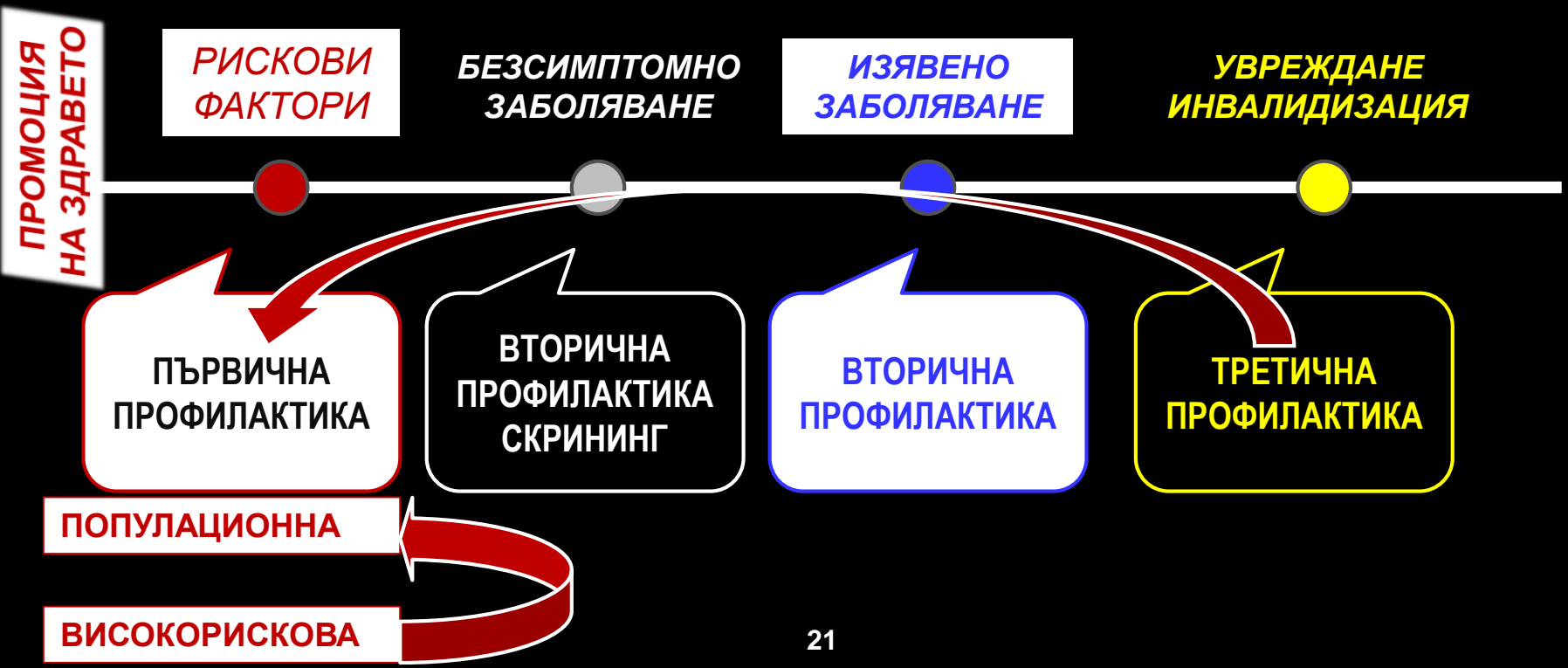
3

ДЕЦЕНТРАЛИЗАЦИЯ И РЕГИОНАЛИЗАЦИЯ НА ЗДРАВНИТЕ ДЕЙНОСТИ

Децентрализация на вземането на управленски решения и засилване ролята на местните нива.

4

НОВИ ПОДХОДИ КЪМ ПРОФИЛАКТИКАТА И ПРОМОЦИЯТА НА ЗДРАВЕТО



5

ЗДРАВНА САМОПОМОЩ И ВЗАИМОПОМОЩ НА НАСЕЛЕНИЕТО

6

***УСКОРЕНО ВНЕДРЯВАНЕ НА НОВИ
ДИАГНОСТИЧНИ, ПРОФИЛАКТИЧНИ И ЛЕЧЕБНИ
ТЕХНОЛОГИИ***

7

***БЪРЗО РАЗВИТИЕ НА ИНФОРМАТИКАТА И
ПРИЛОЖЕНИЕТО Й В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО.***

8

***ПОВИШЕНО ВНИМАНИЕ КЪМ КОНТРОЛА НА
КАЧЕСТВОТО И ОЦЕНКАТА НА ЗДРАВНИТЕ
ДЕЙНОСТИ.***

9

ПАЗАРНА ОРИЕНТАЦИЯ НА СЪВРЕМЕННИТЕ ЗДРАВНИ СИСТЕМИ.

