



## ПРОБЛЕМИ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО В НЯКОИ ОТ РАЗВИТИТЕ И РАЗВИВАЩИТЕ СЕ СТРАНИ

*Разработил:* Подп.(о.з.) д-р Валентин Цонев, магистър по Здравен мениджмънт, член на СОР „Атлантик“ клуб - Пловдив  
Януари, 2021 г.

Здравето е сред основните блага, които дават смисъл на човешкия живот, както и сред основните човешки права, заложи в международното право. За индивидите и семейството здравето осигурява възможността за персоналното развитие и икономическата сигурност в бъдеще; здравето е базата за продуктивна работа, капацитет за обучение и образование и възможността да се израства интелектуално, физически и емоционално. Здравето и образованието са двата крайъгълни камъка на човешкия капитал. Още през 30-те години на миналия век английският икономист Джон Мейнард Кейнс обосновава водещата роля на държавата в опазване на социалните интереси на обществото. Опазването и управлението на здравето на населението стои в основите на социалната сигурност за всеки гражданин на съвременната държава.

Първите прояви на международен живот в областта на здравеопазването водят своето начало от началните усилия за борба и предотвратяването на епидемиите, особено масови и често повтарящи се през Средновековието. В края на средновековието в периода на Ренесанса, възниква идеята за международно здравно сътрудничество, идея породена от разпространението на чумни и холерни епидемии.

През 1348 год. Венецианската република, поддържаща широки търговски връзки с Близкия изток създава **Карантинен съвет** с три длъжностни лица, които имат постоянни обществени функции. Останалите италиански републики последват примера на Венеция. През 1497 год. аналогична обществена служба е създадена в Генуа.

През 1476 год. консулските представители в Марсилия получават указания да създадат режим лептозорните и противочумни заведения, а 100 години по-късно /1585 год. / във Франция е създаден първия противочумен лазарет. В същата година във Великобритания е приета първата карантинна мярка, а през 1663 год. пак във Великобритания са написани за първи път редица карантинни правила. Карантинните мерки са се придружавали с най-строги санкции, включително и смъртно наказание.

Разнообразието на мерките и начините им на прилагане в борбата с епидемичните заболявания става повод за свикване на I – та **Международна санитарна конференция в Париж през 1851 год.** Следват конференции в Константинопол, Виена, Вашингтон, като на конференцията във Виена /1874 год./ за първи път е предложена идеята за създаване на **Международна комисия по епидемиите.** Идеята е реализирана 18 години по-късно на конференцията във Венеция / 1892 год. /

Откритията в областта на бактериологията и микробиологията в края на XIX век се явяват солидна база за развитието на международното сътрудничество в сферата на борбата с епидемиологичните заболявания. През 1902 год. е създадено

**Международно санитарно бюро**, имащо предимно регионално значение за Америка. През 1923 год. това **бюро** прераства в Панамериканско със седалище Вашингтон. В 1907 год. е създаден първият международен орган – **Международно бюро по обществена хигиена**.

През 1919 год. се създава Лигата на Нациите, на която се възлага, освен другите задачи, и предприемане на стъпки в областта на профилактиката и контрола на заболяванията.

Следваща стъпка в развитието на международното здравно сътрудничество е ревизията на Международната санитарна конвенция през 1926 год. с включване на предпазни мерки срещу вариолата и тифа. През 1935 год. се приема международна санитарна конвенция за въздушния транспорт.

През 1945 год. се създава Организацията на Обединените Нации /ООН / със задача да гарантира мира и сигурността на народите. Към нея се формират редица специализирани поделения, които способстват за разширяване на международното здравно сътрудничество и опазване на здравето на населението в света. Водещо място има Световната здравна организация. /СЗО /

Тя възниква като логичен отговор на вековните стремежи на хората по света към предотвратяване на заболяванията и по-добро здраве.

Историята на СЗО започва от Международната конференция на ООН в Сан Франциско през 1945 год., когато е одобрено единодушно предложението на Бразилия и Китай за създаване на нова и автономна международна здравна организация и за тази цел е избран технически подготвителен комитет.

През м. юни 1946 год. в Ню-Йорк се провежда международната здравна конференция, която взема окончателно решение за създаване на СЗО и одобрява нейната конституция. В своето приветствие към конференцията Президентът на САЩ - Хари Труман подчертава, че “съвременните комуникации правят невъзможно за дадена страна сама да се предпазва от внасяне на заболявания чрез карантина. Това налага необходимостта във всяка страна да се развиват силни здравни услуги, които трябва да бъдат координирани чрез международни действия. Новата здравна организация трябва да служи в тази област. Така както международното сътрудничество в областта на науката изигра най-важна роля в победата във войната, по същия начин такова сътрудничество ще спечели битката против заболяванията и недохранването.” Конференцията приема, че ролята на СЗО е да действа като насочващ и координиращ орган в международното здраве, оказвайки подкрепа на правителствата по тяхно искане. Хората и тяхното право на здраве, трябва да бъдат в центъра на процеса на развитие на страните.

