

Практическо занятие 6

Здравно законодателство. Първична медицинска помощ

Съдържание

1 ТЕМА	1
2 УЧЕБНИ ЦЕЛИ	1
3 СЪДЪРЖАНИЕ И МЕТОДИКА НА УПРАЖНЕНИЕТО	2
3.1 Здравеопазване – същност, структура, фактори, принципи. Междусекторно сътрудничество	2
3.2 Системи на здравеопазване – видове, предимства и недостатъци	4
3.3 Здравна политика и реформа в България. Национална здравна стратегия	8
3.3.1 Здравна служба	10
3.3.2 Институционална структура	11
3.4 Здравно законодателство в България	16
3.5 Първична медицинска помощ	17
4 КОНТРОЛНИ ВЪПРОСИ И ЗАДАЧИ	26

1 ТЕМА

“Здравно законодателство в България. Съвременна концепция за първичната медицинска помощ. Функции на общопрактикуващия лекар. Домашен стационар” (конспект 21,22,23,40)

2 УЧЕБНИ ЦЕЛИ

Студентите познават 1. Основите на здравното законодателство в България 2. Видовете здравни системи и техните особености 3. Основите на здравната политика,

стратегия и мениджмънт 4. Основните институции в рамките на здравната служба 5. Принципите и организацията на първичната медицинска помощ в България

Документи 1. Направление за хоспитализация 2. Направление за медицински изследвания 3. Направление за високоспециализирана дейност

Студентите могат 1. Да структурират основните етапи на здравната политика 2. Да оценяват ефективността на ПМП

3 СЪДЪРЖАНИЕ И МЕТОДИКА НА УПРАЖНЕНИЕТО

3.1 Здравеопазване – същност, структура, фактори, принципи. Междусекторно сътрудничество

1. Определения

1. **Здравните системи** - включват всички организации, институции и ресурси, които са посветени на извършването на здравни дейности. Здравната система може да се представи още като система от дейности, медицински и немедицински (стопански, социални, материално-технически и технологични, екологични, образователни и възпитателни), научни и приложни, организирани в обществото за оптимизиране на количествените и качествени аспекти на възпроизводството на човешките ресурси
2. **Здравна дейност** е всяка дейност, чиято основна цел е подобряване на здравето, независимо дали тази дейност се извършва в областта на здравната помощ на индивида, или в областта на общественото здраве, или е организирана от различни други институции чрез инициативи на междусекторно сътрудничество.
3. **Здравеопазването** представлява изключително широк комплекс от медицински и немедицински дейности, ориентирани към опазване и възстановяване на здравето.
4. **Здравна потребност** - потребност от определена степен на здраве, както и от определена помощ за неговото осигуряване
 1. Осъзнати - здравни потребности в тесен смисъл на думата
 2. Неосъзнати - здравни нужди

2. Цели

1. Подобряване на здравето на обслужваното население.
2. Задоволяване на очакванията на хората от дейността на здравната система
3. Гарантиране на финансова защита на хората при увреждане на здравето

3. Фактори

1. Обществена нагласа
2. Здравни ресурси
3. Политическа воля
4. Здравни потребности

4. Структура

1. Здравни институции (здравна служба)
 1. Здравни заведения
 2. Лечебни заведения
 3. Здравни административни и ръководни структури
2. Немедицински институции
 1. Образователни институции
 2. Социални институции
 3. Економически институции, икономически сектор
 4. Технологични институции
 5. Екологични институции

