



**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – ПЛЕВЕН  
ФАКУЛТЕТ „ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ”**

**ЦЕНТЪР ЗА ДИСТАНЦИОННО ОБУЧЕНИЕ**

**КАТЕДРА „ОБЩЕСТВЕНОЗДРАВНИ НАУКИ”**

**ЛЕКЦИЯ № 3**

**ЗА ДИСТАНЦИОННА САМОПОДГОТОВКА ПО УЧЕБНА ДИСЦИПЛИНА  
„ЗДРАВНО ЗАКОНОДАТЕЛСТВО”**

**ЗА СТУДЕНТИ ОТ СПЕЦИАЛНОСТ „ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ И  
ЗДРАВЕН МЕНИДЖМЪНТ”**

**ТЕМА : ПРИОРИТЕТИ И МОДЕЛИ НА ЗДРАВНАТА ПОЛИТИКА В РАЗВИТИТЕ  
СТРАНИ**

**РАЗРАБОТИЛ: ДОЦ. Д-Р ГЕНА ГРЪНЧАРОВА, Д.М.**

**Гр. Плевен  
2017 год.**

## **ПРИОРИТЕТИ И МОДЕЛИ НА ЗДРАВНАТА ПОЛИТИКА В РАЗВИТИТЕ СТРАНИ**

Независимо от съществуващите различия в отделните здравеопазни системи в развитите страни, показателите за обществено здраве имат редица общи характеристики и тенденции. Задълбоченият анализ на здравеопазните системи в тези страни позволява да се очертаят редица общи закономерности и тенденции в здравната стратегия на развития свят. Към най-важните общи приоритети и тенденции могат да се отнесат:

### ***1. Интегрален подход в управлението и функционирането на здравеопазването***

Това означава, че здравеопазването се разглежда и оценява като система от множество взаимосвързани елементи. Решенията в областта на здравната политика все повече отчитат анализите и прогнозите в развитието на икономиката, комуникациите, културата, демографските процеси, екологичните проблеми в дадена страна и др., а не само развитието на медицинските технологии. Все по-голямо внимание се отделя на междусекторното сътрудничество и на междуведомствената координация в областта на опазване на здравето.

Освен това, самото здравно обслужване се разглежда като система от няколко взаимосвързани и взаимодействащи си елементи: диагностично-лечебни звена, профилактични звена, звена за продължителни грижи и рехабилитация, здравно възпитание и промоция на здравето, социално подпомагане и мобилизиране на здравната самодейност на населението. Интегралният подход се изразява и във взаимодействието между различните нива на медицинска помощ - първична, вторична (специализирана) и третична (високоспециализирана).

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

Във всички развити страни се утвърждава все по-широко становището, че цялостното подобряване на здравното обслужване на населението зависи в много голяма степен от състоянието на т.нар. ***първични здравни грижи***, които са най-близо до населението, засягат основни здравни потребности, осъществяват се на първия етаж от пирамидалната структура на здравната служба и на най-ниска цена, което ги превръща в основен подход за ограничаване на разходите за здравна помощ.

Доброто ниво на първичната здравна помощ в икономически развитите страни се разглежда като изключително важен фактор за повишаване ефективността на здравната система като цяло. Понастоящем дори и най-богатите страни са разтревожени от стремителния ръст на цените на здравните услуги, свързан с въвеждането на нови скъпоструващи здравни технологии и разширяване на търсенето на здравна помощ във връзка със застаряването на населението и нарастването на честотата на хроничната патология.

В болшинството развити страни повече от 70% от заделените средства за здравеопазване се поглъщат от болничния сектор на здравната служба. В същото време в болнич-

ни условия се удовлетворява съвсем малка част от здравните потребности на населението. В повечето развити страни се приема, че е достигнат оптимумът в развитието на болничната помощ и не е необходимо разширяване на легловия фонд. Търсят се начини за намаляване на болничния престой и по-рационално използване на наличните болнични легла, а също така и възможности за разширяване на някои алтернативни форми на скъпо болнично обслужване - домашен стационар, дневен стационар, заведения за хронично болни и др.

