



МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ-ПЛОВДЕН  
ФАКУЛТЕТ ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ  
КАТЕДРА „ОБЩЕСТВЕНОЗДРАВНИ НАУКИ“

## Лекция №9

# ЗДРАВНАТА СИСТЕМА КАТО СОЦИАЛНА СИСТЕМА

*Проф. д-р Силвия Янкуловска, дмн*



**ОПРЕДЕЛЕНИЕ НА ПОНЯТИЕТО  
“ЗДРАВНА СИСТЕМА”**

**“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 г.)

**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 представлява**  
**изключително широк комплекс от**  
**медицински и немедицински**  
**дейности, ориентирани към**  
**опазване и възстановяване на**  
**здравето.**

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

**ФУНДАМЕНТАЛНИ ЦЕЛИ И  
ФУНКЦИИ НА ЗДРАВНИТЕ СИСТЕМИ**

## 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

## 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





# **ТРИ ПОКОЛЕНИЯ РЕФОРМИ НА ЗДРАВНИТЕ СИСТЕМИ В СВЕТА**

# **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.**

# Критерии за оценка на дейността на здравните системи

- Общо равнище на здравето – 25%
- Здравно неравенство сред населението – 25%
- Общо равнище на съответствие – 12.5%
- Справедливо финансиране – 12.5%
- Справедливост на разпределението на финансовото участие – 25%



*Table 54 – Overall health system attainment of selected countries (data for 1997)*

<b>Rank</b>	<b>Country</b>	<b>Index</b>	<b>Total expenditure on health as % of GDP</b>
1	Japan	93.4	6.8
2	Switzerland	92.2	10.4
3	Norway	92.2	7.8
6	France	91.9	9.4
9	United Kingdom	91.6	6.8
14	Germany	91.3	10.7
15	United States	91.1	13
23	Greece	90.5	9.4
74	Bulgaria	77.6	4.7
121	India	70.1	2.3
132	China	67.5	0.3
189	Somalia	49.4	4.3
191	<u>Siera Leone</u>	35.7	19.3

*Source, WHO. World Health Report 2000, 2003.*

# **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 за всяко домакинство поради стойността на здравните услуги се разпределят не според способността за плащане, а според риска на заболяването; т.е. гарантира се 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 - близък до 1, т.е. високи нива на равенство се наблюдават в страните със здравно осигуряване.**

**СПРАВЕДЛИВО**

**ФИНАНСИРАНЕ** означава

**равенство в начина на споделяне  
на финансовата тежест за  
поддържането на здравната  
система.**



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

**5. Общото постижение на целите  
съответства на социално-  
икономическото развитие на страните.**

**Не всички развити страни имат  
еднакво ефикасни здравни системи.  
С най-добри цялостни постижения –  
Франция. САЩ - на 1-во място по  
заделяни средства, но по ефикасност на  
здравната система на 37-мо място.**



**ОПРЕДЕЛЕНИЕ НА ПОНЯТИЕТО  
“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.

# ЗДРАВНА СЛУЖБА

## ЗДРАВНИ ИНСТИТУЦИИ

### ЗДРАВНИ ЗАВЕДЕНИЯ

- Лечебни заведения за извънболнична помощ
- За болнична помощ
- Центрове (КОЦ, за психично здраве, за кожни и венерически заболявания)

### ЗДРАВНИ ОРГАНИ

- Организационно-управленчески звена:
- МЗ
  - РЗИ
  - Общинска здравна администрация

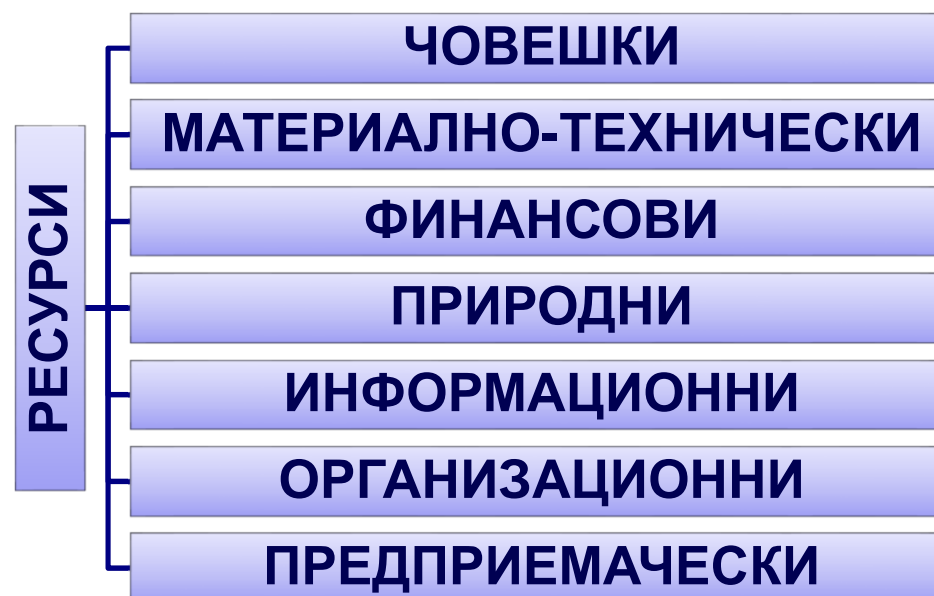
**ЗДРАВНА СЛУЖБА** - система за  
получаване, преработване,  
съхраняване и изразходване на  
ресурси за превантивни дейности  
(промоция и профилактика на  
болестите), диагностика, лечение и  
рехабилитация.





## **ЗДРАВНА СЛУЖБА**

ПОЛУЧАВАНЕ, ПРЕРАБОТВАНЕ, СЪХРАНЯВАНЕ, ИЗРАЗХОДВАНЕ



# ЗДРАВНИ ИНСТИТУЦИИ

## С ДЕЛИМ ЕФЕКТ

Ефект  
проследим  
върху  
отделните  
лица

Всички  
здравни  
заведения

## С НЕДЕЛИМ ЕФЕКТ

Резултати върху  
цялата  
популация

- Научни институти
- Учебни заведения
- МЗ, РЗИ

**ЗДРАВНИ ИНСТИТУЦИИ С  
ДЕЛИМ ЕФЕКТ** – резултатите от  
дейността им могат да се  
проследят върху отделните лица,  
на които е оказана здравна помощ;  
популацията получава определен  
ефект, но чрез индивида.

