



**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – ПЛЕВЕН**  
**ФАКУЛТЕТ „ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ“**  
**ЦЕНТЪР ЗА ДИСТАНЦИОННО ОБУЧЕНИЕ**

**Лекция № IV-4**

**ЗДРАВНАТА СИСТЕМА КАТО**  
**СОЦИАЛНА СИСТЕМА**

**Доц. д-р Гена Грънчарова, д.м.**

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

# 1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ НА ОСНОВНИТЕ ПОНЯТИЯ

**“Здравните системи включват  
всички организации, институции  
и ресурси, които са посветени на  
извършването на здравни  
дейности”.**

(Доклад на Генералния директор на СЗО  
пред Световната Здравна Асамблея - 2000)

**Здравна дейност** е “**всяко усилие, независимо дали в областта на здравната помощ на индивида, или в областта на общественото здраве, или чрез инициативи на междусекторно сътрудничество, чиято основна цел е подобряване на здравето.**”

**Здравната система е широк  
КОМПЛЕКС ОТ МЕДИЦИНСКИ И  
НЕМЕДИЦИНСКИ ДЕЙНОСТИ,  
ОРИЕНТИРАНИ КЪМ ОПАЗВАНЕ И  
ВЪЗСТАНОВЯВАНЕ НА ЗДРАВЕТО.**

**Здравната система** е система от дейности, медицински и немедицински (стопански, социални, материално-технически и технологични, екологични, образователни и възпитателни), научни и приложни, организирани в обществото за оптимизиране на количествените и качествени аспекти на възпроизводството на човешките ресурси.

## **2. ФУНДАМЕНТАЛНИ ЦЕЛИ И ФУНКЦИИ НА ЗДРАВНИТЕ СИСТЕМИ**

# **ТРИ ФУНДАМЕНТАЛНИ ЦЕЛИ**

- 1. Подобряване на здравето на обслужваното население**
- 2. Задоволяване на очакванията на хората**
- 3. Предоставяне на финансова защита срещу разходите при увреждане на здравето.**



# **ЧЕТИРИ ОСНОВНИ ФУНКЦИИ**

- 1. Предоставяне на всеобхватни и качествени здравни услуги.**
- 2. Създаване (генериране) на човешки и материални ресурси.**
- 3. Справедливо финансиране.**
- 4. Ефективно управление и стопанисване.**

# **3. ТРИ ПОКОЛЕНИЯ РЕФОРМИ НА ЗДРАВНИТЕ СИСТЕМИ**

# **Първото поколение реформи**

**полага основите на  
националните системи на  
здравеопазване и разширяване  
на социалното осигуряване.**

# **Второто поколение реформи**

**утвърждава промоцията на  
първичната здравна помощ.**

# Третото поколение реформи

**отразява интереса към  
осигурителните механизми,  
включително и към частното  
финансово застраховане.**

# **4. КОНЦЕПЦИЯТА НА СЗО ЗА ОЦЕНКА НА ЗДРАВНИТЕ СИСТЕМИ**

**Здравната система трябва да постига:**

**- добро качество**

**- справедливост – равенство в**

**здравето и равенство в**

**разпределянето на финансовата**

**тежест между индивидите и групите.**

В Доклада на СЗО пред СЗА през  
м.май 2000 г. за пръв път - **нова**  
**методологична основа за оценка**  
**на дейността на здравните**  
**системи.**



**1. ОБЩО РАВНИЩЕ НА  
ЗДРАВЕТО – оценява се чрез  
очакваната продължителност  
на живота, съобразена с  
инвалидността (DALE)-  
очакваната продължителност  
на живота в състояние на  
пълно здраве.**

## **2. НЕРАВЕНСТВО В ЗДРАВЕТО –**

**сравнява преживяемостта до 5-годишна възраст в отделните групи. Индекс 1 - пълно равенство; индекс равен или близък до нула - крайна степен на неравенство.**

# 3. СЪОТВЕТСТВИЕ НА ОЧАКВАНИЯТА НА ХОРАТА

## I. УВАЖЕНИЕ КЪМ ЛИЦАТА:

- **Зачитане на човешкото достойнство;**
- **Конфиденциалност;**
- **Автономност.**