Опитът на много страни доказва, че голяма част от здравните потребности могат да бъдат удовлетворени на нивото на първичната здравна помощ. Именно поради това тя заема водещо място в здравните реформи, осъществявани в страните от Централна и Източна Европа. Едновременно с механизмите за подобряване на качеството на първичната здравна помощ, се търсят начини за ориентиране на по-голям дял от разходите за здраве към първичната здравна помощ.

Същността на понятието **“първични здравни грижи”** е дискутирана и уточнена на Международната конференция по първична здравна помощ, проведена през 1978 г. в Алта Ата. В декларацията на тази конференция се посочва, **че минимумът от първични здравни грижи включва 8 основни елемента:**

- здравна информираност и здравно възпитание на населението;
- осигуряване на рационално хранене;
- хигиена на околната среда;
- профилактични и лечебни грижи за майките и децата;
- профилактика на инфекциозните заболявания (имунизации, ваксинации и др.);
- профилактика на социално-значимите заболявания;
- осигуряване на лечение на най-разпространените заболявания и травми;
- осигуряване на достъп до най-необходимите лекарства.

Централна фигура в осигуряването на тези първични грижи е общопрактикуващият лекар, който е изграден специалист по обща медицина, добре запознат с медико-социалните проблеми на обслужваните от него пациенти. Неговата главна задача е да посрещне най-масовите здравни потребности на населението като сведе до разумен минимум препращането на пациентите към тесните специалисти и болниците. В болшинството западноевропейски страни броят на общопрактикуващите лекари е по-голям от този на тесните специалисти.

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

Тази тенденция се изразява в стремежа да се децентрализира вземането на управленчески решения и да се засили ролята на местното (общинско) ниво, което е продиктувано от общественения натиск върху здравните заведения за по-бързо и качествено удовлетворяване на специфичните потребности на населението от съответния регион,

както и от необходимостта за засилване на междусекторното сътрудничество на общинско ниво. Децентрализацията съответства на приоритета, който се отдава на първичните здравни грижи и способства за доближаване на основните видове профилактична и лечебна дейност до населението. Тя логично предполага съответна регионализация и ешелониране на здравното обслужване, което е основен организационен принцип за изграждане на здравните служби в развитите страни.

#### **4. Нови подходи към профилактиката и промоцията на здравето**

Все по-голямо внимание се отделя на профилактиката на социално-значимите заболявания. Паралелно с утвърдения от средата на 80-те години от СЗО високорисков подход към профилактиката, все повече се разширява популационната стратегия за първична профилактика, която е насочена към редуциране на водещите рискови фактори за социално-значимите заболявания сред цялото население. Прилагането на популационната стратегия позволява на практика да се осъществява интегрален подход в профилактиката, което означава насочване на усилията не към профилактика на единични заболявания, а едновременно към водещите социално-значими заболявания (сърдечно-съдови, злокачествени новообразувания, травми и др.), които са породени от сходни рискови фактори.

Отделя се приоритетно внимание на поведенческите рискови фактори и утвърждаването на здравословен начин на живот на населението. Епидемиологията все повече се утвърждава като базисна наука на превантивната дейност.

Все по-широко се разгръща движението за **промоция на здравето** като нова парадигма и философия на новото обществено здравеопазване.

#### **5. Здравна самопомощ и взаимопомощ на населението**

Съществен елемент в развитието на здравеопазването в развитите страни се явява също така вниманието, което се отделя на здравната самопомощ и взаимопомощ сред населението. Чрез съвременните методи за здравно възпитание болните и здрави лица се обучават как да живеят с хроничните заболявания и недъзи и как да се справят с проблемите си в сложния обкръжаващ свят, как да помагат на своите близки, как да използват своята остатъчна трудоспособност в случай на инвалидизация и т.н. Разкриват се клубове, фондации, доброволни организации и други институции за подкрепа на болни с определени заболявания, за подкрепа на стари хора, лица с недъзи и др.