10

***УСЪВЪРШЕНСТВАНЕ НА ЗДРАВНОТО
ЗАКОНОДАТЕЛСТВО И РАЗВИТИЕ НА ЗДРАВНИЯ
МЕНИДЖМЪНТ.***



**ТИПОЛОГИЯ НА
ЗДРАВНИТЕ СИСТЕМИ В
РАЗВИТИТЕ СТРАНИ**

КРИТЕРИИ ЗА ХАРАКТЕРИСТИКА НА МОДЕЛИТЕ НА ЗДРАВНИТЕ СИСТЕМИ

1. Ролята на държавата по отношение на собствеността и организацията на дейността на здравните институции.
2. Източниците на ресурси и тяхното управление.
3. Степен на пазарност.
4. Начин на покриване на потребностите – ориентация към предлагането или към търсенето на медицинска помощ.
5. Устойчивост на системата.



**СИСТЕМА НА
ДЪРЖАВНИЯ
МОНОПОЛИЗЪМ**

**ДЪРЖАВНО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ
Национална здравна служба (система на Бевъридж)**

ОСНОВНИ ХАРАКТЕРИСТИКИ НА ДЪРЖАВНИЯ МОНОПОЛИЗЪМ

1. ДЪРЖАВАТА Е СОБСТВЕНИК НА ЗДРАВНИТЕ ИНСТИТУЦИИ И НА РЕСУРСИТЕ (С ИЗКЛЮЧЕНИЕ НА ПЕРСОНАЛА).
2. ДЪРЖАВНО ЦЕНТРАЛИЗИРАНО УПРАВЛЕНИЕ НА РЕСУРСИТЕ.
3. ПО-СЛАБО РАЗВИТИЕ НА ПАЗАРНИТЕ МЕХАНИЗМИ.
4. ЗДРАВНИТЕ ДЕЙНОСТИ СА ОРИЕНТИРАНИ ПРЕДИМНО КЪМ ПРЕДЛАГАНЕТО, А НЕ КЪМ ТЪРСЕНЕТО НА ЗДРАВНА ПОМОЩ, КОЕТО СНИЖАВА ЕФЕКТИВНОСТТА НА СИСТЕМАТА.
5. ТИПИЧНА Е ЗА СЕГАШНИТЕ И БИВШИТЕ СОЦИАЛИСТИЧЕСКИ СТРАНИ. ИМА. ОБАЧЕ И ПРИМЕРИ НА НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНА СИСТЕМА В НЯКОИ СИЛНО РАЗВИТИ СТРАНИ КАТО ВЕЛИКОБРИТАНИЯ, ДАНИЯ, ИСПАНИЯ И ДР.

АНГЛИЙСКО ДЪРЖАВНО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

НАЦИОНАЛНА ЗДРАВНА СЛУЖА ВЪВ ВЕЛИКОБРИТАНИЯ, ВЪВЕДЕНА ПРЕЗ 1948 Г. ОТ ЛОРД БЕВЪРИДЖ.

85% ФИНАНСИРАНЕ ОТ ДЪРЖАВНИЯ БЮДЖЕТ

10% ВНОСКИ НА РАБОТЕЩИТЕ

5% СРЕДСТВА, ПОСТЪПВАЩИ ОТ ПАЦИЕНТИТЕ ЗА ИЗПИСАНИ РЕЦЕПТИ, НЯКОИ ПЛАТЕНИ УСЛУГИ В СТОМАТОЛОГИЯТА, ДОПЪЛНИТЕЛНО ЗАПЛАЩАНЕ ЗА ПО-ДОБРИ УСЛОВИЯ ПРИ БОЛНИЧНО ЛЕЧЕНИЕ И ДР.