**ЗДРАВНИ ИНСТИТУЦИИ С  
ДЕЛИМ ЕФЕКТ** - всички здравни  
заведения за извънболнична и  
болнична помощ, центрове  
(комплексен онкологичен център,  
център за психично здраве, център  
за кожни и венерически  
заболявания), хосписи, домове за  
медико-социални грижи и др.

**ЗДРАВНИ ИНСТИТУЦИИ С  
НЕДЕЛИМ ЕФЕКТ** - резултатите  
от дейността им засягат цялата  
популация, като всеки индивид  
получава частица от ефекта.

# **Към здравните институции с неделим ефект се отнасят:**

- **научни центрове и институти;**
- **учебни заведения за медицински  
кадри;**
- **службите на здравната  
администрация (МЗ, РЗИ и др.)**

# РАЗГРАНИЧАВАНЕ НА ПОНЯТИЯТА



# МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

- *Медицинската помощ е част (елемент) от общата здравна помощ и включва всички дейности по диагностика, лечение, рехабилитация и профилактика, извършвани от медицински специалисти под контрола на лекар в амбулаторията, болницата или дома на пациента.*



# ЗДРАВНА ПОМОЩ

- **Здравната помощ е по-общото понятие и се определя като „множество услуги, оказвани на индивидите, семействата или общностите от здравните институции за целите на промоцията на здравето, профилактиката на заболяванията, диагностиката, лечението и рехабилитацията”.**

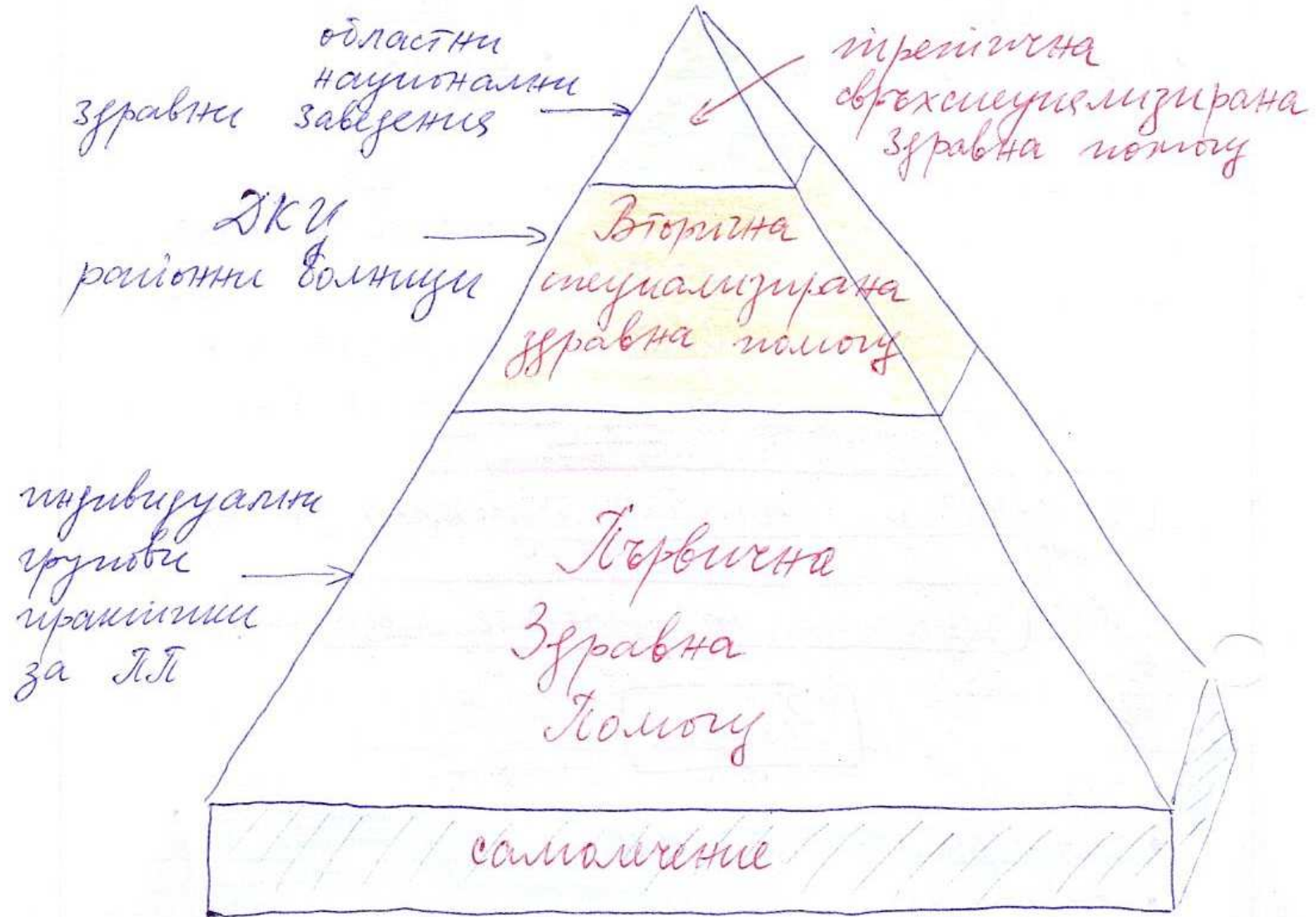


## **ОСНОВНИ ХАРАКТЕРИСТИКИ НА ЗДРАВНАТА ПОМОЩ**

# **Според критериите на СЗО здравната помощ трябва да удовлетворява пет основни характеристики (5 As):**

- 1. Уместност (*Appropriateness*)** т.е. дали услугата е необходима въобще във връзка с основните човешки нужди, приоритети и политики;
- 2. Адекватност (*Adequacy*)**, т.е. дали услугата е пропорционална на потребностите;
- 3. Наличност (*Availability*)**, т.е. съотношението между населението в дадена административна единица и условията за здравно обслужване;
- 4. Достъпност (*Accessibility*)** – географска, икономическа, културална, ценова достъпност;
- 5. Приложимост (*Applicability*)**, т. е. ефективност на процедурите, техническа обезпеченост, работна сила и материални ресурси.