СЗО има над 50 – годишна история. В своето развитие тя се ръководи от генерални програми със средносрочни цели за период от 4-6 години. Бюджетните програми се предприемат за период от 2 години. Усилията през първите десетилетия са насочени към ликвидиране на здравните последици от Втората световна война и към широко разпространените инфекциозни заболявания. За някои от тях /напр. Вариола/ и постигнато пълно ликвидиране в световен мащаб, други особено опасни инфекциозни заболявания, като холера и чума са ограничени само в някои райони. Голямо внимание се отделя на борбата с ваксинопредотвратимите

заболявания /морбили, коклюш, тетанус, дифтерия, скарлатина, тубелкулоза и др./, които все още отнемат живота на милиони деца, предимно в развиващите се и най-слабо развитите страни.

На съвременния етап се отделя голямо внимание на разработването на профилактични програми за борба с масово разпространените неинфекциозни заболявания. Основен механизъм за координация и развитие на изследователската работа се явява създаването на широка мрежа от сътруднически си центрове в различните страни и региони, работещи по единни методики. Приоритетно внимание се отделя на борбата със СПИН.

В съвременния свят процесите на глобализация и ускорена индустриализация, подкрепяни от развитието на модерните комуникационни технологии, утвърждават тенденцията към конвергенция на социалнополитическите концепции, най-силно изразена в системите за здравно и социално осигуряване. *Сравнителният анализ на здравните системи в света установява нарастващи прилики в концепционен, структурен и технологичен план и намаляващи различия в ценностната система и в механизмите за формулиране и реализация на здравната политика.*

Характерни тенденции в развитието на националните здравни системи на икономически развитите държави в света са: нарастване на относителния дял от brutния вътрешен продукт (БВП), отделян за целите на здравеопазването; увеличаващо се участие на обществения сектор във финансирането, организацията, управлението и контрола на здравеопазването; бързо обновяване на медицинските и здравни технологии, свързано с нарастване на финансовите разходи; повишени изисквания към квалификацията на медицинския персонал и качеството на медицинската помощ; нарастваща интеграция в структурите, формите и механизмите за реализация на здравната помощ; ограничаване на професионалната и клинична автономия на лекарите от страна на нарастващ брой бюрократи, здравни мениджъри и специалисти по ограничаване на разходите в системата.

Всички тези положителни или проблемни тенденции определят степента на необходимост от реформи във всяка национална система на здравеопазване. От друга страна, процесът на реформиране на здравните системи изисква продължителен проучвателен и обучителен цикъл. Той изисква още и латентен период от няколко години преди реализираните в рамките на реформата дейности да окажат своето позитивно или негативно въздействие върху системата. Този продължителен латентен период поставя политиците под значителен обществен и медиен натиск да защитят необходимостта и своевременността на скъпите във финансово отношение реформи, като докажат тяхната обществена и икономическа ефективност. В тази насока политици и бюрократи се нуждаят от партньорство с академичните институции и структурите на гражданското общество за осигуряването на необходимия интелектуален потенциал, обществена подкрепа и обективност при реализацията на здравната реформа.

Във всички страни на света се наблюдава тенденция към силно нарастване на разходите за здравни услуги, което е фактор за преосмисляне на всяка национална здравна политика и реформиране на националните здравни системи.

Глобализацията на здравните проблеми е основния фактор за възникването и интензивното развитие на съвременното международно здравно сътрудничество.

В демократичните държави изборът на национална система на здравеопазване е обект на политическо решение, обществен консенсус и политическа воля,

реализирана чрез органите на законодателната и изпълнителната власт.

През 1996 г. под егидата на Европейското регионално бюро (ЕРБ) на Световната здравна организация (СЗО) се проведе Люблянската Конференция, която обобщи натрупания позитивен и негативен опит на европейските държави при реформиране на здравеопазните им системи, предложи набор от принципи, стратегически и оперативни визии за реализация на реформите и препоръча адекватни технологии за внедряване и оценка на резултатите. Приетата от Конференцията "Люблянска Харта" (Ljubljana charter on reforming health care in Europe, 1996) препоръчва съвременните принципи за развитие на здравните системи в европейски контекст да бъдат:

- **Ръководени от ценности** - свързани със зачитане на човешкото достойнство, равнопоставеността, солидарността и професионалната етика;
- **Насочени към здравето** - защитата и укрепването на здравето следва да бъдат първостепенна грижа на цялото общество въз основа на ясни цели за здравна полза, ефикасност и ефективност;
- **Центрирани към хората** - дейностите за развитие на здравеопазването следва да отчитат по демократичен начин потребностите на населението от здраве и здравна помощ;
- **Фокусирани върху качеството** - реформиращите се здравните системи следва да имат за цел непрекъснато подобрене качеството на оказваната медицинска помощ и нейната ефективност;
- **Гарантиращи стабилно финансиране** - за гарантиране на социална солидарност, Правителствата следва да играят важна роля при осигуряване на стабилни източници и механизми за финансиране на здравеопазването, осигуряващи всеобхватност, достъпност и равнопоставеност при получаване на необходимата здравна помощ;
- **Приоритетно ориентирани към първичната здравна помощ в рамките на добре интегриран здравен сектор** - който да осигури на всички нива укрепване на здравето, повишаване качеството на живота, профилактика и адекватно лечение на заболяванията, рехабилитация и грижи за терминално болните.

