



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

Лекция №3

**ПРИОРИТЕТИ И МОДЕЛИ НА
ЗДРАВНИТЕ СИСТЕМИ В РАЗВИТИТЕ СТРАНИ**

Доц. д-р Гена Грънчарова, д.м.

1. ОПРЕДЕЛЕНИЕ НА ОСНОВНИТЕ ПОНЯТИЯ:

- ЗДРАВНА ПОЛИТИКА**
- ЗДРАВНА СТРАТЕГИЯ**
- ЗДРАВЕН МЕНИДЖМЪНТ**

ЗДРАВНА ПОЛИТИКА

Система от дългосрочни политически решения, които дадена страна приема в областта на опазване здравето на населението.

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**

2. 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.**

3. ТИПОЛОГИЯ НА ЗДРАВНИТЕ СИСТЕМИ В РАЗВИТИТЕ СТРАНИ

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 ТИПА ЗДРАВНИ СИСТЕМИ

СИСТЕМА НА ДЪРЖАВНИЯ МОНОПОЛИЗЪМ

**(държавен характер на
здравеопазването)**

Основни характеристики на този модел са:

1. Държавата е собственик на здравните институции и на ресурсите (с изключение на персонала).
2. Държавно централизирано управление на ресурсите.
3. Липса или слабо развитие на пазарни механизми.
4. Здравните дейности са ориентирани към предлагането, а не към търсенето на здравна помощ, което снижава ефективността на системата.

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 и в някои развити страни (Англия, Дания и др.), но в тези страни държавният монополизъм се съчетава с 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.

Системата на финансиране е от типа **децентрализирано правителствено бюджетно финансиране съчетано с „вътрешен пазар” - две страни на пазарните отношения:**

= **купувачи (финансиращи)** в лицето на местните здравни органи и големите практики за ПЗП

= **предоставящи здравна помощ (продавачи)**

- здравните заведения за вторична и третична помощ и частните специализирани кабинети.

От м. април 2013 г. са въведени редица промени, които целят по-нататъшно подобряване на механизмите за вземане на решения в рамките на Националната здравна система, за сключване на договори за предоставяне на здравните услуги и за ефективно използване на финансовите средства. Реформите са насочени към насърчаване на конкуренцията между изпълнителите на здравни услуги по отношение на стандартите на Националната здравна система за стойност, качество и безопасност и въвеждане на нов регулаторен орган за мониторинг на здравните услуги.

Органите на местното самоуправление поемат по-голяма роля и отговорности за бюджетите за общественото здравеопазване. От тях се очаква да работят в тясно сътрудничество с изпълнителите на здравна помощ, с групите и агенциите в общността и да използват техните познания и възможности за справяне с такива предизвикателства като тютюнопушенето, алкохолизма, злоупотребата с лекарства и затлъстяването. Тези промени не засягат достъпа до здравна помощ – посещенията на ОПЛ, прескрипциите и препращанията към специалисти.

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

Типичен представител е САЩ, чиято система се характеризира с:

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. Вторичната здравна помощ се оказва в частни болници (над 70%), в болници поддържани от религиозни и благотворителни организации и малък брой държавни болници. Третичната помощ се оказва от медицински центрове, асоциирани към медицинските училища.

4. Устойчивост на системата поради висока ресурсна обезпеченост и пазарност.

5. Държавата гарантира добро здравно законодателство и има ограничена роля в организацията и оказването на медицинска помощ.

6. Ориентация към търсенето на медицинска помощ и здравни дейности.

7. Финансирането е от множество източници. Основен източник на финансиране е частното здравно застраховане.

Федералното правителство и щатовете финансират две мащабни програми:

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.

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.

През март 2010 Президентът Барак Обама подписа Закон за защита на пациента и за достъпна помощ (**Patient protection and affordable care act**), известен като **Реформата на Обама**. Мотивите за това са свързани със значителното нарастване на средствата за здравеопазване в сравнение с други развити нации при постигнати по-лоши индикатори за обществено здраве; значително недоосигуряване на хората дори при наличие на здравна застраховка; силно застаряване на населението; намаляване на работодателите, които предлагат здравно застраховане на работниците си; неефективно използване на здравните разходи за услуги в програмите Medicare и Medicaid и др.

Целта на реформата на Обама е да се предостави достъп на повече американци до достъпно и качествено здравно осигуряване и да се намали нарастването на разходите за здравна помощ т.е. **основната цел е регулиране на здравното осигуряване.** Предвиждат се мерки спрямо застрахователите компании, които уволняват хората, когато са болни. Поставят на условия пред осигурителите за пълно покриване на някои превантивни услуги – ранни прегледи, имунизации, консултации и скрининг. Законът предвижда намаляване на реимбурсирането от страна на Medicare за болници с излишни рехоспитализации и обвързване на реимбурсирането с качеството на оказваната помощ.

**СИСТЕМА НА
ОГРАНИЧЕНИЯ ЕТАТИЗЪМ
(здравно-осигурителна
система)**

Наименованието на този модел идва от ограничената роля на държавата (френски „etat” – държава). Системата е типична за болшинството развити страни и се характеризира със **следните черти:**

**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 здравноосигурителни фондове, които имат юридическа самостоятелност и свои органи на управление.

8. Изпълнителите на здравна помощ встъпват в договорни отношения с тях.

9. Със задължително застраховане е обхванато цялото население.

10. 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:

= в първата група страни основната част от постъпленията идват от държавния бюджет (Швеция, Исландия, Финландия);

= във втората група страни влизат Япония, Германия, Холандия, Белгия, Франция и др., където водещи са целевите вноски на работещите и работодателите.

**Този модел в най-голяма степен
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.