## **II. ОРИЕНТАЦИЯ КЪМ КЛИЕНТА:**

- **Бързо, навременно обслужване;**
- **Предоставяне на удобства от подходящо качество;**
- **Достъп до мрежи за социална подкрепа;**
- **Избор на изпълнител на здравна помощ.**

## 4. СПРАВЕДЛИВО ФИНАНСИРАНЕ -

*рисковете, пред които се изправя всяко домакинство във връзка с цената на здравните услуги, трябва да се разпределят според способността за плащане, т.е. да се гарантира финансова защита.*

## **5. СПРАВЕДЛИВО РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ НА ФИНАНСОВОТО УЧАСТИЕ -**

**обобщава се в индекс (от 0 до 1), обратен  
на неравенството в разпределението;  
по-нисък индекс - по-голямо  
неравенство.**

**Страни с висок доход – индекс близък до  
1, т.е. високи нива на равенство се  
наблюдават в страните със здравно  
осигуряване.**

**1. Най-добро ниво на здраве имат високоразвитите страни – Япония, Австралия, Швеция, Франция и др.**

**2. Най-добри постижения в равенството на здравето има Обединеното Кралство, следвано от Япония, Норвегия и др.**

**3. Най-добро съответствие на системата имат силно развитите страни, които влагат значителни ресурси и отделят голямо внимание на очакванията на хората, на зачитане на тяхното достойнство и автономност (САЩ, Швейцария, Люксембург, Германия, Япония, Канада, Норвегия, Холандия, Швеция).**



**4. Справедливост на финансовото участие - първите места заемат страните с добре развита здравноосигурителна система - Люксембург, Белгия, Дания, Германия, Норвегия, Япония.**

# ОЦЕНКА НА ЦЯЛОСТНАТА ДЕЙНОСТ НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА

**Най-важният индикатор за  
дейността на дадена здравна  
система е  
измерването на постиженията,  
съпоставени с ресурсите.**

**Една ефикасна здравна система  
постига повече, отнесено към  
ресурсите, с които разполага.**

**Обратно – една неефикасна здравна  
система прахосва ресурсите, дори  
ако достига високи нива на здраве,  
съответствие и справедливост.**

**Отнасянето на ресурсите към  
цялостното постижение на  
системата по 5-те посочени  
критерия, показва, че не всички  
развити страни имат еднакво  
ефикасни здравни системи.**

**На първо място с най-добри  
цялостни постижения е **Франция.****

**САЩ** са на **1-во** място по размер на  
заделяните средства, но по  
ефикасност на здравната система са  
на **37-мо** място.

# 5. ЗДРАВНА СЛУЖБА

**ЗДРАВНА СЛУЖБА** - система  
от здравни институции (здравни  
заведения и здравни органи),  
които дадена страна създава за  
здравно обслужване на  
населението и управление на  
здравните дейности.



**ПЪРВА СТРУКТУРНА ЧАСТ -**  
**ВСИЧКИ ВИДОВЕ ЗДРАВНИ ЗАВЕДЕНИЯ.**

**ВТОРА СТРУКТУРНА ЧАСТ -**  
**ЗДРАВНИ ОРГАНИ (МЗ, РЗИ, ОБЩИНСКИ**  
**ЗДРАВНИ АДМИНИСТРАЦИИ).**

**ЗДРАВНА СЛУЖБА** - система за  
получаване, преработване,  
съхраняване и изразходване на  
ресурси за превантивни дейности  
(промоция и профилактика на  
болестите), диагностика, лечение и  
рехабилитация.

# **Ресурсната база включва:**

- **човешки ресурси;**
- **материално-технически и  
технологични средства;**
- **финансови ресурси;**
- **природни ресурси;**
- **информационни ресурси;**
- **организационни ресурси и др.**

**Формирането на ресурсите в  
здравната служба става от:**

- обществени източници и**
- частни източници.**

**Ресурсите постъпват в два  
вида здравни институции:**

- с делим ефект и**
- с неделим ефект.**

**Здравни институции с делим ефект -**  
резултатите от дейността им могат  
да се проследят върху отделните  
лица, на които е оказана здравна  
помощ (здравни заведения за  
извънболнична и болнична помощ,  
центрове, хосписи, домове за  
медико-социални грижи и др.