5. Принципи

1. Предоставяне на достъпни, всеобхватни, висококачествени и безопасни здравни услуги
 2. Създаване (генериране) и поддържане на добро ниво (в количествено и качествено отношение) на необходимите човешки и материални ресурси.
 3. Справедливо финансиране на здравните услуги.
 4. Ефективно управление на здравните институции и добро стопанисване на наличните материални ресурси.
6. Междусекторно сътрудничество - включва оценката на ефекта върху здравеопазването при всяка нова политика, проект, програма или законодателна инициатива, независимо от основния и обект. Междусекторното сътрудничество е интеграцията на здравната система в общата система на обществото, която включва и други сектори, като социалния, образователния, трудовия, стопанския, екологичния и т.н. Междусекторното сътрудничество е от особена важност за ефективното изпълнение на програмите в областта на общественото здраве. Поради това Министерството на здравеопазването осъществява регулярни връзки с всички министерства, които имат отношение към общественото здраве. Това взаимодействие е установено на национално, областно и местно равнище, с регламентирани в редица закони и нормативни актове рамки и отговорности. Междусекторното сътрудничество бива два основни типа
1. Взаимодействие на останалите сектори със здравеопазването. Например - внедряването на нова програма свързана с ваксинация изисква взаимодействие с финансовия министър, доставянето на ваксините би изисквало взаимодействие с министъра на транспорта и т.н.

2. Взаимодействие на здравеопазването във останалите сектори. Например - изграждането на нова пътна инфраструктура изисква оценка на ефекта върху околната среда с цел опазване на здравето на хората в околните населени места, определянето на максимална скорост също е преди всичко с цел ограничаване на травматизма и т.н.

3. Примери

- Междусекторното сътрудничество лежи в основата на политиката за осигуряване на безопасни и здравословни условия на труд. Тази политика се осъществява в рамките на взаимодействие на национално, браншово и местно равнище. Координатор е Министерството на труда и социалната политика. На Министерството на здравеопазването са възложени задачите по управление на дейностите за защита и подобряване на здравето на работниците, както и анализиране на работната среда и производствените процеси и тяхното влияние върху здравето. В допълнение, Министерството на здравеопазването е задължено да прилага мерки за намаляване на риска от професионални заболявания.
- Националният координационен комитет на програмата за превенция и контрол на ХИВ/СПИН. В него участват високопоставени представители на министерствата на здравеопазването, на труда и социалната политика, на образованието, младежта и науката, на отбраната, на вътрешните работи, на външните работи, на финансите, на транспорта, представители на Държавната агенция за младежта и спорта, академичните институции, осем НПО и три международни организации.
- Министерството на здравеопазването участва и в общи работни групи с Министерството на образованието, младежта и науката във връзка с обучението на студенти и следдипломното обучение на медицинските специалисти и при дефинирането на приоритети за медицинската наука. То също така работи заедно с министерствата на отбраната и на вътрешните работи по въпроси, свързани със сигурността по време на национални кризи и извънредни ситуации. И на последно място, междусекторното сътрудничество е и необходимо условие за приложението на Системата за здравни сметки, която изисква участието на различни министерства.

3.2 Системи на здравеопазване – видове, предимства и недостатъци

1. Определение - система на здравеопазване е съвкупност от организации, институции, процедури, ресурси и правила, които се използват за предоставяне на здравни услуги на населението. Системите на здравеопазване се различават по следните критерии

1. По видовете на организациите, които предоставят здравни услуги (частни и държавни)
 2. По видовете на финансирането на здравните услуги (публично и частно)
 3. По видовете на ресурсите, които се използват за предоставяне на здравни услуги
 4. По видовете на правилата, които регулират дейността на системата
2. Видове финансиране - Финансирането на системата на здравеопазване може да се разгледа през призмата на източниците на средствата за финансиране. Те са публични и частни и постъпват от:
1. Данъци;
 2. Вноски в системата за социално здравно осигуряване;
 3. Вноски в частни здравно осигурителни фондове;
 4. Лични средства на гражданите;
 5. Благотворителност
3. Видове - В зависимост от степента на участие на държавата във финансирането и предоставянето на здравни услуги, могат да се обобщят три основни типа системи на финансиране:
1. Системи на частно здравно застраховане с частни доставчици на услуги (модел на частни застрахователи/доставчици) - При тази система, приходите се събират на индивидуални партии за всеки застрахован. Цената на здравното застраховане зависи от оценката на рисковете за здравето. При някои разновидности на системата е възможно застрахователя да откаже да застрахова пациента. Разходите се покриват на принципа на обезщетение (обикновено с солна граница за самоучастие). Системата е капиталова - събраните неразходвани средства се използват за инвестиции в други сектори, като осигуряват възвращаемост (нарастване на сумата). Застраховането е доброволно за всеки гражданин.
 1. Примери - САЩ, Швейцария
 2. Предимства
 - Лично участие базирано на риска -> мотив за лична отговорност за здравето
 - Капитализация на събраните средства -> увеличават се паричните средства за здраве
 - Високо качество и защита на правата на потребителите
 3. Недостатъци
 - Висока степен на изключване от системата (високо-рискови пациенти, социално слаби)
 - Затруднен достъп
 - Високи цени на договорените услуги