В съвременния транснационален свят е трудно да се дефинира мисията на здравеопазването - къде започва, какво е съдържанието му и къде свършва здравната система? Здравеопазването включва всички дейности, чиято първостепенна цел е свързана с укрепването, възстановяването и поддържането на здравето. В този смисъл здравеопазването трябва да дава своя принос за общественото развитие не само пасивно, чрез наличността или присъствието на своите медицински функции в обществото. В процеса на своето развитие то следва да планира активното си участие за подобряване качеството на живота чрез своите промотивни, профилактични и медицински функции, осъществявани в сътрудничество и координация с партньори от останалите сектори. За изпълнението на тази мисия са необходими не само ресурсите (финансови, човешки и материални) на органи и на държавните и обществените здравни институции, но и на частния сектор, както и тези на съществуващите неправителствени организации. Общественият успех на тази мисия изисква партньорство, постигане на консенсус относно целите, необходимите ресурси и проактивна инфраструктура на здравеопазването (Попов, М. и съавт., 2000). През 1999 г. Европейският регионален комитет на СЗО прие обновената Европейска здравна

политика "21 цели за XXI век", която ясно маркира следния философски и концепционен преход, представен на фигурата:

Загатнати ценности	—————>	Ясна етична рамка
Инвестиции в медицинската помощ	—————>	Крайни резултати, измерени със здравния статус
Вътре секторни действия и резултати	—————>	Междусекторни действия и резултати
Бюрократично администриране	—————> —————>	Стратегическо ръководство и подкрепа
Контрол и регламентиране		Консенсус, отговорности и отчетност

*Концепционен преход в здравната политика*

В светлината на съвременните реалности обществената мисия на здравеопазването намира своя израз във възприетата система от обществени ценности, здравни принципи и социални цели. В Република България след 1989 г. с експертната и консултативна помощ на ЕРБ на СЗО бяха разработени национални здравни стратегии (през 1996 и 2001 г.), в които на принципна основа бяха възприети целите на СЗО за Европа през първите две десетилетия на XXI век, а именно:

**- Една постоянна цел:**

- постигане на пълноценен здравен потенциал за всички.

**- Две основни задачи:**

- укрепване и опазване здравето на хората по време на целия им жизнен цикъл;

- намаляване на заболяемостта и страданията от основни заболявания и травми.

**- Три основни ценности,** формиращи етичната база:

- здравето като основно човешко право;

- равнопоставеност по отношение на здравето и солидарност в действията за осигуряването му между държави, организации, групи лица и между двата пола;

- участие, прозрачност и отговорност на лица, организации, институции и другите обществени сектори за здравното развитие.

**- Четири основни стратегии за действие:**

- между секторен подход за третиране детерминантите на здравето в икономически, социален и културен аспект, както и по отношение оценката на комплексното им въздействие;

- ориентирани към крайните резултати програми и инвестиции за здравно развитие и медицинска помощ;

- интегрирана - в семеен и обществен аспект - първична здравна помощ, подкрепяна от гъвкава и адекватно реагираща болнична система;

- партньорство в процеса на здравно развитие, осигуряващо включването на партньори от всички нива, стимулиращо съвместно вземане на решения, внедряване и отговорност (Health 21 - Health for all in the 21 century, 1999).

В началото на 21 век в здравната политика на държавите от Централна и Източна Европа постепенно се утвърждават принципите и механизмите на европейската интеграция. В здравеопазването този процес намира израз в сходството на националните цели за здравно развитие. В този смисъл болшинството европейски държави споделят една обща цел - максимално подобряване здравето на

населението, при което здравето се възприема като "състояние на пълно физическо, психично и социално благополучие, а не само като липса на заболяване или недъг" (Basic documents, WHO, 1990). Други общи цели, формулирани като изисквания към здравния сектор от редица национални институции и международни организации, включват: гарантиране наличието на здравни служби за населението, тяхната достъпност, социална приемливост, високо качество на дейностите им при финансови разходи, които държавата, обществото и отделният гражданин биха могли да си позволят.

