

**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ**

**ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ**

**ДИПЛОМНА РАБОТА**

**НА ТЕМА:**

**РЕСУРСИ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО.  
РАБОТЕН ПОТЕНЦИАЛ**

**Изготвил:**

**Научен ръководител:**

## ВЪВЕДЕНИЕ

Здравните системи са се появили след 1950г. с възстановяването на Европа от Втората Световна война. С политическите промени<sup>1</sup>, правителствата реагират на обществените искания за достъпни здравни услуги за всички. До 1970г., здравните системи са споделяли едно и също опасение: как да се насочат средно 7% от националния брутен вътрешен продукт (БВП), събран от данъци и трудови вноски към здравеопазващи услуги. Два основни вида системи за обществено здраве са се появили, наименовани на техните политически основатели:

- Система на Бисмарк, която се базира на социално осигуряване, с множество публични фондове, финансирани с вноски от работодателя-работниците, независимо от предоставянето на здравни грижи. Примери за това са Белгия, Франция и Германия.
- Система Бевъридж, където за публично финансиране и предоставяне на здравни услуги се използва една данъчна финансова структура, като Националната здравна служба в Обединеното кралство и в някои скандинавски държави.

Не е имало интензивен дебат за две основни видове системи, като дискусиите се фокусират върху достъпа, качеството и цената. Финансирането е „функция на здравната система занимаваща се с мобилизация, натрупване и разпределението на парите за покриване на здравните потребности на хората, , индивидуално и колективно”<sup>2</sup>. В доклада от 2000г. на Световната здравна организация (WHO) се посочва, че целта на финансирането на здравеопазването е „да предоставя финансиране, както и да определя най-подходящите финансови стимули за доставчиците за гарантиране, че всички лица имат достъп до ефективни общественото здраве и лични здравни грижи”<sup>3</sup>. Определението е разширено през 2007 г., както следва: „Една добра система за финансиране на здравеопазването набира достатъчно средства за здравеопазване, така че хората

---

<sup>1</sup> Judt T. *Postwar: A history of Europe since 1945*. London: Random House; 2010

<sup>2</sup> *The World health report, 2000. Health systems: improving performance*. WHO, Geneva; 2000

<sup>3</sup> Пак там.

да могат да използват необходимите услуги, без опасност от финансова катастрофа или обедняване, свързани с необходимостта те да плащат за тях. Тя предвижда стимули за доставчиците и потребителите с оглед да бъдат ефективни”<sup>4</sup>.

И в двете дефиниции на СЗО, основното притеснение е относно набирането на достатъчно средства. С последните рецесии, обаче, универсалното покритие, който е основен стълб на социалното сближаване и благосъстояние е застрашено, което може да има дълбоки последици върху равнопоставеността и финансовата защита. Готовността на обществото да изплати необходимите средства в развиващите се страни се обсъжда от 1980 г. до днес<sup>5</sup> и устойчивото развитие остава актуално в светлината на социалните, демографски и епидемиологични промени<sup>6</sup>. Честотата на финансиране и жизнеспособността на здравната система едва наскоро се превърна в основна тема на здравната политика<sup>7</sup>, не само в Европа<sup>8</sup> и Обединеното кралство<sup>9</sup>, но и в САЩ<sup>10</sup> и Канада<sup>11</sup>.

През 2013г. Организацията за икономическо сътрудничество и развитие (ОИСР) откри дебата за финансовата устойчивост<sup>12</sup>, заедно с други инициативи на ниво Европейския съюз (ЕС), отнасящи се до „устойчиво здравеопазване”<sup>13</sup>. Организации с нестопанска цел, пациентски организации, както и фармацевтичната индустрия организират семинари и конференции на тема „достъп до здравни грижи”<sup>14</sup>. Събрание на ОИСР, което се проведе на 24-25

---

<sup>4</sup> *The World health report, 2000. Health systems: improving performance.* WHO, Geneva; 2000

<sup>5</sup> Olsen IT. **Sustainability of health care: a framework for analysis.** *Health Policy Plan.* 1998; **13**:287-95