2. Социално здравно осигуряване със смесена система от частни и държавни доставчици (модел на публичен договор) - Исторически е позната като система на Бисмарк. При нея приходите се събират, чрез здравно-осигурителни вноски задължителни за всички граждани плащани от самите тях и за тяхно име от техния работодател. Държавата осигурява допълнителни групи от населението (пенсионери, деца и др.). Различните фондове набиращи здравно-осигурителните вноски се конкурират по между си за предоставяне на подходящи здравни пакети на най-разумна цена. Съществува механизъм за изравняване на риска между фондовете. В последствие средствата се разходват между различни изпълнителни на медицинска помощ (частни и държавни) по предварително договорени цени. Системата е разходо-покривна. Събраните приходи се разходват за текущите разходи. (парите събрани от здравите се използват за болните в момента)
 1. Примери - Германия, Франция, Холандия
 2. Предимства
 - Социална защита на потребителите
 - По-стабилно финансиране на лечебните заведения
 3. Недостатъци
 - Големи административни разходи
 - Трудно координиране
 - Свободно договаряне => растат разходите за медицинска помощ
3. Системи, финансирани чрез общи данъци, с държавна собственост върху доставчиците (публично – интегриран модел). Исторически е познат като модел на държавна здравна служба (модел на Бевъридж). При този модел определен процент от всички събрани данъци се определят за здравеопазване. Точната сума зависи от решенията на политическата власт в държавата. В последствие тези средства се разпределят между различните здравни институции, които са собственост на държавата. При този модел държавата е собственик на всички здравни институции и доставчици на услуги.
 1. Примери - Великобритания, Ирландия (комбинирано със здравно застраховане), Дания
 2. Предимства
 - Безплатна и достъпна помощ
 - Уеднаквени права за всички
 - По-равномерно териториално разпределение на средства
 - Много пари при добра икономика
 3. Недостатъци
 - Неритмично финансиране
 - Липсват механизми на самоуправление