ОТ НАЧАЛОТО НА 1990-ТЕ БРИТАНСКОТО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ СЕ РЕФОРМИРА ЧРЕЗ ВЪВЕЖДАНЕ НА ПАЗАРНИ МЕХАНИЗМИ (1990 Г. – БЯЛАТА КНИГА НА МАРГАРЕТ ТАЧЕР) И ПРЕДОСТАВЯНЕ НА ПО-ГОЛЕМИ ПРАВА НА МЕСТНИТЕ ОРГАНИ НА УПРАВЛЕНИЕ (РЕФОРМАТА ОТ 2013 Г.)



**СИСТЕМА НА
ЛИБЕРАЛНИЯ
ПЛУРАЛИЗЪМ**

**ПРЕДИМНО ЧАСТНА ФОРМА НА
ЗДРАВНО ОБСЛУЖВАНЕ**

ОСНОВНИ ХАРАКТЕРИСТИКИ НА ЛИБЕРАЛНИЯ ПЛУРАЛУЗЪМ /САЩ/

- 1. ИКОНОМИЧЕСКИ ЛИБЕРАЛИЗЪМ (ИКОНОМИЧЕСКА СВОБОДА) И ПЛУРАЛИСТИЧНА СОБСТВЕНОСТ НА РЕСУРСИТЕ.**
- 2. ПРЕОБЛАДАВАНЕ НА ЧАСТНИЯ СЕКТОР, ОСОБЕНО В ПЗП, КЪДЕТО РАБОТЯТ НЕ САМО ОБЩОПРАКТИКУВАЩИ ЛЕКАРИ, НО И СПЕЦИАЛИСТИ.**
- 3. ВТОРИЧНАТА ЗДРАВНА ПОМОЩ СЕ ОКАЗВА В ЧАСТНИ БОЛНИЦИ (НАД 70%), В БОЛНИЦИ ПОДДЪРЖАНИ ОТ РЕЛИГИОЗНИ И БЛАГОТВОРИТЕЛНИ ОРГАНИЗАЦИИ И МАЛЪК БРОЙ ДЪРЖАВНИ БОЛНИЦИ.**

ОСНОВНИ ХАРАКТЕРИСТИКИ НА ЛИБЕРАЛНИЯ ПЛУРАЛУЗЪМ /САЩ/

- 4. ТРЕТИЧНАТА ПОМОЩ СЕ ОКАЗВА ОТ МЕДИЦИНСКИ ЦЕНТРОВЕ, АСОЦИИРАНИ КЪМ МЕДИЦИНСКИТЕ УЧИЛИЩА.**
- 5. УСТОЙЧИВОСТ НА СИСТЕМАТА ПОРАДИ ВИСОКА РЕСУРСНА ОБЕЗПЕЧЕНОСТ И ПАЗАРНОСТ. ДЪРЖАВАТА ГАРАНТИРА ЗДРАВНОТО ЗАКОНОДАТЕЛСТВО, НО ИМА ОГРАНИЧЕНА РОЛЯ В ОРГАНИЗАЦИЯТА И ОКАЗВАНЕТО НА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ.**
- 6. ФИНАНСИРАНЕ ОТ МНОЖЕСТВО ИЗТОЧНИЦИ, ОСНОВНО ЧРЕЗ ЧАСТНО ЗДРАВНО ЗАСТРАХОВАНЕ.**

УЧАСТИЕТО НА ФЕДЕРАЛНОТО ПРАВИТЕЛСТВО И НА ПРАВИТЕЛСТВАТА НА ОТДЕЛНИТЕ ЩАТОВЕ ЧРЕЗ ДВЕ ПРОГРАМИ.

1. *MEDICARE* Е ПРОГРАМА НА ФЕДЕРАЛНОТО ПРАВИТЕЛСТВО, СЪЗДАДЕНА ПРЕЗ 1965 Г., ОБХВАЩА ВСИЧКИ ЛИЦА НАД 65 Г. И ИНВАЛИДИТЕ КАТО ОБЕЗПЕЧАВА БЕЗПЛАТНО БОЛНИЧНО ЛЕЧЕНИЕ В ТЕЧЕНИЕ НА 120 ДНИ ЕДИН ПЪТ СЛЕД НАВЪРШВАНЕ НА 65 Г. И ДО 60 ДНИ ЕЖЕГОДНО, КАКТО И ПОКРИВАНЕ НА РАЗХОДИ ЗА АМБУЛАТОРНА ПОМОЩ И ЛЕЧЕНИЕ НА ОСТРИ СЪСТОЯНИЯ, НО НЕ ПОКРИВА РАЗХОДИТЕ ЗА ЛЕКАРСТВА И ПРОДЪЛЖИТЕЛНА ПОМОЩ.