<sup>6</sup> von Schirnding Y, Mulholland C. *Health in the context of sustainable development.* In: *WHO Meeting “Making Health Central to Sustainable Development: Planning the Health Agenda for the World Summit on Sustainable Development”.* Oslo. 2002

<sup>7</sup> Hsiao WC. **Why is a systemic view of health financing necessary?** *Health Aff.* 2007;**26**:950-61

<sup>8</sup> Thomson S, Foubister T, Mossialos E. *Financing health care in the European Union: challenges and policy responses.* WHO Regional Office for Europe and European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen; 2009

<sup>9</sup> Pencheon D. **Developing a sustainable health and care system: lessons for research and policy.** *J Health Serv Res Policy.* 2013; **18**:193-4

<sup>10</sup> Nichols L. *A sustainable health system for all Americans.* New America Foundation, Washington, DC; 2007

<sup>11</sup> *Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF). Myth: Canada’s system of healthcare financing is unsustainable. Mythbusters.* 2007.

<sup>12</sup> *The World health report, 2000. Health systems: improving performance.* WHO, Geneva; 2000

<sup>13</sup> *The World health report, 2000. Health systems: improving performance.* WHO, Geneva; 2000

<sup>14</sup> Björnberg A. *Health consumer powerhouse, Euro Health Consumer Index [Online]. Health Consumer Powerhouse.* 2013;23

април 2014г. в Париж, имаше за цел да идентифицира и разпространи добрите практики в управлението на здравните бюджети<sup>15</sup>.

В национален контекст, в последните години политиките в областта на здравето се основават на следните приети документи: Концепция за по-добро здраве; Концепция за деинституционализация на децата от домовете за медико-социални грижи; Проект на Концепция за устойчиво развитие на спешната медицинска помощ в Република България; Концепция за реструктуриране на болничната помощ; Национална стратегия за демографско развитие на населението в Република България (2012 - 2030г.); Нов модел за финансиране на болничната помощ; Национална стратегия за намаляване на бедността и насърчаване на социалното включване 2020, Национална здравна карта, Национална програма за превенция на хроничните незаразни болести (2013 - 2020 г.). За осигуряването на тези политики са предвидени целеви средства в програмните бюджети на Министерството на здравеопазването и в бюджета на НЗОК през съответните години.

Националната здравна стратегия 2014/2020 е логично продължение на разработваните през последното десетилетие няколко взаимодопълващи се здравни стратегии и концепции за развитие на здравната система в България. На основата на анализите, направени от здравните експерти и научните медицински общности в Националната здравна стратегия 2014/2020 се извършва обективна оценка на динамиката на здравно-демографските процеси в страната, основаваща се на научни доказателства, както и системно наблюдение, анализ и оценка на промените в здравното състояние на населението. Определят се целите за подобряване здравето и благо състоянието на нацията, както и за реформирането на системата. Обосновава се потребността от адекватно ресурсно и технологично осигуряване на държавните и обществените инициативи и действия, насочени към здравето. Определят се условията и възможностите за ефективно междусекторно и научно здравно партньорство.

В Националната здравна стратегия са формулирани следните пет главни цели:

---

<sup>15</sup> Olsen IT. Sustainability of health care: a framework for analysis. *Health Policy Plan*. 1998; 13:287-95

- Подобряване на здравето, безопасността и благосъстоянието на населението до средните нива на ЕС;
- Трансформиране на здравната система за осигуряване достъпно и качествено здравно обслужване;
- Въвеждане на единна интегрирана информационна система чрез развитие на електронното и мобилно здравеопазване;
- Осигуряване на капацитета на човешките ресурси за посрещане на нарастващите здравни потребности;
- Развитие на научните знания и иновации.

Посочените цели в Националната здравна стратегия са базирани на съвременни данни за заболяемостта и смъртността в страната и са съобразени с постигнатите резултати в другите страни от Европейския съюз. Въз основа на очертаните предизвикателства, които стоят пред България в областта на здравето и в изпълнение на поетите ангажменти за постигане на целите на Стратегията Европа 2020, както и за постигане на определените пет национални цели, са разработени 11 ключови политики до 2020 г.