**Здравни институции с неделим ефект** - резултатите от дейността им засягат цялата популация (научни центрове и институти, учебни заведения за медицински кадри, здравни органи).

**Според собствеността:**

- **публични** (държавни и общински) и
- **частни** (лична собственост, акционерни, кооперативни).

# **ФАКТОРИ ЗА РАЗВИТИЕ НА ЗДРАВНАТА СЛУЖБА**



## **МЕДИЦИНСКИ ФАКТОРИ:**

- **тенденции на общественото здраве;**
- **развитие на медицинската наука;**
- **развитие на медицинското образование;**
- **медицински традиции и др.**

## **НЕМЕДИЦИНСКИ ФАКТОРИ:**

- **здравна и социална политика на страната;**
- **ниво на икономическо развитие;**
- **климато-географски особености;**
- **национални традиции и др.**

# НИВА НА ЗДРАВНА ПОМОЩ



# **ФУНКЦИИ НА ЗДРАВНАТА СЛУЖБА**

- профилактични,
- диагностични,
- лечебни,
- рехабилитационни,
- образователни и възпитателни,
- медико-социални,
- изследователски,
- организационно-методични.

# **ОРГАНИЗАЦИОННИ ПРИНЦИПИ**

- 1. Единство и комплексност**
- 2. Регионализация и децентрализация**
- 3. Пирамиден строеж**
- 4. Окрупняване и създаване на многопрофилни здравни заведения**

**Основен проблем за всички  
развити страни - несъответствие  
между пирамидалния строеж на  
здравната служба и търсенето на  
здравна помощ от населението.**

# **6. ПРИОРИТЕТИ НА ЗДРАВНАТА ПОЛИТИКА В РАЗВИТИТЕ СТРАНИ**

**1. Интегрален подход в управлението и функционирането на здравните системи.**

**2. Преориентиране от болнична помощ към разширяване на първичните здравни грижи.**

**3. Децентрализация и регионализация на медицинската помощ и здравните дейности.**

**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  
информационните технологии в  
здравеопазването.**

**8. Приоритет на качеството и  
оценката на здравните дейности.**

**9. Пазарна ориентация на  
съвременните здравни  
системи.**

**10. Развитие на здравното  
законодателство и  
мениджмънт.**

# 7. ТИПОЛОГИЯ НА ЗДРАВНИТЕ СИСТЕМИ

# **Критерии за характеристика на моделите на здравните системи:**

- 1. Роля на държавата по отношение на собствеността и организацията на дейността на здравните институции.**
- 2. Източници и управление на ресурсите.**
- 3. Степен на пазарност.**
- 4. Покриване на потребностите - ориентация към предлагането или към търсенето на медицинска помощ**
- 5. Устойчивост на системата.**

# ТРИ МОДЕЛА ЗДРАВНИ СИСТЕМИ

**СИСТЕМА НА ДЪРЖАВНИЯ  
МОНОПОЛИЗЪМ**  
(държавен характер на  
здравеопазването)

## ***Основни характеристики:***

1. Държавата е собственик на здравните институции и на ресурсите (с изключение на персонала).
2. Държавно централизирано управление на ресурсите.
3. По-слабо развити пазарни механизми.



4. Здравните дейности са ориентирани повече към предлагане, отколкото към търсенето на здравна помощ.
5. Такъв модел е целесъобразен при необходимост от бърза координация на дейностите или при крайно ограничени ресурси.
6. Типична е за сегашните и бившите социалистически страни.

В света има примери за устойчиво развитие на модела на държавния монополизъм в редица развити страни (Англия, Дания и др.), но в тези страни държавният монополизъм се съчетава с добре развити пазарни механизми, което прави системата устойчива и добре балансирана.