- Липса външни стимули за потребителя
 - Липса стимул за лекари (постоянна заплата)
 - Малко пари при лоша икономика
4. Благотворителни системи (исторически) Събират се средства от различни благотворителни кампании или дейци (пример Кодуглу в България). Събраните средства се използват за предоставяне на здравни услуги на нуждаещите се (обикновено социално слаби и изолирани). Услугите често се предоставят от доброволци или религиозни организации.
 5. Нови системи - Данъчно защитена система от задължително установени лични медицински сметки, комбинирана с застраховка злополука с разширена персонална отговорност и обществена подкрепа. Системата включва три нива на събиране на приходи - съществува базова социална система, осигуряваща основни медицински услуги финансирана чрез данъци, втори стълб - спестовна индивидуална сметка в която пари се внасят от работника и работодателя. При навършването на 55 години парите над определен минимум в този втори стълб могат да бъдат използвани за други цели - ипотека, образование. От тази индивидуална сметка се изплащат също и пенсионните плащания. Третия стълб на здравната система е сметка за разходи за инвалидност. Участват всички граждани навършили 40 години.
4. Ефективност на здравните системи (критерии)
1. Ценова адекватност: в каква степен цената, която пациентът плаща за определена здравна услуга, отговаря на най-високата стойност за парите му.
 2. Социална солидарност: дали системата дава възможност и на победните да получат здравни грижи, които по качество не се различават от грижите за всички останали.
 3. Удовлетвореност и права на пациентите: в каква позиция поставя системата пациента – силна или слаба.
 4. Качество на здравната услуга: визира се мотивацията на доставчиците да предоставят висококачествени услуги на пациентите.
 5. Клинична автономия: дали системата въздейства върху лекарите и обслужващият персонал с цел постигане на най-добра практика.
 6. Трети страни, които финансират процеса: чии интереси обслужва включването на трета страна в процеса на финансиране на системата и какви рискове се поемат от нея.
 7. Адекватност към пациентите (responsiveness): дали с времето системата е доказала възможностите си да балансира интересите на пациентите и капацитета за обслужването им, доколко системата е обвързана към пациента извън специфичните медицински грижи, които му предоставя.
 8. Фискална жизненост: в каква степен е поносимо бремето върху държавния бюджет.

3.3 Здравна политика и реформа в България. Национална здравна стратегия

1. Определение

1. **Здравна стратегия** - Включва определяне на етапните и крайните цели, ресурсите и темповете за тяхното постигане, т.е. дава отговор на въпросите: какво искаме да постигнем, с какви ресурси, къде да се насочат и как да се разпределят ресурсите във времето. Здравната система се изготвя от министъра на здравеопазването - представя се, обсъжда и приема от парламента. Срока на стратегията следва да е по-голям от мандата на правителството - по този начин се осигурява приемственост. Към началото на 2023г. няма приета здравна стратегия. Обикновено Здравната стратегия включва две части
 1. *Описателна* - коментират се основните детерминанти на здравето, здравните потребности и нужди, сегашното състояние на здравната система и възможните заплахи за нея.
 2. *Прескриптивна* - дефинират се крайните дългосрочни цели (целеполагане), определят се методите за тяхното постигане и се идентифицират основните необходими ресурси (финансиране, законодателни промени и др.). Здравната стратегия обикновено залага и индикатори за оценяване на нивото на постигане на целите. Всяка нова здравна стратегия започва с оценяване на тези индикатори от преходната.
2. **Здравна политика** - система от политически решения, които дадена страна приема в областта на опазване здравето на населението.
3. **Здравен мениджмънт** - представлява конкретна реализация на здравната политика чрез прилагане на специфични управленски технологии

2. Цели - Целите трябва да бъдат достижими. Могат да се нарекат още реални. Формулирането на цели, зависи от ресурсите и факторите на външната среда и вътрешната среда.

1. Дългосрочните цели покриват хоризонт от приблизително пет години.
2. Краткосрочните цели са за една година.
3. Средносрочните цели обхващат планирането от една до пет години.

3. Приоритети - методи за определяне

1. Епидемиологичен подход – предимствена ориентация съобразно разпространението на различните заболявания
2. Рисков подход – ориентация към групи от населението с повишен риск за заболяване, напр. динамично наблюдение на бременни, на генетично увредени деца и др.

