



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

**ЦЕНТЪР ЗА ДИСТАНЦИОННО ОБУЧЕНИЕ**

**КАТЕДРА „ОБЩЕСТВЕНОЗДРАВНИ НАУКИ”**

**ЛЕКЦИЯ № 5**

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

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

**ТЕМА : ОСНОВНИ НАСОКИ НА ЗДРАВНАТА РЕФОРМА В БЪЛГАРИЯ**

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

**Гр. Плевен**

**2017 год.**

## ОСНОВНИ НАСОКИ НА ЗДРАВНАТА РЕФОРМА В БЪЛГАРИЯ

Към края на 1980-те години в много страни настъпват дълбоки политически и икономически промени, насочени към пазарно-ориентирани икономики, намаляване участието на държавата в националните икономики, по-малък контрол от страна на държавата и повече децентрализация. Здравната система в България не е изолирана от тези промени. В идеологичен план това означава поставяне на по-голям акцент върху индивидуалния избор и отговорност, а в политически план - намаляване на обещанията и очакванията за ролята на държавата.

Здравните системи не са и не могат да бъдат изолирани от тези широкомащабни промени. В същото време очакванията на хората спрямо здравните системи са по-големи откогато и да било преди. Потребностите и натискът върху здравните системи, както върху обществените, така и върху частния сектор, нарастват във всички страни, независимо дали са бедни или богати. Едно от последствията от тези процеси е значимо **нарасналият интерес към осигурителните механизми, включително към частното финансово застраховане.**

Светът днес експериментира различни варианти на здравни системи, но във всички страни фокусът е насочен към подобряване на дейността, организацията, правилата и инициативите, способстващи за ефективно и справедливо използване на ограничените ресурсите за достигане на целите на здравната система, защото здравето на хората винаги трябва да бъде национален приоритет.

## НЕОБХОДИМОСТ ОТ РЕФОРМА В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Анализът на съвременното състояние на здравната система у нас категорично доказва необходимостта от промени, както в организацията и финансирането на здравеопазването, така и в подобряване на качеството на здравните услуги и условията на работа на заетите в тази сфера и промяна на личната отговорност за опазване на индивидуалното, семейното и общественото здраве.

Здравеопазването в България се нуждае от широк политически и граждански консенсус, за да бъде признато за национален приоритет. То е основополагащо за социалното развитие на страната ни и се нуждае от най-големи инвестиции.

### ***Три основни причини за реформа:***

- Влошаващо се здравно състояние на населението;
- Доказана неефективност на здравната система;
- Несъответствие на здравеопазването с общите тенденции на развитие на страната към демокрация, пазарна икономика и приобщаване към Европейските стандарти и ценности.

***Влошаването на здравното състояние на населението се изразява в:***

- Повишаване на общата смъртност като резултат не само от демографското застаряване на населението, но и на повишаване на детската смъртност и смъртността в активна възраст.
- Намаляване на средната продължителност на предстоящия живот, особено при мъжете.
- Повишаване на заболяемостта, болестността и смъртността от социалнозначими заболявания.
- Нарастване на относителния дял на тежката инвалидност.
- Тревожни данни за физическото развитие и дееспособност на младите възрастови групи.

***Неефективността на съществуващата здравна система се доказва от:***

- Наличие на добре развита мрежа, съизмерима по количествени показатели с европейските страни, но натовареността на този потенциал не отговаря на възможностите му.
- Небалансирано развитие и диспропорции в дислокацията на здравната мрежа.
- Остаряла и неадекватна на потребностите система за финансиране и липса на ефективни стимули в здравеопазването.
- Допълнително влияние оказват пониженият стандарт и качество на живот на големи групи хора, някои екологични фактори, острият и хроничен стрес и др.