#### **6. Ускорено внедряване на нови диагностични, профилактични и лечебни технологии**

Последните десетилетия бележат невероятен ръст на нови технологии в здравеопазването. Постиженията в областта на молекулярната биология, биотехнологиите, органната трансплантация, невробиологията, внедряването на ядрено-магнитен резонансов скенер, позитронно-емисионна томография и много други технологии увеличават

значително диагностичните и терапевтични възможности на съвременната медицина, но едновременно водят до непрекъснато нарастване на разходите за здравеопазване.

### ***7. Невероятно бързо развитие има информатиката и приложението на нейните постижения в здравеопазването***

Разработват се и се внедряват високоефективни информационни системи за управление на ресурсите, за оценка на здравния статус на населението, за управление и оценка на ефективността на здравните дейности, за управление на диагностичните процеси и др.

### ***8. Повишено внимание към контрола на качеството и оценката на здравните дейности***

Във всички развити страни се отделя голямо внимание на разработването на нови методи за контрол на качеството на здравеопазната дейност, като се търсят подходящи критерии и стандарти за оценка на качеството на процесите и на резултатите. Търсят се подходящи измерители на позитивното здраве като критерии за измерване на качеството на резултатите от здравната дейност. Приоритетно място заема също така оценката на ефективността в използването на материалните и кадрови ресурси, като се акцентира върху оценката на икономическата ефективност.

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

В повечето страни се наблюдава нарастващ интерес към внедряването на пазарните принципи и механизми в здравеопазването в отговор на нарастващите разходи и на повишените изисквания на населението за по-добър избор на здравно обслужване. Преценява се, че конкуренцията в пазарни условия е съпроводена с по-висока икономическа ефективност, по-добър контрол и качество на здравните услуги, което води до по-рационално използване на ресурсите в здравеопазването.

Здравеопазните реформи за внедряване на пазарни механизми могат да бъдат различни по характер. Например, във Великобритания след 1990 г. се внедрява т. нар. вътрешен пазар в Националната здравна служба, което всъщност представлява прибавяне на пазарен механизъм към държавно финансирана здравеопазна система. В Германия, Холандия, Австрия и др. се прилага подход за прибавяне на пазарен механизъм към финансирана чрез здравно-осигурителен фонд здравеопазна система. Източно-европейските страни се ориентират към преминаване от данъчно финансирана обществена система към финансирана чрез здравно-осигурителен фонд (с възможно прибавяне на определени пазарни механизми).

Внедряването на пазарни механизми се разглежда като важно средство за подобряване качеството и ефективността на здравеопазната дейност, а не като цел. Именно поради това болшинството развити страни се стремят да внедряват регулиран пазар с елементи на плановост.

## **10. Усъвършенстване на здравното законодателство, развитие на здравния мениджмънт и повишаване на управленческата култура в системата на здравеопазването**

Всички посочени по-горе тенденции налагат непрекъснато усъвършенстване на здравното законодателство и внедряване на подходите и методите на съвременния мениджмънт в здравеопазването. Все по-ясно се осъзнава, че е немислима реализацията на здравеопазните реформи в която и да е страна без висока управленческа култура в цялата система на здравеопазването. Във всички развити страни съществува добре разгърната перманентна система за подготовка на управленчески кадри за нуждите на здравеопазването.

### **ТИПОЛОГИЯ НА ЗДРАВНИТЕ СИСТЕМИ**

При **характеристика на моделите на здравните системи** в различните страни М.Попов и Ж. Големанова (1977, 2000) се опират на следните **критерии**:

1. Ролята на държавата по отношение на собствеността и организацията на дейността на здравните институции.
2. Източниците и управлението на ресурсите.
3. Степен на пазарност.
4. Покриване на потребностите, т.е. дали системата е ориентирана към предлагането или към търсенето на медицинска помощ от гражданите.
5. Устойчивост на системата.

Според тези критерии се оформят **три типа здравни системи**:

1. Система на държавния монополизъм.
2. Система на либералния плурализъм.
3. Система на ограничения етатизъм.