# НИВА НА ЗДРАВНА ПОМОЩ



# ФАКТОРИ ЗА РАЗВИТИЕ НА ЗДРАВНАТА СЛУЖБА

## МЕДИЦИНСКИ ФАКТОРИ

- ниво и 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.

# **ФУНКЦИИ НА ЗДРАВНАТА СЛУЖБА**

**Ø профилактични,**

**Ø диагностични,**

**Ø лечебни,**

**Ø рехабилитационни,**

**Ø образователни и възпитателни,**

**Ø медико-социални, изследователски,**

**Ø 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.**



# Основни проблеми пред здравната служба

- **неадекватност и недостиг на ресурси** – човешки, финансови, материално технически, информационни и организационно-управленски;
- **несъответствие между структура и търсене** на здравни услуги – йерархичната (пирамидална) структура не съответства на търсенето – заобикаляне на първичната медицинска помощ и търсене на специализирана и високоспециализирана помощ от населението;
- **липса на хоризонтална интеграция и взаимодействие** – например – взаимодействието между първичната медицинска помощ и спешната медицинска помощ, нарушена структура на неотложната медицинска помощ и т.н.;

# Основни проблеми пред здравната служба

- ***свръх централизация или пълна децентрализация*** – две крайни явления, които оказват влияние върху структура и взаимодействие;
- **неадекватни решения свързани с регионалното (териториалното) разположение** – Националната здравна карта е само пожелателен инструмент за управление без реални възможности за въздействие;
- ***свръх окрупняване или раздробяване*** (разпокъсване) на структурни елементи и връзки – напр. създаване на един център по трансплантации или друга крайност създаване на множество клиники по кардиохирургия).

По области осигуреността с легла в болниците варира в широки граници - от 34.5 на десет хиляди души от населението в област Ямбол до 93.6 в област Смолян. Други области с по-висок от средния за страната показател са Плевен, Пловдив, Ловеч, Пазарджик, Кюстендил, Габрово, София (столица), Монтана, София, Стара Загора и Русе.

**13. Легла в лечебните заведения за болнична помощ  
на 31.XII.2018 г.**

<i>Области</i>	<i>Брой</i>	<i>На 10 000 население</i>
<b>Общо<sup>1)</sup></b>	<b>50 927</b>	<b>72.8</b>
Благоевград	1 570	51.5
Бургас	2 612	63.7
Варна	2 670	56.7
В. Търново	1 282	54.4
Видин	335	39.5
Враца	981	60.4
Габрово	860	79.3
Добрич	672	38.7
Кърджали	826	54.0
Кюстендил	961	80.7
Ловеч	1 066	85.4
Монтана	964	74.4
Пазарджик	2 131	83.4
Перник	448	37.1
Плевен	2 233	92.9
Пловдив	6 104	91.3
Разград	559	49.8
Русе	1 506	68.9
Силистра	483	44.2
Сливен	1 054	56.5
Смолян	987	93.6
София-столица	10 229	77.0
София	1 643	71.7
Ст. Загора	2 241	70.8
Търговище	624	55.9
Хасково	1 040	45.6
Шумен	681	39.5
Ямбол	410	34.5

<sup>1)</sup> Вкл. леглата от заведенията към други ведомства, които не са разпределени по области.

## Медицински персонал

На 31.12.2018 г. броят на лекарите е 29 667. Най-висока е осигуреността на населението с общопрактикуващи лекари - 6.0 на десет хиляди души от населението. Следват кардиолозите - 2.5, акушер-гинеколози - 2.5, педиатрите - 2.5, анестезиолозите - 2.4, хирурзите - 2.3, лекарите по нервни болести - 2.1, лекарите по спешна медицина - 1.9 на десет хиляди души от населението, и т.н. Общият показател за осигуреност с лекари е 42.4 на десет хиляди души от населението. По области по-висока осигуреност от средната за страната има в Плевен, Пловдив, София (столица) и Варна.

Броят на населението на един лекар през разглеждания период е 236 души.

Броят на медицинските специалисти по здравни грижи е 46 332, като осигуреността с този вид кадри е 66.2 на десет хиляди души от населението.

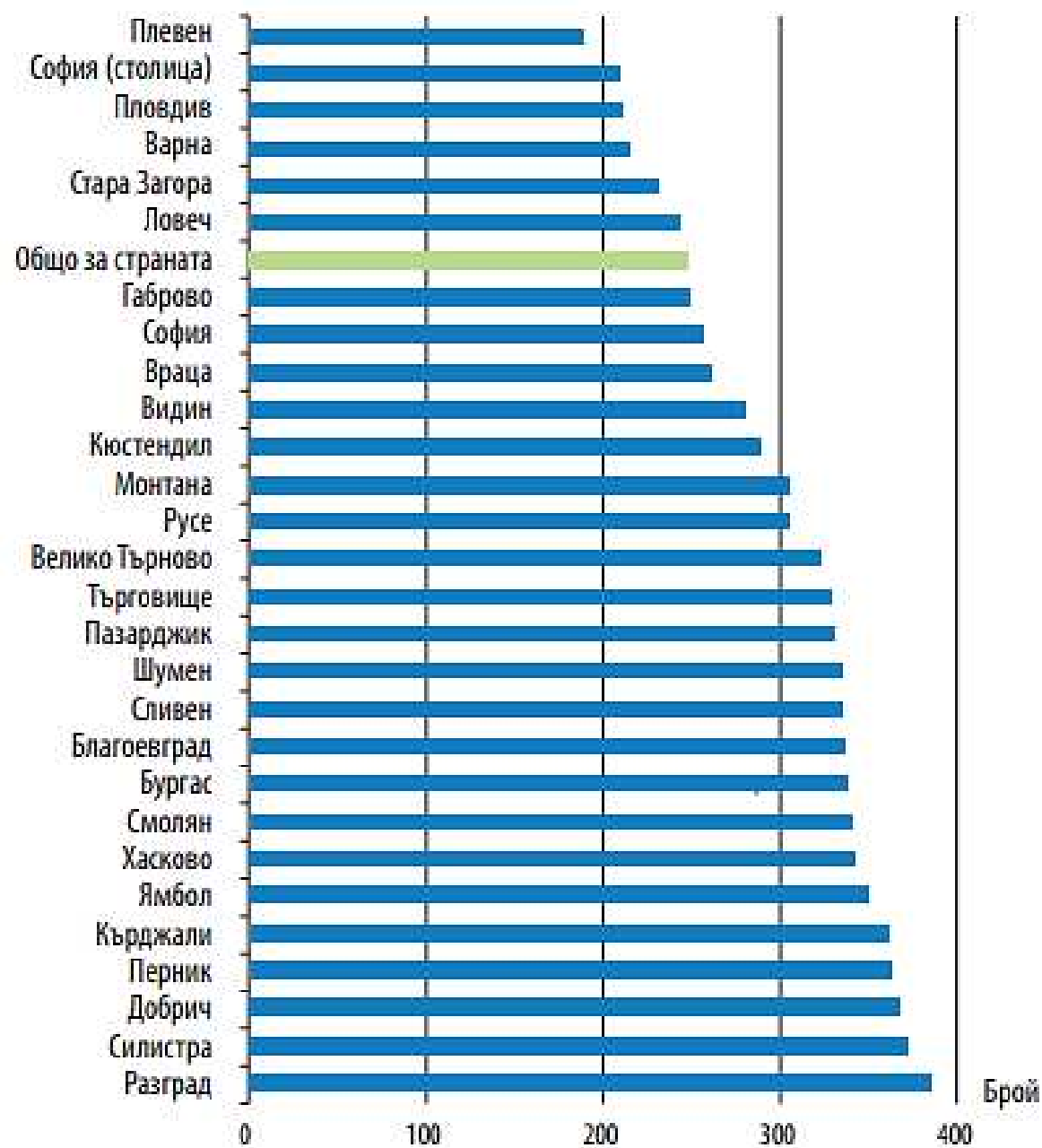
### 15. Медицински персонал на 31.XII.2018 г.