Функциите на съвременните системи на здравеопазване включват:

- осигуряване на здравни служби и предоставяне на здравни услуги, включващо инфраструктура от заведения и техните дейности в области като здравна промоция, профилактика, диагностика, лечение и рехабилитация, вътресекторни и междусекторни инициативи, чиято основна задача е подобряване на общественото, групово и индивидуално здраве;
- осигуряване на финансови и материални ресурси и инвестирането им за постигане целите на системата;
- осигуряване на човешки ресурси и тяхното непрекъснато обучение и възпроизвеждане в съответствие с потребностите и възможностите на системата/обществото;
- внимателно, отговорно и ефективно управление (steward-ship) чрез разработка и прилагане на правила за работа от държавни или частни институции, както и осигуряване на адекватни условия за работа на всички нива. Това включва и изграждането на механизми за хоризонтална интеграция на всяка от функциите;
- отговорност пред институциите и обществото за резултатите от дейността и за механизмите за осигуряване на финансови средства и тяхното целесъобразно изразходване (The World Health Report 2000, Health systems, 2000).

В конституцията на СЗО са залегнали редица високохуманни социално значими цели: прокламира се, че здравето е право на всяка личност, без оглед на раса, религия и икономическо положение; за пръв път е формулиран принципа, че правителствата носят отговорност за здравето на своите народи.

Секретариатът и генералният директор на СЗО са базирани в Женева. Структурата на СЗО включва **шест региона**: Европа – с регионално бюро в Копенхаген, Америка – във Вашингтон, Източно Средиземноморие – в Александрия, Югоизточна Азия – в Делхи, западна част на Тихия океан – в Манила.

Основните функции на СЗО са следните:

- Координация на международната дейност по здравеопазване;
- Помощ на правителствата за развитието на националните здравни системи;
- Разработка на международни стандарти за хранителни биологични и фармацевтични продукти;
- Предоставяне на информация и консултации по управление и организация на здравеопазването;
- Разработване на стратегически концепции в помощ на развитието на националните здравеопазни системи.

Концепциите на СЗО са много важен ориентир за развитието на националните здравни системи. Водещите стратегии на СЗО са три:

Глобална стратегия "Здраве за всички" (NHN Health for All). Приета е през 1977

Първични (базови) здравни грижи (Primary Health Care). Приета на историческата конференция на СЗО в Алма Ата през 1978 г.

Промоция на здравето (Health Promotion). Приета на международна конференция в Отава през 1986 година.

Сравнителният анализ на съвременните здравни системи може да бъде осъществен въз основа на определени критерии, отнасящи се до структурни различия, начин на финансиране, използвани организационни и управленски модели и др. Подобни анализи са осъществявани в различно време от различни изследователи като М. Terris (1980), D. Field (1989), М. Roemer (1991), R. Saltman и J. Figueras (1997). Общите цели, сходните проблеми, бързото развитие на медицинската наука, стимулират процесите на конвергенция в съвременните здравни системи. Предлагат се следните критерии и структурни параметри за сравнителен анализ на здравните системи (M. Rowelli A. Wessen, 1999)

### **Степен на пазарна ориентация**

Степента на пазарна ориентация варира в границите от "минимален пазар" до "максимален пазар", като се регулира в определена степен от обществени/правителствени механизми и въздействия. Три са факторите, определящи пазарната ориентация в една система:

- степента на разпределение на финансовите ресурсите чрез договаряне между "свободни" предприемачи;
- плурализмът на продавачи/купувачи, участващи в процеса на договаряне;
- правителствените ограничения - нормативни, данъчни или други, върху механизмите за договориране и правото на собственост.

### **Структурна характеристика на системата**

Структурната характеристика на здравната система включва номенклатурата от здравни заведения, здравните специалисти работещи в тях, и управляващите ги институции, като регламентира нормативно съществуващите между тях връзки, взаимодействие и съподчиненост. При съществуващото многообразие на структурни елементи на системата, формиращи в различни исторически, икономически и идеологически условия, използването на определени критерии може да подпомогне типизацията на съществуващите здравни системи. В различни комбинации тези критерии включват:

**Ролята на държавата** - всички държави чрез своите правителствени органи осигуряват законовата и нормативна рамка за функциониране на здравната система.

Държавата участва и при финансирането (частично или изцяло) на дейности, свързани с: общественото здравеопазване, здравната промоция и профилактиката на заболяванията; инфраструктурното изграждане на системата, включващо строеж на здравни заведения, медицинско образование и научни изследвания; осигуряване на медицинската помощ и др. В пряка зависимост от размера и обхвата на това финансиране е и държавната намеса при структурирането на системата.

**Степента на доминиране на медицинската професия (медиализация).**

В исторически план медицинското съсловие се отличава със стремеж към независимост и защита на професионалните си и икономически свободи. Непрекъснатото технологично обновление на средата, в която се осъществява днес медицинската практика, постепенно ограничава силното влияние на медицинската професия в следните направления: възможност за влияние и контрол върху здравната политика; определяне размера на заплащането; пълен контрол върху организационните и управленските решения, свързани с дейността на здравните заведения.

### **Плурализъм на кадровите и материални ресурси.**

Здравните системи се различават в количествен аспект по броя на: здравните заведения, обслужващи населението - болници, ДКЦ, практики, лаборатории и др.; персонала - лекари, стоматолози, медицински сестри и др.; осигурителни фондове и т.н. Количествените измерения на кадровите и материалните ресурси имат пряко отношение към: реализацията на правото за избор; конкуренцията между лекари и здравни заведения; повишаване качеството на лечебно-диагностичния процес; и структурното многообразие в системата за медицинска помощ.