### **СИСТЕМА НА ДЪРЖАВНИЯ МОНОПОЛИЗЪМ (ДЪРЖАВЕН ХАРАКТЕР НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО)**

**Основните характеристики на този модел са:**

1. Държавата е собственик на здравните институции и на ресурсите (с изключение на персонала, но включително средствата за неговата издръжка).
2. Държавно централизирано управление на ресурсите, което обективно води до бюрократизиране на системата и намаляване на нейната ефективност. Централизираните структури предполагат наличност на големи правомощия на висшите равнища на управление и все по-малки – на по-ниските равнища. Високото йерархично положение на управляващия орган (Министерството на здравеопазването) му

дава възможност да разпределя ресурсите и да взема задължителни решения спрямо останалите.

3. Пълна липса на пазарни елементи и саморегулация на системата, което я отдалечава от потребителите.
4. Потребностите се покриват, но не винаги адекватно и общо взето на ниско равнище.
5. Здравните дейности са ориентирани най-вече към предлагането ("предоставяне на медицинска помощ на цялото население, което не се заплаща непосредствено от гражданите), а не към търсенето на здравна помощ от населението, което снижава ефективността на системата.
6. Системата е устойчива чрез държавната собственост и централизирано управление, но нейното развитие е неустойчиво.
7. Такъв модел е целесъобразен при необходимост от бърза координация на дейностите или при крайно ограничени ресурси.
8. Типична е за сегашните и бившите социалистически страни.

В света обаче има примери за устойчиво развитие на такъв модел в някои развити страни като Англия, Дания и др., но в тези страни държаният монополизъм се съчетава с внедряване на пазарни механизми в здравеопазването, което прави системата устойчива и добре балансирана.

Подходящ пример е английското държавно здравеопазване във Великобритания, въведено през 1948 г. от лорд Бевъридж. Финансирането на здравеопазните дейности се осъществява за сметка на държавния бюджет (около 85%), специални вноски на работещите (около 10%) и средства, постъпващи от пациентите (5%) за изписани рецепти, ползване на някои платени услуги в стоматологията, допълнително заплащане за по-добри условия при болнично лечение и др.

Англия се счита водеща страна по отношение въвеждането и утвърждаването на общата медицина като най-важен елемент на първичната здравна помощ. Лекарите от общата практика (семейните лекари) играят ключова роля в медицинското обслужване. Те съставляват над 60% от всички лекари, но не са държавни служители, а работят на основата на договор с Националната здравна служба. Населението има право на избор на свой семеен лекар и се записва в неговия списък. Средно на 1 общопрактикуващ лекар се падат около 2200 души, а отделният лекар не може да обслужва повече от 3500 души. Преобладаващата част от общопрактикуващите лекари работят по системата на груповата лекарска практика.

Характерна е силната служба за патронаж от акушерки, сестри за медицинска помощ в дома, патронажни сестри и социален работник със строго определени функции и задължения.

През последните години здравеопазването в Англия е обект на изключително внимание от страна на държавата и обществото. От началото на 90-те години на 20-ти век британското здравеопазване претърпява съществена реформа, която е насочена към по-добро здравно обслужване на пациентите и по-голям избор на здравните услуги, както и по-голямо удовлетворение и възнаграждение за работещите в Националната здравна служба.

Реформата предвижда много по-широко въвеждане на пазарните механизми в здравеопазването, усъвършенстване на управлението на Националната здравна служба на всички нива, предоставяне на по-големи права и отговорности 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.

Системата на финансиране е от типа **децентрализирано правителствено бюджетно финансиране съчетано с "вътрешен пазар"**. Средствата се предоставят на местните ръководни здравни органи, които сключват договори с болниците и общопрактикуващите лекари за съответен обем здравни услуги при определени изисквания за качество, своевременност и достъпност. На по-големите групови практики на общопрактикуващите лекари също се отпускат средства директно от държавата, а те, от своя страна, сключват договори (закупуват услуги за обслужването от тях население) с изпълнителите на вторична и третична помощ.

По такъв начин се оформят двете страни на пазарните отношения: купувачи (финансирани) в лицето на местните здравни органи и големите практики за първична помощ и предоставящи здравна помощ (продавачи) в лицето на здравните заведения за вторична и третична помощ и частните специализирани кабинети.