В Националната здравна стратегия се посочва, че основните причини за недостатъчната ефективност и ниски резултати от разработените досега три национални здравни стратегии за укрепване на здравето и предотвратяване на заболяванията са честите политически промени, липсата на последователност и приемственост.

В областта на финансирането на болничните заведения в частност, но и областта на здравната система, Щерева препоръчва не просто приемане на поредната здравна карта, а нейното въвеждане. Според нея това е един от базовите критерии за усъвършенстване на финансирането и структурирането на системата<sup>16</sup>.

---

<sup>16</sup> Виж повече Щерева, с.145.

## ГЛАВА 1 ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

### 1.1. ОСНОВНИ ПРИНЦИПИ И ИЗТОЧНИЦИ ЗА ФИНАНСИРАНЕ НА СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ.

Обикновено когато се обсъждат проблемите на здравеопазването, дейността по финансиране на здравеопазването се разглежда и представя само като процес на набиране на средства, които се разходват за нуждите на здравеопазването. Финансирането на системата на здравеопазване е процес, който обхваща три взаимосвързани и самостоятелно обособени дейности<sup>17</sup>:

- ✓ набиране на средства - това са средствата от: Републиканския или местния бюджет; вноски за задължително или доброволно здравно осигуряване; средства от организации или компании, външни спонсори; директни плащания на гражданите;
- ✓ обединяване/концентриране на средствата във фондове - натрупването и управлението на финансовите ресурси във фондове за нуждите на здравеопазването е необходимо за да се гарантира, че ще се осигури своевременно заплащане за оказаната медицинска помощ. Целта на обединяването на финансовия ресурс е да се гарантира финансовият риск, свързан със заплащането на ползваните медицинските услуги, закупуването на лекарства, консумативи и други стоки;
- ✓ заплащане на медицински грижи. В зависимост от системата на финансиране, заплащането се извършва от държавата, здравната каса или по друг начин на доставчиците за оказаните от тях здравни услуги. Прието е в много страни да се ползва комбинация от посочените схеми.

Всяка страна самостоятелно избира съдържанието, организацията и управлението на финансовата дейност в зависимост от избрания модел на здравна система.

---

<sup>17</sup> [http://www.who.int/whr/2010/whr10\\_ru.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2010/whr10_ru.pdf?ua=1), 11.10.2015г.

Системата за финансиране на здравната система и размерът на средствата, които се отделят и разходват за здравеопазване, се определят от редица взаимосвързани фактори като:

- ✓ нивото на икономическо развитие и финансовите възможности на съответната страна;
- ✓ равнището на демократизация на политическата система;
- ✓ равнището на общата, осигурителната и здравната култура на населението;
- ✓ състоянието на демографския и здравния статус на населението;
- ✓ традиции, култура, история и навици на населението; развитието и структурата на формите на собственост вкл. и в социалната сфера;
- ✓ политиката и приоритетите на управляващите партии и правителството по отношение на здравето на нацията.

Нормално е колкото и средства да са предвидени за здравеопазване в една слабо развита в икономическо и финансово отношение страна, те ще бъдат недостатъчни да задоволят здравните потребности на населението за достъпно и качествено здравеопазване. И обратно, икономически развитите страни могат да си позволят да отделят средства за здравеопазване, които съответстват на възможностите на икономическия потенциал на държавата и могат да гарантират висок стандарт и качество на здравното обслужване на населението.

В действителност, размерът на разходите за здравеопазване се определят от това доколко здравната система се е доближила до пълното покритие на необходимите на населението медицински услуги. Така например, в страните от Организацията за икономическо сътрудничество и развитие, участниците в която са само 18 % от населението на света, ползват 86 % от общите разходи за здравеопазване в света. САЩ и Норвегия разходват повече от 7 000 щатски долара на глава от населението за здравеопазване, Швейцария - повече от 6000 долара. В страните от Организацията за икономическо сътрудничество и развитие на човек се осигуряват средства за здравеопазване в размер средно по 3600 долара<sup>18</sup>.

---

<sup>18</sup> Пак там, с.4