Области	Лекари	Лекари по дентална медицина	Медицински специалисти по здравни грижи	в това число		
				Фелдше- ри	Акушерки	Мед. сестри
Брой						
<b>Общо<sup>1)</sup></b>	<b>29 667</b>	<b>7 240<sup>2)</sup></b>	<b>46 332</b>	<b>2 145</b>	<b>3 155</b>	<b>30 589</b>
Благоевград	911	289	1 540	106	72	1 109
Бургас	1 347	310	2 220	155	110	1 484
Варна	2 357	569	3 113	62	311	1 837
В. Търново	752	204	1 279	98	38	896
Видин	292	96	421	78	38	232
Враца	595	122	1 062	90	79	725
Габрово	420	96	759	61	38	498
Добрич	464	118	803	50	50	517
Кърджали	396	122	840	73	64	562
Кюстендил	422	111	645	56	46	423
Ловеч	477	102	722	72	30	485
Монтана	452	81	807	86	58	533
Пазарджик	906	209	1 450	66	79	1 021
Перник	346	144	527	18	31	377
Плевен	1 491	169	2 161	89	170	1 420
Пловдив	3 424	1 047	4 801	67	297	3 178
Разград	329	63	530	59	26	327
Русе	807	181	1 453	124	138	883
Силистра	317	62	597	56	63	383
Сливен	563	125	999	70	57	666
Смолян	315	114	639	76	47	396
София-столица	6 759	1 911	10 141	106	801	6 534
София	901	122	1 210	22	67	851
Ст. Загора	1 313	287	2 219	83	164	1 510
Търговище	332	59	661	53	51	422
Хасково	673	198	1 200	85	110	795
Шумен	518	113	960	75	54	670
Ямбол	347	85	627	74	27	394

<sup>1)</sup> Вкл. персонала към други ведомства, който не е разпределен по области.

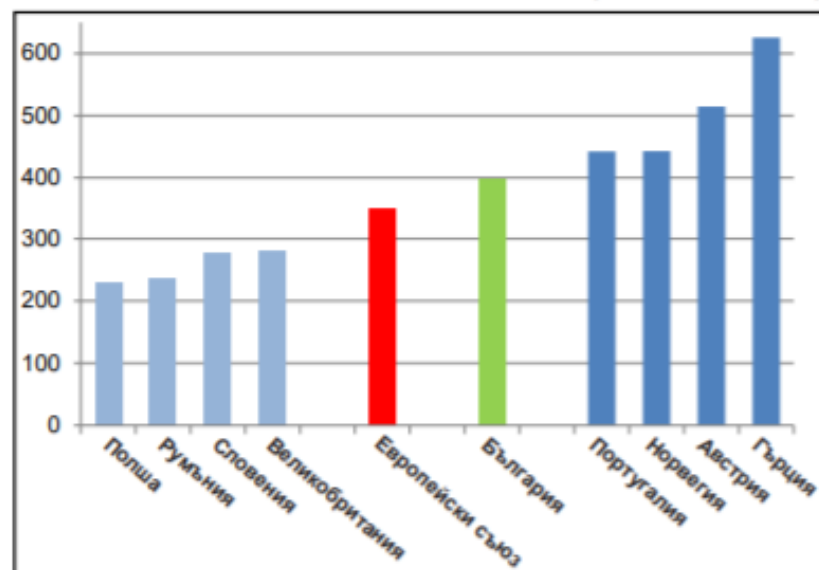
<sup>2)</sup> Вкл. персонал в индивидуални и групови практики, работещи по договор с НЗОК в повече от една област .

Фиг. 2. Население на един лекар към края на 2014 г. по области



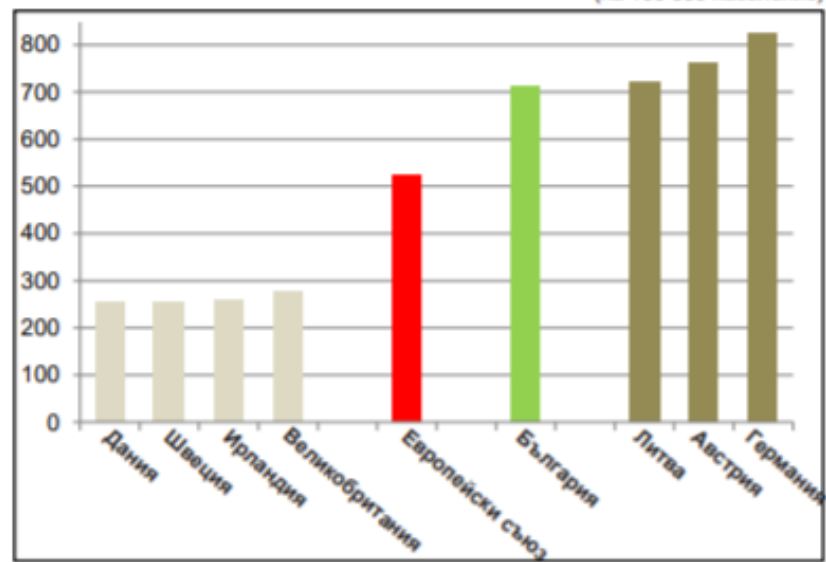
### Осигуреност с лекари

(на 100 000 население)