**Подходящ пример е английското държавно здравеопазване, въведено през 1948 г. от лорд Бевъридж.** Финансирането на здравните дейности е от държавния бюджет (около 85%), вноски на работещите (около 10%) и средства, постъпващи от пациентите (5%) 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, предоставяне на по-големи права на местните нива на обслужване - статут на самоуправление на болниците, право на общопрактикуващите лекари на собствен бюджет за обслужване на техните пациенти от болниците и т.н.

**Децентрализираното правителствено  
бюджетно финансиране е съчетано с  
„вътрешен пазар” - две страни на  
пазарните отношения:**

= **купувачи (финансиращи)** - местните здравни  
органи и големите практики за ПЗП и

= **предоставящи здравна помощ  
(продавачи)** - здравните заведения за вторична  
и третична помощ и частните специализирани  
кабинети.

**СИСТЕМА НА ЛИБЕРАЛНИЯ  
ПЛУРАЛИЗЪМ  
(предимно частна форма на  
здравно обслужване)**

## Типичен представител – САЩ.

### Основни характеристики на модела:

1. Икономически либерализъм (икономическа свобода) и плуралистична собственост на ресурсите.
2. Преобладаване на частния сектор, особено в първичната здравна помощ, където работят не само общопрактикуващи лекари, но и специалисти интернисти, педиатри и акушер-гинеколози.
3. Вторична здравна помощ – над 70% частни болници, болници на религиозни и благотворителни организации и малък брой държавни болници.
4. Третична помощ - медицински центрове, асоциирани към медицинските училища.

5. Устойчивост на системата поради висока ресурсна обезпеченост и пазарност.
6. Държавата гарантира здравното законодателство, но има ограничена роля в организацията и оказването на медицинска помощ.
7. Ориентация към търсенето на медицинска помощ и здравни дейности.
8. Финансирането е от множество източници. Основен източник на финансиране е частното здравно застраховане.



Федералното правителство и щатовете финансират две мащабни програми:

**Medicare** - програма на федералното правителство, създадена през 1965 г., обхваща лицата 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.

**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.

# **СИСТЕМА НА СОЦИАЛНО ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ (ОГРАНИЧЕН ЕТАТИЗЪМ)**

## **Основни характеристики:**

- 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.**

**4. Ориентация към търсенето на медицинска помощ и широко предлагане на различни профилактични дейности.**

**5. Устойчивост на системата поради висока ресурсна осигуреност, добре функциониращи пазарни механизми и силно здравно законодателство.**

**6. Децентрализация в управлението и регионализация на здравните грижи.**

**7. Наличие на юридически самостоятелни здравноосигурителни фондове, които сключват договори с изпълнителите на здравна помощ.**

**8. Със задължително застраховане е обхванато цялото население.**

**9. Във формирането на фондовете участват три страни: работещите, работодателите и държавата.**

**В зависимост от участието на всяка от тези страни се различават две групи страни:**

**= страни, в които основната част от постъпленията са от държавния бюджет (Швеция, Исландия, Финландия);**

**= страни, в които водещи са вноските на работещи и работодатели - Япония, Германия, Холандия, Белгия, Франция и др.,**

**Този модел в най-добре удовлетворява изискванията за съвременна и ефективна здравна система, гарантирайки:**

**= справедливост за всички участници в системата;**

**= адекватност и стабилност;**

**= въздействие върху предлагането и търсенето на здравни услуги;**

**= осигуряване на междусекторни връзки.**



# **ОСНОВНИ НАСОКИ НА ЗДРАВНАТА РЕФОРМА В БЪЛГАРИЯ**

## ***ТРИ ОСНОВНИ ПРИЧИНИ ЗА РЕФОРМА:***

- Влошено и влошаващо се здравно състояние на населението.
- Доказана неефективност на здравната система.
- Несъответствие с общите тенденции към демокрация, пазарна икономика и Европейските стандарти и ценности.

**ГЛАВНА ЦЕЛ** – преустановяване на тенденцията за влошаване на общественото здраве и създаване на условия за подобряване на здравето и увеличаване на очакваната продължителност и качество на живота.