2. *MEDICAID* Е ПРОГРАМА, ФИНАНСИРАНА ОТ ФЕДЕРАЛНОТО ПРАВИТЕЛСТВО И ПРАВИТЕЛСТВАТА НА ЩАТОВЕТЕ И ПРЕДОСТАВЯ БЕЗПЛАТНИ ЗДРАВНИ УСЛУГИ НА ЛИЦАТА, ЖИВЕЕЩИ ПОД ОПРЕДЕЛЕН СОЦИАЛЕН МИНИМУМ.

ОТ ДВЕТЕ ПРОГРАМИ ГОДИШНО СЕ ПОЛЗВАТ НАД 50 МИЛИОНА ДУШИ И ТОЗИ БРОЙ ЕЖЕГОДНО НАРАСТВА С УВЕЛИЧАВАНЕТО НА СРЕДНАТА ПРОДЪЛЖИТЕЛНОСТ НА ПРЕДСТОЯЩИЯ ЖИВОТ.



**СИСТЕМА НА
ОГРАНИЧЕНИЯ
ЕТАТИЗЪМ**

ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНА СИСТЕМА

ОСНОВНИ ХАРАКТЕРИСТИКИ НА ЗДРАВНОТО ОСИГУРЯВАНЕ

- 1. СИЛНО ЗДРАВНО ЗАКОНОДАТЕЛСТВО
ГАРАНТИРАНО ОТ ДЪРЖАВАТА И ЗНАЧИТЕЛНО
УЧАСТИЕ НА МЕСТНОТО САМОУПРАВЛЕНИЕ.**
- 2. ПЛУРАЛИСТИЧНА (ОБЩЕСТВЕНА И ЧАСТНА)
СОБСТВЕНОСТ НА РЕСУРСИТЕ.**
- 3. РАЗВИТИ ПАЗАРНИ МЕХАНИЗМИ И ПЪЛНО
ПОКРИВАНЕ НА ПОТРЕБНОСТИТЕ.**

ОСНОВНИ ХАРАКТЕРИСТИКИ НА ЗДРАВНОТО ОСИГУРЯВАНЕ

4. ОРИЕНТАЦИЯ КЪМ ТЪРСЕНЕТО НА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ И ШИРОКО ПРЕДЛАГАНЕ НА РАЗЛИЧНИ ПРОФИЛАКТИЧНИ ДЕЙНОСТИ.

5. УСТОЙЧИВОСТ НА СИСТЕМАТА - ВИСОКА РЕСУРСНА ОСИГУРЕНОСТ, ДОБРЕ ФУНКЦИОНИРАЩИ ПАЗАРНИ МЕХАНИЗМИ И СИЛНО ЗДРАВНО ЗАКОНОДАТЕЛСТВО.

6. ДЕЦЕНТРАЛИЗАЦИЯ В УПРАВЛЕНИЕТО И РЕГИОНАЛИЗАЦИЯ НА ЗДРАВНИТЕ ГРИЖИ. ЗДРАВНИТЕ ИНСТИТУЦИИ ИМАТ САМОУПРАВЛЕНИЕ.

ОСНОВНИ ХАРАКТЕРИСТИКИ НА ЗДРАВНОТО ОСИГУРЯВАНЕ

7. НАЛИЧИЕ НА ОТДЕЛЕНИ ОТ ДЪРЖАВАТА **ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНИ ФОНДОВЕ**, КОИТО ИМАТ ЮРИДИЧЕСКА САМОСТОЯТЕЛНОСТ И ОРГАНИ НА УПРАВЛЕНИЕ, А **ИЗПЪЛНИТЕЛИТЕ НА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ ВСТЪПВАТ В ДОГОВОРНИ ОТНОШЕНИЯ С ТЯХ.**