Чрез посочените по-горе критерии се очертават в най-общ план три типа **системи на здравеопазване**, които имат следните характеристики (М. Попов, 1997)

:

#### **А. Система на държавния монополизъм**

- държавата е собственик на здравните заведения и ресурсите за дейността им;
- здравната система ориентирана към предлагането на медицинска помощ;
- управлението на системата е силно централизирано с ограничаване на правомощията на по-ниските управленски нива;
- финансирането е от бюджетни източници.

Тази система е по-целесъобразна при крайно ограничени ресурси и при необходимост от бърза и стриктна координация на здравните дейности.

#### **В. Система на либералния плурализъм.**

- плуралистична собственост на ресурсите за здравеопазване и ограничена държавна отговорност за медицинското обслужване;
- силна административна намеса за гарантиране на здравословна среда за живот, труд и бит на населението;
- ограничена административна намеса при организацията и оказването на медицинската помощ;
- преобладават механизмите на търсене на медицинска помощ в пазарните им варианти.

Счита се, че при този вид здравна система се замъгляват отговорностите за оказаната медицинска помощ. Този тип здравна система е развита главно в САЩ.

#### **С. Система на ограничения етатизъм.**

- държавно регулиране на системата по нормативен път;



- значителна децентрализация на управлението;
- балансираност на формите на търсене и предлагане на медицинската помощ;
- акцент върху потребностите и желанията на гражданите.

Този тип здравеопазване е развито главно в Западна Европа. Характерно за него е широкото използване на здравноосигурителните фондове като източник на финансиране на здравните услуги.

От гледна точка на държавното регулиране испански автори предлагат разделянето на здравните системи на два основни типа: отворени / по-малко регулирани/ и затворени / по-силно регулирани/.

**Отворените системи** са относително по-скъпи, с по-висок публичен разход за здравеопазване на глава от населението. Те са по-добри по отношение удовлетвореността на пациентите, защото те имат право на свободен избор на лекар и болница, в която да се лекуват; имат директен достъп до специализирана медицинска помощ. При тези системи е по-голям дялът на частните болници, където на лекарите се заплаща за извършените дейности, а на болниците се заплаща за престой или процес. До отворения тип системи се доближават тези на Франция, Белгия, Германия, Австрия и Холандия.

**Затворените системи** са по-евтини, с по-нисък публичен разход за здравеопазване. При тях е по-голям дялът на публичните болници. На персонала се заплаща месечна заплата, а болниците се финансират от годишен бюджет.

Пациентите се записват при определен лекар и болница, а входната врата в системата на здравеопазване е лекар по обща медицина. Тези системи се предпочитат от държави с по-ниски доходи на жителите. Те са удачни за намаляване на разходите и са по-ефикасни по отношение на резултатите, отразени в общите здравни показатели на дадена страна /детска смъртност; продължителност на живота/. До този тип се доближават здравните системи на Финландия, Швеция, Дания, Великобритания, Ирландия, Испания Португалия, Гърция.

Доскоро здравните системи се класифицираха по един единствен критерии, а именно източника на финансиране. Според това се описват три вида здравни системи :

**Държавно-обществено здравеопазване / егалитарна система/:** Достъпът до здравни услуги при този вид здравна система се определя от здравните потребности и хуманни мотиви чрез социално одобрена система от правила. Източник на финансиране е държавния бюджет. Примери за този вид здравеопазване са Великобритания; Швеция; Дания; Канада; Испания; бившите социалистически страни. Исторически този тип система се е развил в два модела: Беверидж характерен за Великобритания и Семашко характерен за бившите социалистически страни.

Според някои експерти публичната система има склонност да предлага неконтролирано голям брой здравни услуги, но в недостатъчно широк спектър. Свободата от плащане в момента на услугата и липсата на риск позволяват на пациентите да търсят медицинска помощ при незначителни състояния. Лекарите знаят малко за разходите и нямат директни стимули да се съобразяват с тях. Заплащането на медицинския труд е ниско. Тези критики към публичната система отразяват по-скоро слабости в нейното управление. При прецизна здравна политика

и мениджмънт публичната система има положителна оценка и предимства, каквито се наблюдават при националните здравни системи на Канада, Великобритания и Скандинавските страни.

**Либерална система / здравеопазване с преобладаващ частен сектор/:** При този тип система достъпът до здравни услуги се определя от възможността и желанието те да се заплатят. Отговорността за качеството на услугите се поддържа от мотива за печалба и нещата се балансират от конкурентните пазари. Финансирането се осъществява от частни фондове или директно заплащане от самите потребители на медицинска помощ. Такова е здравеопазването в САЩ. Този тип системи се характеризират със склонност към свръхпредлагане на здравни услуги поради голямата свобода на лекарите, тъй като това е изгодно за тях. Мотивът за печалба стимулира сегментацията на пазара, парична дискриминация и обединения с други специалисти. Достъпът до медицинската професия е труден и ограничен, за да се задържи нивото на доходност.