## ***ОСНОВНИ ЦЕННОСТИ НА РЕФОРМАТА:***

- **Плурализъм**
- **Демократичност**
- **Достъпност**
- **Равнопоставеност**
- **Солидарност**
- **Споделена отговорност за здравето**

# ***ОСНОВНИ ПРИНЦИПИ НА РЕФОРМАТА***

**1. Създаване на собствен модел на здравна система с отчитане на българската история, култура, традиции, реалности и ценности.**

**2. Социална ориентация на промените.**

**3. Плурализъм и равнопоставеност на формите на собственост и свобода на частната инициатива.**

**4. Пазарни механизми при разпределяне и управление на ресурсите в здравеопазването.**

**5. Разпределение на отговорностите за здравето между обществото, гражданите и здравните професионалисти.**

# ***ДВЕ ОСНОВНИ СТРАНИ НА РЕФОРМАТА***

- ***структурна реформа и***
- ***финансова реформа.***

# Финансова реформа -

преминаване към нов модел на финансиране на здравните дейности – от държавен монополизъм към здравноосигурителен модел.



## **ОБЕКТ НА СТРУКТУРНАТА РЕФОРМА СА:**

- превантивната дейност;
- първичната здравна помощ;
- диагностично-консултативната помощ;
- болничната помощ;
- снабдяването с лекарства;
- управленската структура.

## ***Реформа в превантивната дейност:***

**I. от ХЕИ към РИОКОЗ;**

**II. 2011 г. - РИОКОЗ + РЦЗ = РЗИ**

# **РЕФОРМАТА В ЛЕЧЕБНАТА ДЕЙНОСТ се опира на:**

- Закона за здравето**
- Закона за здравното осигуряване**
- Закона за лечебните заведения**

## **Реформа в извънболничната помощ**

- създаване на нови видове лечебни заведения: индивидуални и групови практики за първична здравна помощ (ПЗП) и за специализирана извънболнична медицинска помощ (СИМП).

**От 1 юли 2000 г.** започва сключване на договори между изпълнителите на ПЗП и СИМП с финансиращия орган – НЗОК.

**Заплащане в ПМП -  
капитационен принцип (по броя  
на лицата в пациентската листа на  
ОПЛ) и за някои видове услуги.**

**Заплащане на СИМП – за  
предоставени услуги.**

## **Реформа в диагностично-консултативната**

**помощ** - нови видове здравни заведения:

= диагностично-консултативни центрове (ДКЦ);

= диагностично-консултативни отделения  
(блокове) към болниците;

= центрове (медицински, дентални, медико-  
дентални);

= частни специализирани лекарски практики  
(индивидуални и групови).

**Заплащане – според извършените  
консултации или изследвания.**

## ***Реформата в болничната помощ -*** два етапа:

### **1. Преди приемане на Закона за лечебните заведения:**

- \* намаляване броя на леглата;
- \* реструктуриране на легловия фонд;
- \* създаване на алтернативи на стационарната помощ (еднодневна хирургия, домашен стационар).

## 2. След приемане на ЗЛЗ – превръщане на болниците в търговски дружества

- **От 1 юли 2001 г.** - сключване на договори с НЗОК за финансиране на медицинските дейности по *клинични пътеки*.
- **От 1 януари 2006 г.** медицински дейности в болниците за заплащат само от НЗОК.
- *Диагностично-свързаните групи (ДСГ)* са по-добър метод за финансиране на болничната дейност.



# Основни характеристики на реформата в лечебната дейност

**1. *Радикално променен правен статут на собствеността на лечебните заведения – регистриране на лечебните заведения по Търговския закон и Закона за кооперациите.***

**2. Регламентиране на договорното начало между лечебните заведения и финансиращите органи – всички извършвани медицински услуги се заплащат само на основата на сключени договори.**

**3. Осигуряване на автономия на потребителя – свободен избор на личен лекар, специалист от извънболничната помощ, болнично заведение.**

**Законовата самостоятелност на трите субекта (потребител, лечебно заведение и финансиращ орган) и въвеждането на договорни отношения, е предпоставка за формиране на пазар на медицинските услуги и конкуренция между лечебните заведения, която да доведе до подобряване на качеството на предоставянето на здравни услуги.**