***Несъответствието на здравеопазването с общоевропейските стандарти и ценности се доказва от:***

- Липса на реална защита на правата на гражданите по отношение на тяхното здраве.
- Липса на баланс в структурата на собствеността в здравеопазването.
- Липса на икономически и финансови стимули за развитието на системата и качеството на медицинската помощ.
- Ориентация към предлагането, а не към търсенето на медицинска помощ, което води до развитие на неадекватни на потребностите здравни структури.
- Пренебрегване на съвременните подходи за обучение и следдипломна квалификация на висшия персонал и другите здравни специалисти.
- Непълно използване на такива важни фактори за здравната политика като професионално-съсловните организации, други правителствени и неправителствени организации, медии и др.

## **ЦЕЛИ И ПРИНЦИПИ НА ЗДРАВНАТА РЕФОРМА**

***Главната цел и стратегическият приоритет на здравната реформа*** е преустановяване на тенденцията за влошаване на здравето на населението и създаване на ус-

ловия за подобряването му и за увеличаване на жизненото дълголетие на нацията. Такава е визията на приетата през 2015 г. Национална здравна стратегия „Здраве 2020“.

**Основни ценности при формирането на здравната политика и осъществяване на здравната реформа:**

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

**Основни принципи на здравната реформа:**

1. Създаване на собствен модел на здравната система с отчитане на българската история, култура, традиции, реалности и ценности.
2. Социална ориентация на промените.
3. Плурализъм и равнопоставеност на формите на собственост в здравеопазването: държавна, общинска, частна, смесена.
4. Пазарни механизми при разпределянето и управлението на ресурсите в здравеопазването: постигане на ефективност и ефикасност; създаване на конкурентна среда в здравеопазването; постигане на високо качество на медицинската помощ.
5. Свобода на частната инициатива в здравеопазването: при финансиране на системата; при оказване на медицинска помощ; при инвестиране в здравеопазването.
6. Разпределение на отговорностите за здравето на нацията между институциите, обществото, гражданите и медицинските професионалисти.
7. Непрекъснатост, последователност, прозрачност и обществено съгласие за процеса на промяна чрез участието на гражданите и здравните професионалисти.

**Дългосрочните цели на реформата** са свързани с разработване и осъществяване на дългосрочни програми за профилактика на заболяванията и промоция на здравето; понататъшно намаляване на детската смъртност; ограничаване на заболяемостта, смъртността и инвалидността от социално-значими заболявания; оздравяване на околната среда; възприемане на здравословно поведение и начин на живот от по-голямата част от българското население; намаляване на рисковите фактори за здравето на хората в неравностойно положение; подобряване на психичното здраве; утвърждаване на европейски стандарти за качество на медицинската помощ и др.

От 1990-те години започна осъществяване на първите стъпки в здравната реформа, които включват **финансова и структурна реформа**.

**Финансовата реформа** се изразява в преминаване към нов модел на здравна система - от система на финансиране от държавния бюджет (модел на държавен монополизъм) към изграждане на здравноосигурителна система и финансиране чрез Националната здравноосигурителна каса (НЗОК).

**Структурната реформа има за цел да преодолее:**

- Екстензивното развитие на редица заведения и служби по отношение на брой легла, персонал и звена;
- Диспропорциите в териториалното разпределение на ресурсите и на някои видове медицинска помощ;
- Дисбаланса между обществения и частния сектор, а така също дисбаланса между първичната, специализираната и болничната помощ;
- Ограниченост на първичната здравна помощ в “чисто” медицинските ѝ аспекти и разширяване на профилактичната насоченост на дейностите;
- Липсата на механизми за регулиране на връзките между отделните звена и равнища на медицинската помощ.

**Структурната реформа** има за цел да преодолее екстензивното развитие по отношение на брой легла, персонал и звена; диспропорциите в териториалното разпределение на ресурсите и на някои видове медицинска помощ; дисбаланса между обществения и частния сектор, както и между първичната, специализираната и болничната помощ.