**Здравно-осигурителна система /социално здравно осигуряване/:** При този тип системи финансирането е неправителствено. - източник на финансиране са осигурителни фондове /каси/. Развити са главно в Германия, Франция, Италия, Австрия. Исторически този тип система е известен като модел на Бисмарк. Основан е на базата на социална солидарност.

Някои автори наричат посочените три типа системи „чисти”. В този си вид те почти не се срещат днес. Според Том Ратуел се наблюдава парадоксална ситуация: частната система, която силно стимулира минимизиране на разходите на микро ниво, се среща с проблема на увеличени разходи на макро ниво, поради неспособността си да контролира предлаганите количества здравни услуги. Обратно, данъчно финансираната обществена система с бюджетни лимити няма проблеми с разходите на макро ниво, но има сериозни проблеми на микро ниво, поради ограничение на финансовите стимули за минимизиране на разходите. Ето защо една смесена система е по-предпочитана.

**Смесената система** съчетава най-добрите елементи от чистите системи и е известна като “public-private-insurance-mix”. Съществуват няколко начина за „смесване” на системите:

- Първият начин е смесване на една система с комбинирани принципи
- Вторият начин е смесване на две самостоятелно действащи системи, като никоя от тях няма доминираща роля.
- Третият начин е смесване на една система с доминираща роля и друга с второстепенна роля.

Смесените системи най-често са от третия тип, главно с доминираща частна система. За да се справи с проблема „не можеш да получиш ако не платиш”, частната система организира ограничена обществена система, която се грижи за бедните хора.

При доминираща обществена система се организира малък частен сектор, който да се справя с проблема „щом нямаш нужда няма да получиш”. Така се осигуряват нуждите на заможното малцинство, което не изповядва предпочитанието на останалата част от населението за обществена система.

Дискусиите за предимствата и недостатъците на отделните системи продължават в

световен мащаб. Съществува въпросът докъде може да се толерира наличието на частен сектор и как да се регулира той в интерес на обществените потребности. Счита се, че и двете системи могат да се поучат една от друга в сферата на управлението, а всяка една да бъде оценявана сама по себе си според своята идеология и здравно-социален ефект.

В съвременния свят тенденцията в повечето страни е да се създаде здравеопазна система, основана на плурализъм, т.е. съчетание на различни форми за финансиране на здравеопазването. Плуралистичното здравеопазване създава условия за засилване на самоотговорността

Източниците на финансиране са основно четири. Най-простият и най-"market friendly", са директните (кешови) плащания. Вторият - исторически най-стар и социализиран източник, е свързан с благотворителността и благотворителните организации. Тяхната дейност е ограничена по обхват и като перспектива. Третият източник включва правителствения бюджет и някои държавни фондове. Четвъртият източник са задължителните и доброволни здравноосигурителни фондове.

Актуална здравно-политическа тенденция е ограничаването на директните плащания и ролята на благотворителността като източници за финансиране на медицинската помощ.

## **ЕВРОПЕЙСКИ СЪЮЗ - ЗДРАВНООСИГУРИТЕЛНИ СИСТЕМИ**

Здравноосигурителните системи на държавите от ЕС са се установили в резултат на специфични политически, исторически, културни и социално-икономически дадености. Това е причината за многобройните различия между тях. Чл. 129 от договора на ЕС изрично **изключва** хармонизирането на националните законодателства в областта на здравното осигуряване.

Средствата за здравеопазване в Каталония се реализират в 80% за обществената здравно-осигурителна система и в 20% за частните здравно-осигурителни системи. В Испания здравно-осигурителната система е смесена - държавна и частна. Доминира държавната обществена здравно-осигурителна система. Тя работи по договори с частните здравно-осигурителни системи за ползване от тяхна страна на помощ от държавните болници (изследвания, специализирана помощ, болнични стаи и др.) Частните здравно-осигурителни системи в 80% имат такива договорни отношения с държавната обществена здравно-осигурителна система.

От заплатите на служителите (вкл. здравните) и работниците се удържат по 6% за медицинско осигуряване и пенсия. Работодателят на всеки 100 песети от заплатите, осигурява по 40 песети за медицинско осигуряване и пенсия. Всеки месец здравната служба представя фактури за обслужените болни за осребряване. Дадените пари от осигурените за медицинско обслужване им се връщат от осигурителните каси, защото те са осигурени.

Здравно-осигурителната система в Белгия не е самостоятелна, а е включена като елемент на цялостната социално-осигурителна система. За социално осигуряване всички работодатели (независимо дали са държавни, обществени или

частни организации) внасят определен процент върху работната заплата в специален фонд за социално осигуряване. Този процент е средно около 30%. Така фактически в Белгия функционира задължителна обществено-държавна система за социално осигуряване.