3. Възрастов подход – ориентация към специфични възрастови групи, напр. психично здраве на подрастващите, превенция на миокарден инфаркт у мъжете на възраст под 40 години и др.
 4. Социална и икономическа значимост – ориентация съобразно социалния ефект от дадени здравни дейности напр. промоция на здравето и здравно възпитание, сексуално възпитание на учащите се, семейно здравно обслужване, развитие на трудовата медицина и др.
4. Средства на здравната политика - За реализацията на здравната политика са необходими:
1. Информация
 2. Законодателство
 3. Стимули и мотиви
 4. Инфраструктура
5. Структура
1. Дискриптивна част - описание на здравния проблем
 1. детерминанти на здравето (рискови фактори)
 2. здравни потребности и здравни нужди
 3. цели и приоритети
 2. Преспективна част
 1. профилактика (по какъв начин да се намали броя на новите случаи, дали е възможен скрининг и как да бъде организиран)
 2. диагностика (как трябва да се диагностицират случаите - какви методи да се финансират, как да се организира изследването)
 3. лечение (какъв е алгоритъма за лечение, кой лечебни заведения да осъществят лечението, как да се разпределят ресурсите за това)
 4. рехабилитация (къде и как трябва да се осъществява рехабилитацията на заболяването)
6. Видове
1. В зависимост от обхвата:
 1. национални здравни политики
 2. регионални здравни политики
 3. общинска здравни политики
 2. В зависимост от целта:
 1. Лекарствена политика
 2. Конкретна болест или група заболявания
 3. Политики за първичните здравни грижи
 4. Политики за болничната помощ
7. Здравна реформа в България

1. Здравна система преди 1998 г. - система “Семашко” - разновидност на държавната здравна служба
 1. Включва болници определени на териториален обхват, поликлиники (с участъкови лекар педиатър, вътрешни болести, АГ и хирург, стоматолог, лаборатория и образна диагностика), селски здравни участъци и служби (водени от лекар) и селски здравни пунктове (водени от фелдшери)
 2. Финансиране - чрез данъци, собственост на всички лечебни и здравни заведения е държавата.
 3. Разпределението на ресурсите (в т.ч лекари) е базирано на териториален принцип по изцяло централизиран подход.
2. Здравна система след 1998 г. - преминаване към здравно осигуряване
 1. Промяна в собствеността - нови закони позволяващи частни болници;
 2. Въвеждане на ОПЛ заменящи ролята на поликлиниките работещи в частни практики и специалисти в извънболнична помощ - също притежаващи практиките си.
 3. Въвеждане на здравни осигуровки и националната здравно осигурителна каса.
 4. Финансирането следва “псевдо-пазарни” принципи. Децентрализация и засилване на териториалните неравенства.

3.3.1 Здравна служба

1. Същност - Понятието, здравна система или равнозначния термин здравеопазване, понякога неправилно се отъждествява със здравна служба, която е специфичният компонент на здравната система, предлагащ медицински средства за решаване на здравните проблеми. Здравната служба е система от здравни заведения и здравни органи, т.е. тя включва всички видове здравни институции за предоставяне на здравни услуги и за управление на здравните дейности. От позицията на системния подход здравната служба се разглежда като система за получаване, преработване, съхраняване и изразходване на ресурси за превантивни дейности (промоция и профилактика на болестите), диагностика, лечение и рехабилитация Ресурсната база на здравната служба включва 7 вида ресурси
2. Ресурси в здравната служба
 1. човешки ресурси;
 2. материално-технически и технологични средства и съоръжения;
 3. природни ресурси;
 4. финансови ресурси;
 5. информационни ресурси;
 6. организационни ресурси;
 7. предприемачески ресурси.

3. Ресурсите се формират от обществени и частни източници и постъпват в два вида здравни институции:
 1. Здравни институции с неделим ефект резултатите от дейността им засягат цялата популация. Към тях се отнасят: научни центрове и институти, медицински учебни заведения, институции за профилактика и промоция на здравето, службите на здравната администрация (МЗ, РЗИ).
 2. Здравни институции с делим ефект резултатите от дейността им могат да се проследят върху отделните лица, на които е оказана съответна помощ. Към тях се отнасят всички институции, оказващи медицинска помощ в различните и форми и разновидности: първична здравна помощ; специализирана извънболнична помощ; болнична помощ и др.
4. Нива на здравната помощ
 1. Първична здравна помощ. Това е първото ниво на контакт между индивида и здравната система, където се предоставят основни здравни грижи. То в най-близко до хората и се осъществява от индивидуални и групови практики за ПЗП и с активната подкрепа на общността;
 2. Вторична здравна помощ. Това е нивото, към което се препращат пациенти с по-сложни проблеми, които изискват специализирани услуги (общински болници, диагностично-консултативни центрове, медицински центрове частни лекарски кабинети);
 3. Третична здравна помощ. Предлага високоспециализирана медицинска помощ и се оказва от болници на регионално и национално ниво и от университетските болници. Някои центрове на национално ниво и университетски болници предлагат също суперспециализирана помощ
5. Елементи
 1. Законодателни, ръководни и административни институции
 2. Лечебни заведения
 3. Здравни заведения