## **СИСТЕМА НА ЛИБЕРАЛНИЯ ПЛУРАЛИЗЪМ (ПРЕДИМНО ЧАСТНА ФОРМА НА ЗДРАВНО ОБСЛУЖВАНЕ)**

Типичен представител на този модел на здравна система е САЩ. Характеризира се със **следните особености**:

1. Основава се на икономически либерализъм (икономическа свобода) и плуралистична собственост на ресурсите на здравеопазването. Едновременно съжителстват различни форми на собственост: държавни болница, частни болници и частна първична здравна помощ, здравни заведения, финансирани и поддържани от религиозни и благотворителни организации.
2. Като цяло обаче преобладаващ е частният сектор, особено в предоставянето на най-масовите здравни услуги на населението. Първичната здравна помощ, включително по-голямата част от амбулаторната помощ, се предоставя най-вече от частнопрактикуващи лекари в техните частни кабинети, откъдето идва и названието на този модел на здравеопазна система. В условията на първичната здравна помощ работят не само общопрактикуващи или семейни лекари, но и специалисти интернисти, педиатри и акушер-гинеколози. Въпреки че през последните години се



полагат усилия за увеличаване на броя на общопрактикуващите лекари, болшинството лекари от първичната помощ са специалисти по вътрешни болести или педиатрия, които работят поединично (соло) или в условията на груповата практика. Последната придобива широко разпространение като тези обединения се ползват и от финансовата подкрепа на държавата поради увеличаване възможностите за съвременно оборудване, взаимозаменяемост, консултации и др.

3. Вторичната здравна помощ се оказва предимно в частни болници (над 70% от болничните заведения), работещи нон-профит, макар че в последните години бързо нараства броят на частните болници, работещи за печалба. Друг вид болници са тези, които се издържат от различни религиозни и благотворителни организации и съвсем малък брой болници са държавни. Третичната помощ се осъществява от медицински центрове, болшинството от които са асоциирани към медицинските училища.
4. Пазарните механизми са силно застъпени, макар и с регулиране от страна на държавата (нормативно регулиран пазар). Намесата на държавата е силна, когато трябва да се гарантират правата на здравословни условия на живот на гражданите чрез добро здравно законодателство и е доста по-ограничена по отношение на самата организация и оказването на медицинска помощ на гражданите.
5. Значително се разпиляват отговорностите за здравеопазването на гражданите и за оказваната им медицинска помощ.
6. Системата е устойчива поради високата ресурсна обезпеченост и наличността на пазарност.
7. Ориентирана е предимно към търсенето на медицинска помощ и здравни дейности.
8. Финансирането на медицинската помощ идва от множество източници. Основен източник на финансиране е частното здравно застраховане. Със застраховане по месторабота са обхванати около 60% от работещите. Достъп до медицинско застраховане нямат безработните, бездомните, членовете на семействата на работниците, заети в предприятия без медицинско осигуряване.

Липсата на национална програма, която да обезпечава здравно осигуряване за всички лица се компенсира в известна степен с финансиране на две широкомащабни програми от федералното правителство и правителствата на отделните щатове. Това са програмите **Medicare u Medicaid**.

**Medicare** е програма на федералното правителство, създадена през 1965 г., която обхваща всички лица над 65 години и инвалидите. Програмата обезпечава безплатно болнично лечение на тези категории лица в течение на 120 дни един път след навършване на 65 г. и по-нататък 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 съвместно от федералното правителство и правителствата на отделните щатове за предоставяне на безплатни здравни услуги на лицата, живеещи под определен социален минимум. В рамките на общи правила, разработени от федералното правителство, всеки щат определя кой има право да се ползва от тази програма и за какви здравни услуги и тъй като социалният минимум е твърде различен в отделните щатове, то съществуват 50 различни програми.