### Осигуреност с легла

(на 100 000 население)





# ЗДРАВНИ СИСТЕМИ В РАЗВИТИТЕ СТРАНИ

# **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

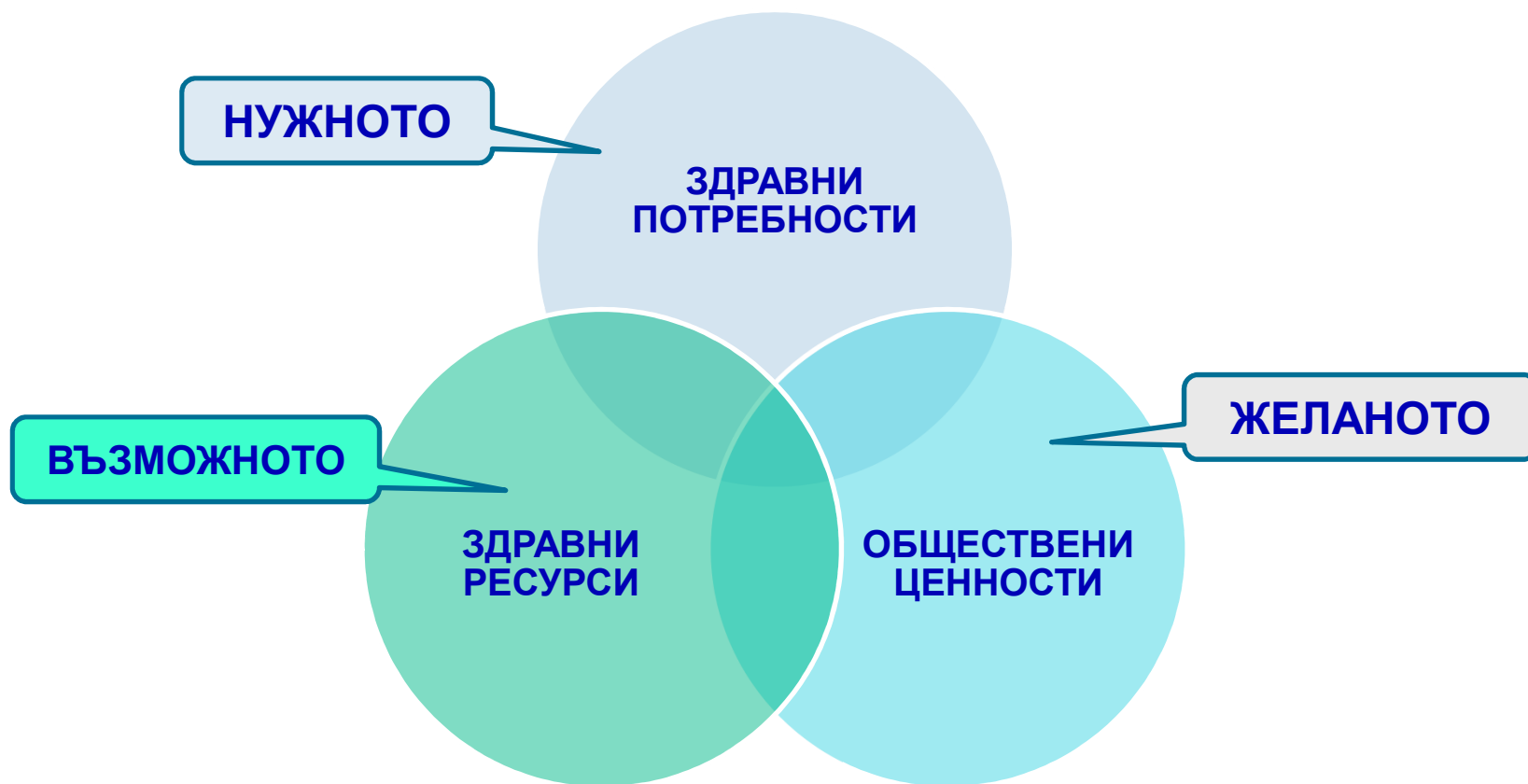
## ОБЕКТ

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

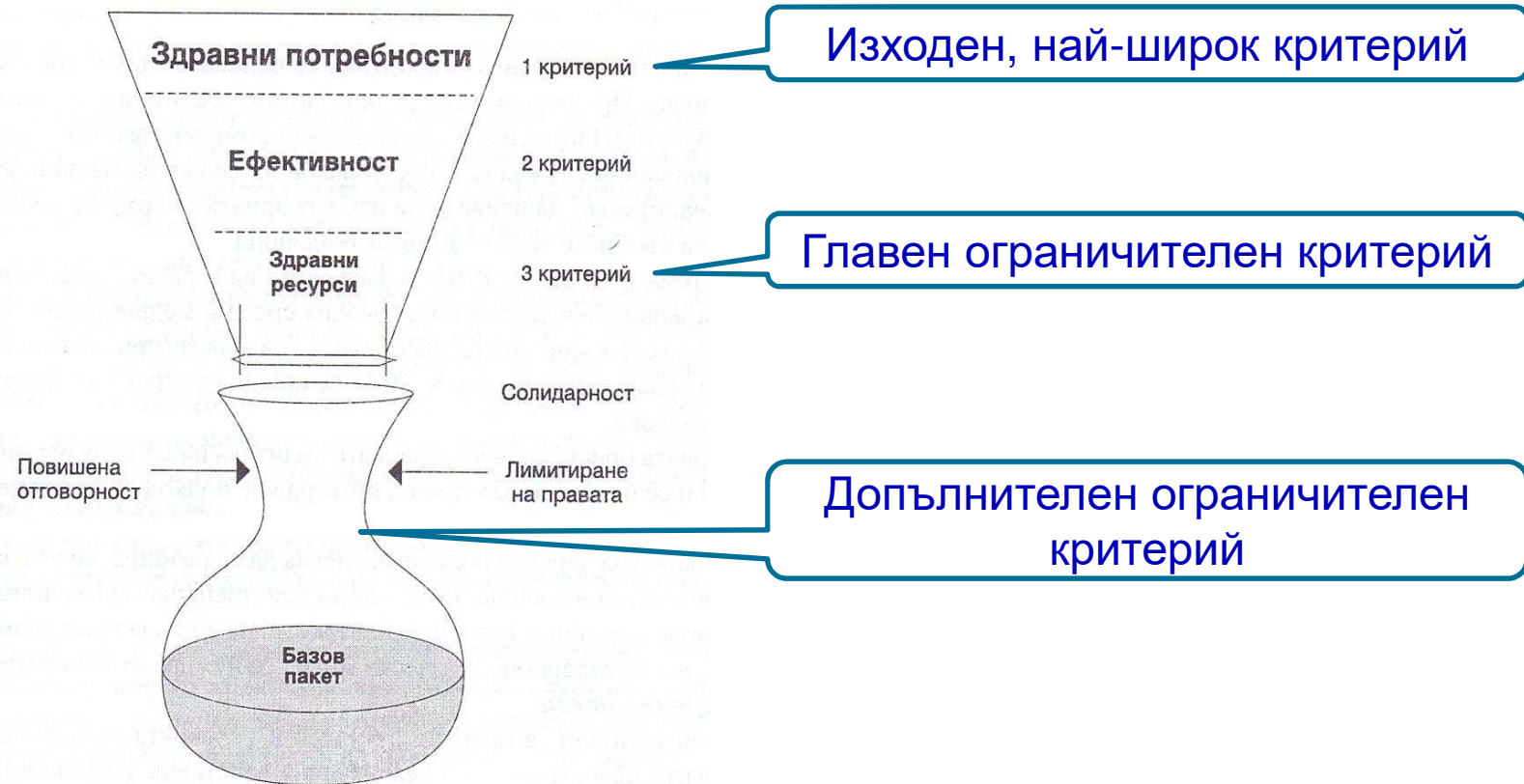
## ПРЕДМЕТ

- подходите за привличане на обществения интерес