3.3.2 Институционална структура

1. Основен участък в определянето на здравната политика, стратегията, целите и плана за постигането им е държавата чрез нейната законодателна (Народно събрание на Република България) и изпълнителна власт (Министерски съвет на Република България)
 1. Водеща роля в правителството по отношение на здравнополитическите решения има Министерството на здравеопазването
 2. Парламента - Парламентарната комисия по здравеопазване.

2. Комисията по здравеопазване - Има статут на постоянна комисия на Народното събрание и изпълнява следните функции:
 1. подпомага дейността на Народното събрание в областта на здравеопазването и упражнява парламентарен контрол;
 2. предлага и разглежда законопроекти, декларации и обръщения, като изготвя доклади, предложения и становища по тях;
 3. дава становища по очакваните последици за държавния бюджет от прилагането на бъдещ закон или решение;
 4. прави оценка на прилагането и ефективността на законите в здравеопазването;
 5. инициира и организира обществени дискусии, публични обсъждания и пресконференции във връзка с дейността си.
 6. Дейността на Комисията по здравеопазване е публична и заседанията са открити.
3. Министерският съвет на Република България упражнява изпълнителната власт в сферата на здравеопазването чрез Министерството на здравеопазването и собствени комисии и комитети. Такива правителствени структури са *Националният съвет по превенция на синдрома на придобитата имунна недостатъчност, туберкулоза и сексуално предавани болести, Националният съвет по медицинска експертиза, Националният съвет по цени и реимбурсиране на лекарствените продукти, Националният съвет по наркотични вещества, Централната комисия по етика, Комисията по прозрачност, Висшият съвет по фармация* и др Министерството на здравеопазването провежда държавната политика в сферата на здравеопазването. Структурата на Министерството на здравеопазването включва обща и специализирана администрация
 1. Дирекции
 1. канцелария и административно обслужване;
 2. човешки ресурси;
 3. връзки с обществеността и протокол;
 4. правна;
 5. стопански дейности;
 6. медицински дейности;
 7. здравен контрол;
 8. промоция на здраве, профилактика на болестите и зависимостите;
 9. лекарствена политика;
 10. бюджет и финанси;
 11. европейска координация и международно сътрудничество;
 12. международни проекти и програми;
 13. електронно здравеопазване;
 14. търговски дружества и собственост и обществени поръчки.