Общо от двете програми годишно се ползват около една четвърт от населението на САЩ. И двете програми срещат съпротива от частнопрактикуващите лекари. Те безпокоят и правителството, тъй като в резултат на нарастващата средна продължителност на предстоящия живот и задълбочаващото се застаряване на населението, все по-голям брой американци попадат в обхвата на програмата Medicare. Това значително натоварва държавния бюджет и изисква заделяне на все повече средства за поддържането на тези две осигурителни програми.

Общите разходи за здравеопазването в САЩ за последните 50 години са нараснали над 50 пъти. САЩ е страната, която заделя над 15% от брутният си вътрешен продукт за здравеопазване.

Безплатна помощ за сметка на федералното правителство, освен чрез посочените по-горе програми, се оказва само на държавните служители, на ветераните от войните, на моряците от търговския флот и на индианците, живеещи в резерватите.

През последните години усилено се обсъжда необходимостта от здравна реформа и въвеждане на всеобщо застраховане на населението за всички видове медицинска помощ, като работодателите да застраховат своите работници, а правителството да плаща за безработните. Поставя се въпросът за предприемане на инициативи, които да разширят мащабите на първичната помощ - да се стимулират застрахователните компании да заплащат стойността на тази помощ, като провеждат приоритетно финансиране на службите, оказващи първична медицинска помощ и като изменят реда на застрахователните плащания, така че хирургичните намеси и други процедури, които не са необходими, да станат неизгодни за лекарите, които ги извършват.

Американската медицинска асоциация играе голяма роля в определяне цените за медицинско обслужване на пазарен принцип и в контрола на качеството на подготовка на лекарите за практическа дейност, така като и Асоциацията на американските медицински колежи и другите професионални асоциации на здравните специалисти.

Департаментът по здравеопазването ръководи основно дейността по обезпечаване на населението с медицинска помощ, организацията на карантинната служба, медицинската наука, държавния контрол върху хранителните средства и лекарствата.

Департаментите на щатовете, градовете или районите осъществяват само общото ръководство на лечебните учреждения, които работят самостоятелно. Те се финансират частично за сметка на местния бюджет, но основното финансиране идва от средствата, получени от пациентите. Някои видове извънболнична помощ, обслужването на туберку-

лозно, психично и инфекциозно болните, здравните центрове за профилактика на жените и децата се финансират от бюджета на щатовете.

Развитието на профилактиката и усъвършенстването на първичната медицинска помощ се разглеждат като основни лостове за намаляване на прекомерните разходи за медицинско обслужване.

## **СИСТЕМА НА ОГРАНИЧЕНИЯ ЕТАТИЗЪМ (ЗДРАВНО-ОСИГУРИТЕЛНА СИСТЕМА)**

Наименованието на този модел идва от ограничената роля на държавата (от френски "etat" – държава) във финансирането на здравната помощ и управлението. Системата е типична за болшинството развити икономически страни (Западна Европа, Канада, Япония и др.) и се характеризира със **следните черти**:

1. Държавно регулиране главно по нормативен път чрез силно здравно законодателство и значително участие на местното самоуправление (местна администрация, локална здравна администрация).
2. Налице е плуралистична (обществена и частна) собственост на ресурсите на здравеопазването.
3. Системата има добре развити пазарни механизми (независими пазарни обекти) и потребностите се покриват напълно за цялото население (с малки изключения).
4. Системата е ориентирана към търсенето на медицинска помощ, но без да се пренебрегват и формите на предлагане, особено по отношение на профилактични дейности.
5. Системата е устойчива благодарение на високата ресурсна осигуреност, добре функциониращите пазарни механизми и доброто нормативно регулиране чрез силно здравно законодателство.
6. Налице е децентрализация в управлението и регионализация на здравните грижи. Здравните институции имат широки права за самоуправление. Органите на местното самоуправление, избирани от населението, упражняват независими от държавата функции и власт и имат широки правомощия да решават здравните проблеми в съответствие с потребностите и желанията на гражданите. Така например, в Швеция графствата са напълно отговорни за предоставянето на медицинска помощ на населението; във Финландия това е функция на общините; в Норвегия общините отговарят за първичната медицинска помощ, а окръзите – за болничната. В Германия, Холандия и Швейцария съществува регионализация на масово ползваните здравноосигурителни системи.