## **РЕФОРМАТА В ЛЕЧЕБНАТА ДЕЙНОСТ**

Реформата в лечебната дейност се извършва на основата на:

- Закона за здравното осигуряване (ЗЗО), приет през 1998 г.;
- Закона за професионално-съсловните организации на лекарите и лекарите по дентална медицина (1998 г., изм. и доп. 2005 г.);
- Закона за лечебните заведения (1999 г.);
- Закона за здравето (2004 г., в сила от 1 януари 2005 г.);
- Други закони и подзаконови актове.

**От 1 юли 2000 г. стартира реформата в извънболничната помощ**, осъществявана от лечебни заведения за първична медицинска помощ (ПМП) и за специализирана медицинска помощ (СМП).

**Реформата в ПМП предвижда:** утвърждаване на общопрактикуващия лекар (ОПЛ) като основна фигура в ПМП; създаване на индивидуални и групови практики, здравни центрове, заплащане на ОПЛ според броя на записаните при него лица – (капитационен принцип с коригиращи коефициенти за възрастови групи, диспансеризирани лица, неблагоприятна територия, работа по приоритетни направления) и др.

**Реформата в диагностично-консултативната помощ** предвижда специализираната извънболнична помощ да се осъществява от диагностично-консултативни центрове (ДКЦ), медицински и медико-дентални центрове, индивидуални и групови практики за СМП. Заплащането в СМП се обвързва с вида и броя на извършените консултации или изследвания.

**Реформата в болничната помощ** цели намаляване броя на леглата, подобряване на структурата на легловия фонд и създаване на рационални алтернативи на стационарната помощ. В първия етап на реформата през 1997-1998 г. бяха определени неефективните и дублиращи се звена и бяха закрити значителен брой легла и звена в болниците.

През 1999 г. с приемането на ЗЛЗ се промени правния статут на болниците. Реално реформата в болничната помощ стартира от **1 юли 2001 г.** чрез сключване на договори с НЗОК за финансиране по **клинични пътеки**.

**Основните характеристики на реформата в лечебната дейност са:**

**1. Радикално променен правен статут на собствеността:**

- **индивидуалните практики за ПМП и СМП и за дентална помощ са собственост на съответните лекари и лекари по дентална медицина;**
- **груповите практики за ПМП и СМП, медицинските, денталните и медико-денталните центрове, диагностично-консултативните центрове, самостоятелните медико-диагностични и медико-технически лаборатории и хосписите се учредяват като търговски дружества/кооперации;**
- **лечебните заведения за болнична помощ и домовете за медико-социални грижи се учредяват от държавата и общините, от юридически и физически лица като търговски дружества или кооперации;**
- **собственост на държавата са:** центровете за спешна медицинска помощ, центровете по трансфузионна хематология, лечебните заведения за стационарна психиатрична помощ, лечебните заведения за медицинско наблюдение и специфични грижи за деца и ведомствените здравни заведения към Министерски съвет, Министерство на отбраната, Министерство на вътрешните работи, Министерство на транспорта, съобщенията и информационните технологии, Министерство на правосъдието.

**2. Регламентиране на договорното начало между лечебните заведения и финансиращите органи** (Районните здравноосигурителни каси –РЗОК). Основните задължения на страните по договора се определят в годишни **Национални Рамкови Договори (НРД)**.

От 1 януари 2006 г. финансирането на болничната дейност е поето изцяло от НЗОК въз основа на сключените договори за конкретни клинични пътеки и извършените дейности по тях.

. **3. Осигуряване на автономия на потребителя** чрез право на избор на лекар и лекар по дентална медицина и право на избор на заведение за специализирана извънболнична или болнична помощ.

**Законовата самостоятелност на трите субекта - потребител, лечебно заведение и финансиращ орган**, заедно с въвеждането на **договорни отношения**, е предпоставка за формирането на **пазар на медицинските услуги** с елементи на конкуренция между лечебните заведения, което е в интерес на потребителите и на качеството на медицинската помощ.