Постъпващите от работодателите във фонда за социално осигуряване средства се разпределят по специален утвърден от държавата механизъм на различни квоти, една от които е квотата за здравно осигуряване. Чрез тази квота белгийската държава фактически подпомага задължителното здравно осигуряване.

Системата „здравеопазване“ в САЩ е най-пазарно ориентирана в сравнение с всички други високоразвити страни. Гражданинът има право да избира свободно къде и при кого да са лекува. Цените на здравните дейности, извън правителствените програми, се определят свободно в зависимост от търсенето и предлагането на медицинския пазар. В страната функционира и друг пазар в здравеопазването - на медицинското застраховане, на който се продава рискът от заболяване. Счита се, че суверенитетът на производителите на медицински услуги, децентрализацията на управлението и пазарните механизми в САЩ осигуряват просперитет на системата на здравеопазването.

По отношение на финансирането, в системата на здравеопазването на САЩ има и противоречия. Според А. Wagstaff и кол. и други тя е най-богатата, осигуряваща най-много здравни ресурси и същевременно най-несправедливата в сравнение със страните от Западна Европа. При нея не се осигуряват равни права и възможности на цялото население за ползване в еднаква степен на тези ресурси - 15% от населението не е обхванато от медицинско осигуряване. Липсва ефективен комплексен контрол на разходите и пазара. Федералното и щатските правителства се опитват да контролират, и то все по-сполучливо в последните години, както разходите, така и формите и резултатите от медицинското обслужване, като се стимулира и подкрепя развитието на по-ефективни организации за здравно обслужване и застраховане, въвеждат се системи за финансиране на болниците по разценки за лечение на един болен от клиничко-статистически групи, от диагнози и т.н.

Опитът на САЩ се проучва от експерти на СЗО и специалисти по здравно финансиране. Възможностите на посочения подход са широки. Той е удобен и приложим за страни, в които се търсят средства и пътища за реформа и реорганизация на лечебния процес, за промяна в приоритетите и при разпределение на ресурсите.

ЗОС в Австрия е част от общата социална осигурителна система. Националната система за социално осигуряване в Р. Австрия включва:

- социално осигуряване (застраховка);
- осигуряване за нетрудоспособност;
- социални грижи и
- социално благоденствие.

Системата на социално осигуряване съдържа всички правни единици, които застрахованите лица притежават и ползват:

- Здравни грижи и привилегии както следва:
  - при заболяване,
  - при нетрудоспособност при майчинство,
  - при напреднала (старческа) възраст,

- при смърт на глава на семейството.
- Социалната застраховка се разделя на:
  - здравна застраховка,
  - застраховка за злополука
  - пенсионна застраховка.

Тези три вида застраховки осигуряват и рехабилитационните мероприятия. Здравната застраховка има за цел разкриване на заболяванията в техния ранен стадий, като осигурява:

- медицинска помощ,
- медицинска и терапевтична помощ,
- допълнителни медицински грижи.

В здравното застраховане участват гражданите с последващо събиране на плащанията. Семейните членове, които нямат самостоятелна здравна осигуровка се ползват от застраховката на застрахования (главата на семейството), а това са: съпругата, децата, родители, внуци, правнуци, дори компаньонът и прислужникът, ако живее заедно със застрахования. Децата се ползват от услугите до навършването на 19 години, а за тези които учат - до 27 години.

Националната система за социално осигуряване в Австрия има строго изразена организация, включваща три административни тела:

- Генерална асамблея (Общо събрание),
- Управителен съвет,
- Контролен съвет.

Всички застрахователни институции в Австрия са членове на Генералната асамблея и се подчиняват на законовата уредба по социалното осигуряване. Съществена особеност на Националната австрийска система за социално осигуряване е, че всички медицински и рехабилитационни (санаториални) заведения са подчинени на националната система за социално осигуряване.

В Холандия има три типа здравно осигуряване (две държавни и една частна форма).

Първата държавна форма е била осигурена със законодателство, покриващо изключителни медицински рискове. Постепенно държавното здравно осигуряване обхваща и всички видове медицинско обслужване и на некатастрофалните заболявания.

Втората държавна форма е задължителна и обхваща медицинското осигуряване на работещите, пенсионерите и безработните с доходи под определено ниво, а това са 62% от населението. Правителството определя размера на вноската за здравно осигуряване, като определя размера на заплащането и от работника, и от работодателя. Вноските се събират в общ фонд, управляван от Съвета на здравно-осигурителните фондове. Оттам парите се насочват към съответния здравно-осигурителен фонд, който плаща сметките на осигурените.

Трета е частната форма на здравно осигуряване.

За лечението на държавно-осигурените пациенти на общопрактикуващите лекари (ОПЛ) се заплаща капитационна такса, а за лечението на частно осигурените на база услуга (заплащат се реализираните услуги). Таксите за държавно-осигурените пациенти са по-ниски в сравнение с таксите за частно осигурените.