Регионализацията може да има различни форми: да бъде комбинирана с различни финансови системи, да съдържа различна степен на свобода на избор (за гражданите) и на конкуренция (за здравните институции).

Регулиращите функции на централното правителство се осъществяват по нормативен път и чрез въвеждането или изменянето на икономическите механизми. Регионалните власти обаче оказват самостоятелно регулиращо въздействие, независимо от държавата.

В Швеция, например, местните съвети определят броя на общопрактикуващите лекари в района и броя на посещенията (без заплащане) при всеки лекар (Jonsson, B., 1990).

При децентрализираните структури координацията се извършва чрез непосредственото взаимодействие между отделните елементи, а не посредством по-висш йерархичен орган. За целта всеки от елементите притежава достатъчни управленски правомощия. Децентрализацията намира израз и в кооперирането на еднородни здравни заведения (напр. болници) за постигане на общи цели, както и в междусекторното сътрудничество на различни служби или организации в дадена териториална общност.

7. Същественото при този модел е наличието на отделени от държавата **здравноосигурителни фондове**, чрез които се изплащат разходите по обслужването на болните, нетрудоспособните и възрастните. Фондовете имат юридическа самостоятелност и свои органи на управление, а лекарите и лечебните заведения встъпват в договорни отношения с тях при определени условия за заплащане на здравните услуги и предоставяне на качествени и ефективни здравни грижи.

Със задължително застраховане е обхванато цялото население, но формирането на обществените фондове представлява сложен процес, в който **вземат участие три страни: работещите, работодателите и държавата**.

В зависимост от дела на участие на всяка една от тези три страни различаваме **две основни групи страни**:

**В първата група** са държавите, в които основната част от постъпленията в обществените фондове за здравеопазване идват от държавния бюджет. Типични примери в това отношение са Швеция, Исландия, Финландия и др., където медицинското обслужване е построено на принципа на социалното осигуряване, като финансирането е на тази тристранна основа, но превалират държавните субсидии.

**Във втората група** влизат Япония, Германия, Холандия, Белгия, Франция и др. При тях формирането на обществените фондове на здравеопазването става основно чрез целеви вноски на работещите и работодателите, а държавата поема вноските само на някои определени категории лица. По действащите законодателства целевите вноски се плащат от работещите и от работодателите като определен процент от облагаемия доход. Във всяка страна този процент е различен като най-често се поделва по равно между осигуреното лице и работодателя.

Развитите страни, възприели здравноосигурителната система, имат едни от най-добрите показатели за обществено здраве - много ниска детска смъртност, висока средна продължителност на предстоящия живот, по-успешно преодоляват социално-значимите заболявания и имат по-здравословен начин на живот на населението. Единодушно е мнението, че този модел на здравеопазна система в най-голяма степен удовлетворява **изискванията за съвременна и ефективна система за финансиране на здравеопазната дейност**, а именно:

1. Справедливост за всички участници в системата;

2. Адекватност;
3. Стабилност;
4. Въздействие върху предлагането;
5. Въздействие върху търсенето;
6. Осигуряване на междусекторни връзки.

Към казаното в началото на този раздел, следва да добавим, че **здравно-осигурителната система има още редица предимства:**

2. Включване на по-голям брой източници на финансиране и натрупване на мощни парични фондове с целево предназначение;
3. Адресен характер на отговорността за здравето;
4. Участие на осигурения във финансиране и управление на системата при спазване на принципите на общодостъпност и социална справедливост;
5. Възможност за по-точно планиране на необходимите средства за здравеопазната система;
6. Създаване на предпоставки за междусекторно планиране и здравно програмиране;
7. Възможност за въвеждане на стимулиращи и санкциониращи механизми за осигуряване здравословен начин на живот;
8. Възможност за прилагане на икономически лостове за повишаване ефективността и качеството на здравното обслужване.

Поради тези причини страните от Централна и Източна Европа, чиито икономики са в състояние на преход, също преминават към тази система, макар и с много трудности и бавни темпове.