СЪС ЗАДЪЛЖИТЕЛНО ЗАСТРАХОВАНЕ Е ОБХВАНАТО ЦЯЛОТО НАСЕЛЕНИЕ И ВЪВ ФОРМИРАНЕТО НА ФОНДОВЕТЕ УЧАСТВАТ **ТРИ СТРАНИ: РАБОТЕЩИТЕ, РАБОТОДАТЕЛИТЕ И ДЪРЖАВАТА.**

ОСНОВНИ ХАРАКТЕРИСТИКИ НА ЗДРАВНОТО ОСИГУРЯВАНЕ

В ЗАВИСИМОСТ ОТ УЧАСТИЕТО НА ВСЯКА ОТ ТЕЗИ СТРАНИ СЕ РАЗЛИЧАВАТ *ДВЕ ГРУПИ СТРАНИ*:

- **В ПЪРВАТА ГРУПА** ОСНОВНАТА ЧАСТ ОТ ПОСТЪПЛЕНИЯТА ИДВАТ ОТ ДЪРЖАВНИЯ БЮДЖЕТ (ШВЕЦИЯ, ИСЛАНДИЯ, ФИНЛАНДИЯ И ДР.);

- **ВЪВ ВТОРАТА ГРУПА** ВЛИЗАТ ЯПОНИЯ, ГЕРМАНИЯ, ХОЛАНДИЯ, БЕЛГИЯ, ФРАНЦИЯ И ДР., КЪДЕТО ВОДЕЩИ СА ЦЕЛЕВИТЕ ВНОСКИ НА РАБОТЕЩИТЕ И РАБОТОДАТЕЛИТЕ.

ОСНОВОПОЛАГАЩИ ПРИНЦИПИ НА ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНАТА СИСТЕМА

1. **СОЦИАЛНА СПРАВЕДЛИВОСТ** – **касае набирането на средствата** – здравноосигурителните вноски са пропорционални на доходите
2. **ГРАЖДАНСКА СОЛИДАРНОСТ** – **касае изразходването на средствата** – всички здравноосигурени лица получават грижите, от които се нуждаят независимо от размера на вноските им.

КРИТЕРИИ	ДЪРЖАВЕН МОНОПОЛИЗЪМ (Бевъридж)	ЛИБЕРАЛЕН ПЛУРАЛИЗЪМ (Предимно частна форма)	ОГРАНИЧЕН ЕТАТИЗЪМ (Здравно осигуряване)
СОБСТВЕНОСТ	Държавна	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Икономическа свобода ✓ Плуралистична собственост 	Плуралистична собственост
ИЗТОЧНИЦИ И УПРАВЛЕНИЕ НА РЕСУРСИТЕ	Държавно централизирано: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Бюрократизиране ✓ Намалена ефективност ✓ Големи правомощия на висшите равнища 	Преобладаващ частен сектор	Държавно регулиране <ul style="list-style-type: none"> ✓ Силно здравно законодателство ✓ Значително участие на местното самоуправление
СТЕПЕН НА ПАЗАРНОСТ	Пълна липса на пазарни елементи	Нормативно регулиран пазар	Независими пазарни обекти
ПОКРИВАНЕ НА ПОТРЕБНОСТИТЕ <i>ТЪРСЕНЕ / ПРЕДЛАГАНЕ</i>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Неадекватно и на ниско равнище ✓ Към предлагането 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Разпилени отговорности ✓ Към търсенето 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Пълно покриване ✓ Към търсенето ✓ Предлагане на профил. д-сти
УСТОЙЧИВОСТ	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Устойчива <ul style="list-style-type: none"> ☞ Държавна собственост ☞ Централизирано управление ✓ Неустойчиво развитие 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Устойчива <ul style="list-style-type: none"> ☞ Висока ресурсна обезпеченост ☞ Пазарност 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Устойчива <ul style="list-style-type: none"> ☞ Висока ресурсна обезпеченост ☞ Пазарност ☞ Добро нормативно регулиране
ОБЩИ БЕЛЕЖКИ	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Целесъобразност при необходимост от бърза координация или при крайно ограничени ресурси ✓ Бивши социалистически страни, Англия, Дания 	САЩ	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Децентрализация/Регионализация ✓ Здравноосигурителни фондове ✓ Осигурено цялото население ✓ Болшинството развити икономически страни