ОПЛ осигуряват в частните си практики първична медицинска помощ и играят

ролята на „портиери“ по отношение достъпа до специалисти и болници. Специализираната медицинска помощ се оказва в болничните и амбулаторни отделения на болниците. За консултация със специалист се изисква направление от общопрактикуващ лекар. Болничната помощ се оказва предимно от частни болници, които не формират печалба. Осигурените в здравно-осигурителен фонд могат да избират всяка болница, която има договор със здравно-осигурителния фонд. Болниците се финансират от договорирани годишни бюджети. За да ползват медицински услуги в здравно заведение, гражданите трябва да представят доказателство за застрахователно покритие, независимо от факта, че здравните заведения са финансирани изцяло от държавния бюджет. Здравното осигуряване обхваща всички медицински услуги без ортопедични пособия, някои лекарства, продавани в аптеките, както и престоите в здравни курорти, санаториуми и др.

**Методите на финансиране и начините на заплащане** - са в значителна степен определящи структурата и дейността на системата, както и механизмите за контрол върху разходите. Те включват:

**Директни плащания от консуматорите/пациентите.** Срещат се в различна степен при всички здравни системи. Най-малко проблемен и най-често срещан метод при ниски разходи. При този модел обикновено цената се определя от предоставящия помощта и не е обект на договориране.

**Модел на директно реимбурсиране.** Те включват последващо изплащане или възстановяване на разходите за медицински услуги и лекарства - пълно или частично - от осигурителни компании. Две разновидности на модела - частен и обществен вариант. При частния вариант се събират застрахователни премии от частните осигурители въз основа на изчислен застрахователен риск, директно се заплаща на здравните специалисти за извършена дейност и се осъществява пълно отделяне на осигурителите от производителите на услуги. Общественият вариант се характеризира със задължителност на здравното покритие чрез обществена система или специализирани по сектори осигурителни компании, контрол върху "неблагоприятната селекция", субсидиране на застрахователните премии за населението с ниски доходи и липсата на конкуренция между осигурителите.

**Договорни модели (частни и обществени).** Те се базират на договорни споразумения между избрани от пациента осигурителни компании и здравни заведения на различни нива в системата. При тях отсъства директното заплащане в момента на оказване на услугата. Частният вариант осигурява свобода на избор на потребителя, регулирано заплащане на услугите и подобри възможности за постигане на икономическа ефективност. Общественият вариант се основава на задължително обществено осигуряване или задължително данъчно облагане.

**Интегрирани модели.** При тези модели осигурителите директно предоставят здравно обслужване чрез собствени или менажирани от тях здравни заведения. Тези модели също имат две разновидности - частни и обществени. При частните от тях потребителят има свобода за избор на пакет услуги и осигурителна компания - пример за това са американските "Поддържащи здравето организации" (НМО). Общественият интегриран модел се основава на задължително социално осигуряване или "Национална здравна служба" - като британската - финансирана чрез обществени данъци, плащане на заплати и обществена собственост на здравните заведения.

Степента на централизация пряко засяга структурата на здравната система. Тенденциите за децентрализация целят ограничаване на бюрокрацията, характерна за крупните обществени структури в организационен и мениджърски аспект. Преимуществовата на децентрализацията са свързани с възможности за: по-голяма гъвкавост и бързина на реакцията; по-добро познаване на местните условия и потребности; по-висока продуктивност и възможности за внедряване на нови технологии. Опитът през последните години набеляза области, в които децентрализацията при вземане на решения е нерационална и неефективна. Някои от тях са: разработка на национална здравна политика; планиране на човешките ресурси в здравеопазването; опазване, мониторинг и контрол на общественото здраве. В съвременния свят тенденцията в повечето страни е да се създаде здравеопазна система, основана на плурализъм, т.е. съчетание на различни форми за финансиране на здравеопазването. Плуралистичното здравеопазване създава условия за засилване на самоотговорността и самоорганизирането на гражданите за собственото си здраве и за разширяване на дейностите по промоция на здравето. Характерно е и разширяващото се участие на т. нар. неправителствени организации в здравеопазването /трети сектор/.

Обобщено казано, съвременните здравни системи се основават на принципите за либерализъм, децентрализация и регионализация. Независимо от разнообразието на националните традиции и типа на здравно финансиране, главен критерий за оценка на здравеопазването в дадена страна е дали здравната политика създава гаранции за ефективни, достъпни и социално приемливи здравни грижи за цялото население.

Остава в сила и класическият принцип на СЗО, че правителствата носят отговорност за здравето на всички свои граждани. Главната цел на глобалната стратегия е формулиране по следния начин: Достигане гражданите на всички страни в света на такова ниво на здраве, което да им позволи да водят плодотворен от социална и икономическа гледна точка живот.

***Стратегията “Здраве за всички” отразява главните ценности на световното здравеопазване през новия XXI век: справедливост при осигуряване на здравните грижи за цялото население, солидарност, качество на живота, права на пациента и др.***