# Формиране на здравната политика



# ПОДХОД ЗА ИЗГРАЖДАНЕ НА РЕАЛИСТИЧНА ЗДРАВНА ПОЛИТИКА /пример с Холандия/





# 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**

# **1. ИНТЕГРАЛЕН ПОДХОД В УПРАВЛЕНИЕТО И ФУНКЦИОНИРАНЕТО НА ЗДРАВНИТЕ СИСТЕМИ**

междусекторно сътрудничество;

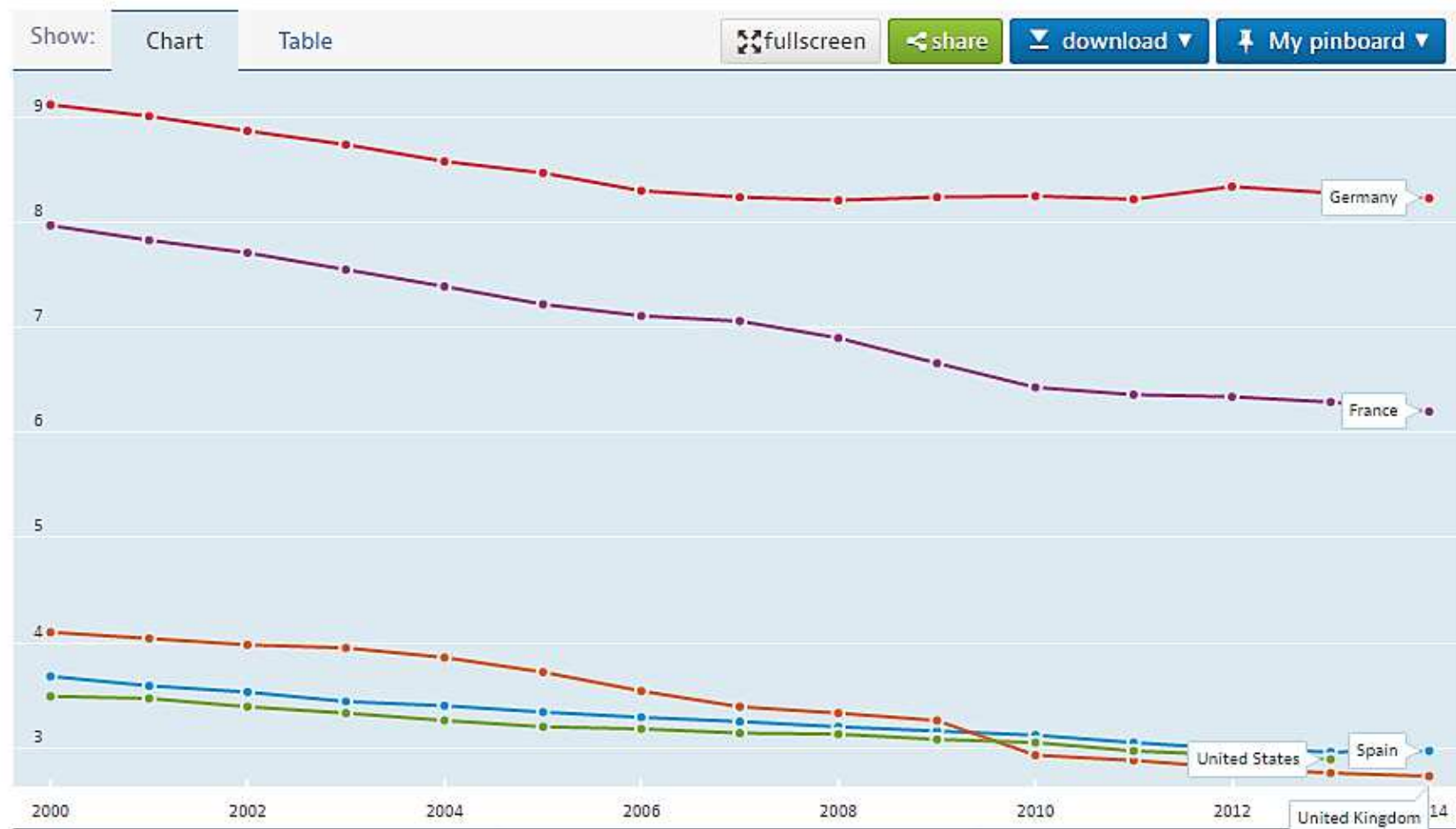
междуведомствената координация;

взаимодействие между нивата на медицинска помощ -  
първична, вторична и третична.

## 2. ПРЕОРИЕНТИРАНЕ ОТ БОЛНИЧНА ПОМОЩ КЪМ РАЗШИРЯВАНЕ НА ПЪРВИЧНИ ЗДРАВНИ ГРИЖИ

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

Source: Health care resources



# Hospital beds (per 1,000 people)

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

License: [Open](#)

Line

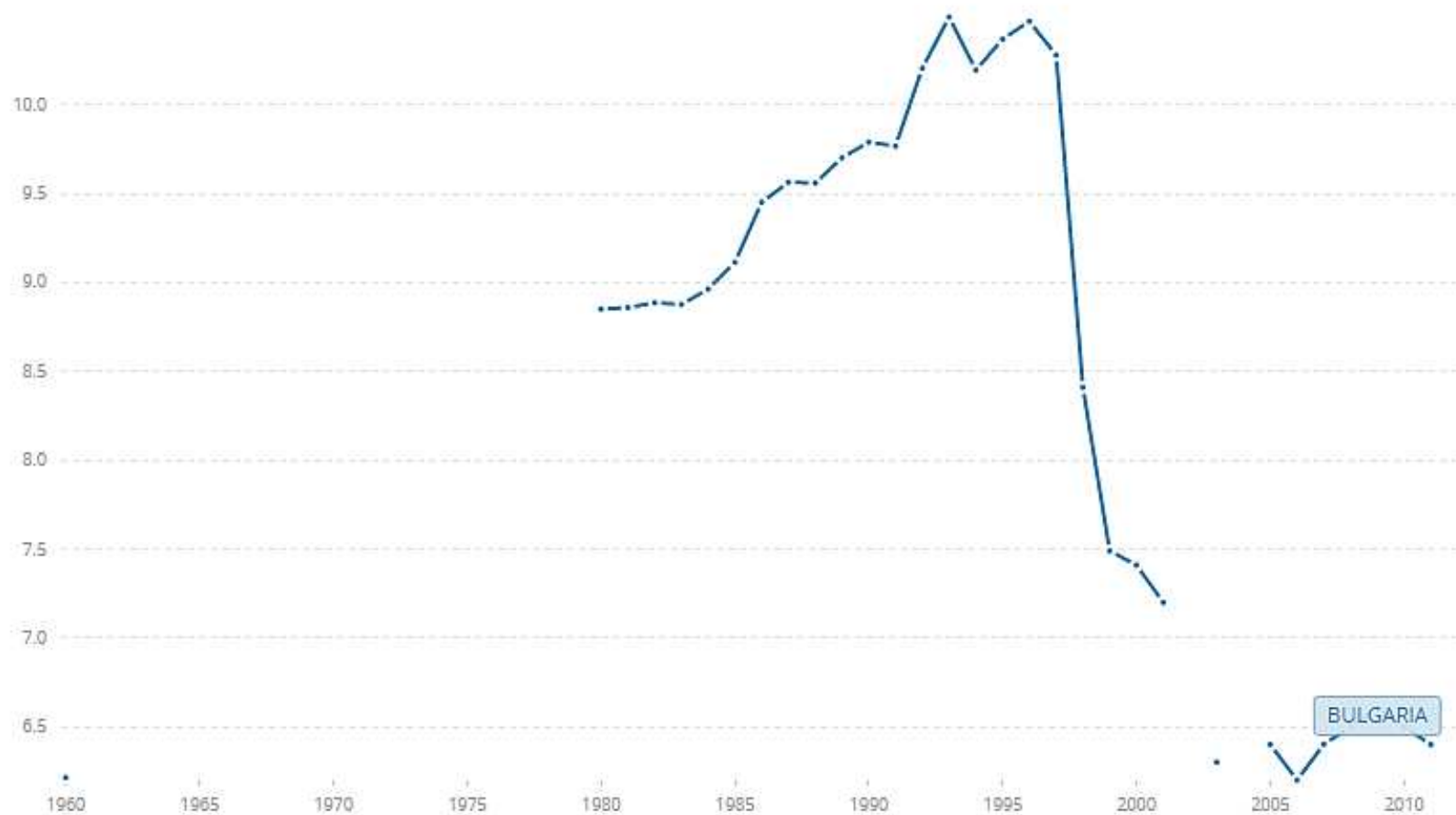
Bar

Map

Also Show

Share

Details



1960 - 2011



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

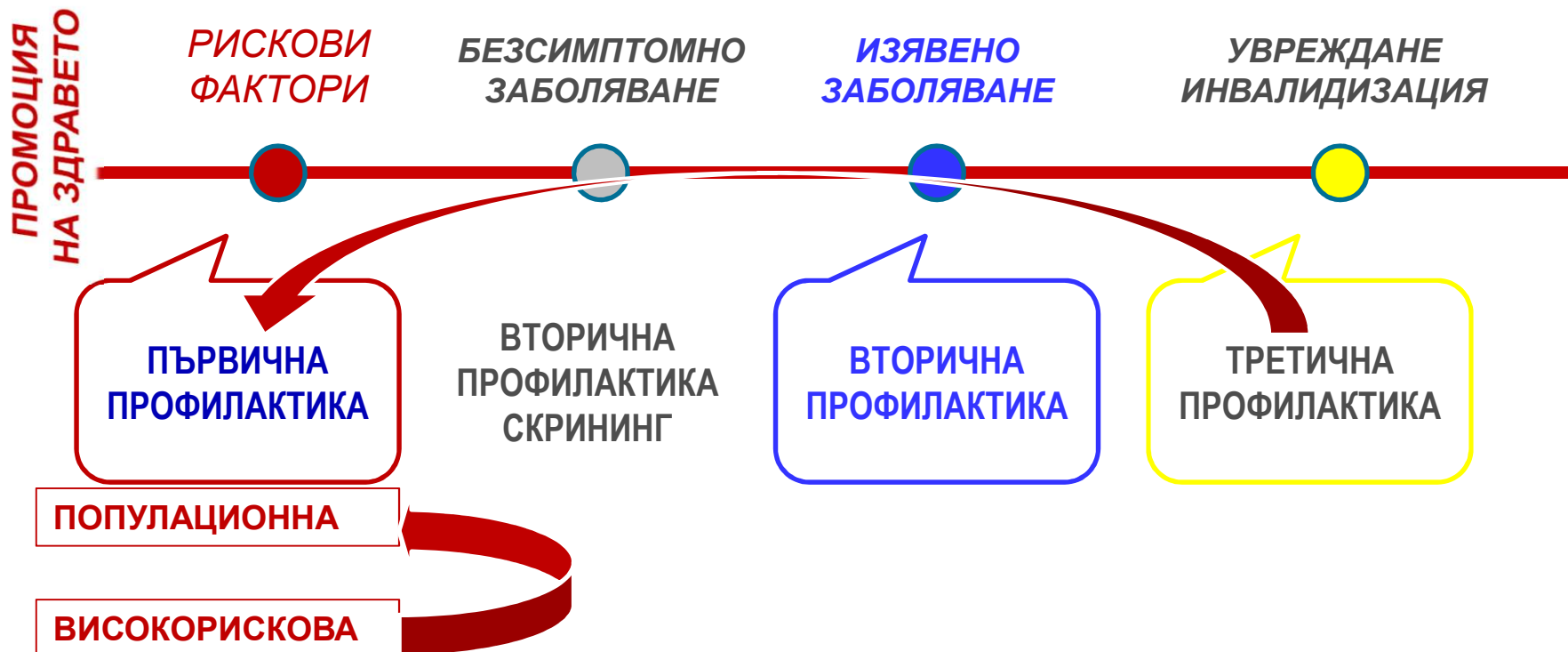
	Primary health care centres per 100000 <sup>1</sup>		Hospital beds per 100000 <sup>1</sup>		Average length of stay <sup>1</sup>		Physicians per 100000 <sup>1</sup>		GP per 100000 <sup>1</sup>		Nurses per 100000 <sup>1</sup>		Hospital services % TEH <sup>2</sup>		Ambulatory care % TEH <sup>2</sup>	
	1994	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 <sup>n</sup>	1063.3	1341 <sup>m</sup>	35.3 <sup>l</sup>	29.9	28.6 <sup>l</sup>	
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 <sup>g</sup>	43.7	22.8 <sup>g</sup>	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	269.2	328.6	138.7	95.9	469.7	855.2	36.6 <sup>b</sup>	34.2	26.8 <sup>b</sup>	28.6
France	...	...	891.8	716.8	11.7	11.7 <sup>l</sup>	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 <sup>d</sup>	781.2	32.1	29.0	28.7	28.6
Greece	...	...	490.7	481.7	9.0	7.9 <sup>m</sup>	383.6	534.6	...	...	255.3 <sup>z</sup>	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 <sup>e</sup>	32.9	19.0 <sup>e</sup>	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 <sup>l</sup>	30.8	596.7	393.9	10.8	7.6 <sup>n</sup>	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. <sup>c</sup>	215.4	290.0 <sup>n</sup>	77.3	92.5 <sup>n</sup>	680.0	1023.1 <sup>n</sup>	...	...	...	...
Malta	...	...	562.1	754.8	...	...	...	384.8	...	...	374.8 <sup>h</sup>	560.9	...	...	...	...
Netherlands	...	...	537.6	445.8	14.5	10.8	...	382.3	45.6	51.9	902.5 <sup>z</sup>	1479.3	35.2 <sup>e</sup>	34.9 <sup>m</sup>	23.9 <sup>e</sup>	22.3 <sup>m</sup>
Norway	...	...	419.5	411.8	8.4	7.2	278.5	374.1	75.3	75.3	1494.7	1553.6	37.3 <sup>d</sup>	35.5	24.5 <sup>d</sup>	25.4
Poland	...	...	634.2	516.2	11.1	6.4	227.6	203.2	...	...	541.1	468.8	27.1 <sup>l</sup>	27	28.2 <sup>l</sup>	26.5
Portugal	24.4	21.9 <sup>n</sup>	430.5	345.4	9.5	8.7 <sup>n</sup>	290.2	342.7 <sup>n</sup>	61.9	56.1 <sup>n</sup>	319.8	481.4	36.3 <sup>g</sup>	35.8	30.7 <sup>g</sup>	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**

## **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 служба 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**

## **ОСНОВНИ ХАРАКТЕРИСТИКИ НА ЛИБЕРАЛНИЯ ПЛУРАЛИЗЪМ /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**

## **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"> <li>✓ Икономическа свобода</li> <li>✓ Плуралистична собственост</li> </ul>	Плуралистична собственост
ИЗТОЧНИЦИ И УПРАВЛЕНИЕ НА РЕСУРСИТЕ	Държавно централизирано: <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Бюрократизиране</li> <li>✓ Намалена ефективност</li> <li>✓ Големи правомощия на висшите равнища</li> </ul>	Преобладаващ частен сектор	Държавно регулиране <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Силно здравно законодателство</li> <li>✓ Значително участие на местното самоуправление</li> </ul>
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"> <li>✓ Неадекватно и на ниско равнище</li> <li>✓ Към предлагането</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Разпилени отговорности</li> <li>✓ Към търсенето</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Пълно покриване</li> <li>✓ Към търсенето</li> <li>✓ Предлагане на профил. д-сти</li> </ul>
УСТОЙЧИВОСТ	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Устойчива             <ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Държавна собственост</li> <li>☞ Централизирано управление</li> </ul> </li> <li>✓ Неустойчиво развитие</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Устойчива             <ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Висока ресурсна обезпеченост</li> <li>☞ Пазарност</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Устойчива             <ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Висока ресурсна обезпеченост</li> <li>☞ Пазарност</li> <li>☞ Добро нормативно регулиране</li> </ul> </li> </ul>
ОБЩИ БЕЛЕЖКИ	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Целесъобразност при необходимост от бърза координация или при крайно ограничени ресурси</li> <li>✓ Бивши социалистически страни, Англия, Дания</li> </ul>	САЩ	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Децентрализация/Регионализация</li> <li>✓ Здравноосигурителни фондове</li> <li>✓ Осигурено цялото население</li> <li>✓ Болшинството развити икономически страни</li> </ul>