2. Инспекторатът на Министерството на здравеопазването е на пряко подчинение на министъра и осигурява изпълнението на контролните му функции при провеждането на държавната политика, като осъществява административен контрол в Министерството и Във второстепенните разпоредители с бюджет към министъра.
4. Министърът на здравеопазването е централен едноличен орган на изпълнителната власт със специална компетентност.
 1. Функциите на министъра включват - ръководство на
 1. националната система на здравеопазване и осъществява контрол по
 2. опазване на общественото здраве и държавния здравен контрол,
 3. спешната медицинска помощ,
 4. трансфузионната хематология,
 5. стационарната психиатрична помощ,
 6. медико-социалните грижи за деца,
 7. трансплантациите,
 8. здравната информация
 9. развитието на здравните дейности в лечебните заведения с мажоритарна Държавна собственост.
 2. Министърът на здравеопазването осъществява дейността си чрез специализирани органи, по-важните от които са:
 1. Изпълнителна агенция „Медицински надзор“ (ИАМН). Представлява второстепенен разпоредител с бюджет към министъра на здравеопазването. Изпълнителният директор се назначава от министъра на здравеопазването, съгласувано с министър-председателя, а дейността, структурата и организацията на ИАМН се определят с устройствен правилник, приет от Министерския съвет. Функциите на ИАМН включват:
 1. управление, координация и контрол на трансплантациите;
 2. проверки за съответствието на структурата, управлението, дейността и организацията на медицинската помощ в лечебните заведения с нормативните изисквания;
 3. проверки за спазването на правата на пациентите в лечебните заведения;
 4. проверки за спазването на утвърдените медицински стандарти в лечебните заведения;
 5. проверки за спазването на утвърдените с наредба на министъра на здравеопазването стандарти за финансова дейност от държавните и общинските лечебни заведения за болнична помощ и комплексните онкологични центрове;
 6. проверки за начина, по който лечебните заведения разходват средства, предоставени им от държавния бюджет;

7. проверки за спазване на утвърдените фармакотерапевтични ръководства;
 8. контрол върху дейността на лечебните заведения при извършване на медицинска експертиза;
 9. проверка на изпълнението на договорите между изпълнителите на медицинска помощ и районните здравноосигурителни каси (РОЗК);
 10. административни услуги по издаване на удостоверения за регистриране, промяна и/или заличаване на регистрацията на лечебните заведения за извънболнична помощ и лечебна дейност в медицинските и денталните факултети на висшите медицински училища;
 11. дейности по изготвяне на мотивирани предложения до министъра на здравеопазването за издаване, отказ, промяна или отнемане разрешения за осъществяване на лечебни дейности на заведенията за болнична медицинска помощ, центровете за психично здраве, центровете за кожно-венерически заболявания, комплексните онкологични центрове, домовете за медико-социални грижи, диализните центрове и тъканните банки.
2. Изпълнителна агенция по лекарствата (ИАЛ). Представява административен орган към министъра на здравеопазването, чиито компетентност, функции и дейности са разписани в няколко закона:
1. съгласно Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина (ЗЛПХМ), ИАЛ е специализирана агенция за надзор върху качеството, ефективността и безопасността на лекарствените продукти;
 2. съгласно Закона за медицинските изделия (ЗМИ), ИАЛ е орган за надзор върху качеството, ефективността и безопасността на медицинските изделия;
 3. съгласно Закона за кръвта, кръводаряването и кръвопреливането (ЗККК), ИАЛ изпълнява функциите на компетентен орган по отношение на дейността на лечебните заведения по вземане, диагностика, преработка, съхраняване, употреба, разпространение, осигуряване на качество и безопасност на кръвта и кръвните съставки и по отношение на трансфузионния надзор.
 4. Цялостната дейност на Агенцията по изпълнение на целите включва и дейности по изпълнение на Националната здравна стратегия на Министерството на здравеопазването и участие в работата на Европейската агенция по лекарствата, Европейския Директорат по качеството на лекарствата и здравеопазването, както и с изпълнението на международни договори, по които Република България е страна.
3. Национален съвет по цени и реимбурсиране на лекарствените продукти (НСЦРАП). Има статут на държавна комисия. Основните функции на НСЦРЛП включват:

1. утвърждава и регистрира цените на лекарствени продукти;
2. включва и изключва лекарствени продукти от ПАС;
3. утвърждава фармакотерапевтични ръководства и препоръки за алгоритми за лечение с лекарствени продукти;
4. осъществява контрол върху продажбата на лекарствени продукти с утвърдени цени;
5. НСЦРЛП поддържа и актуализира публични регистри на утвърдените цени на лекарствени продукти:
 - предназначени за лечение на заболявания, включени в основния здравноосигурителен пакет;
 - заплащани от бюджета на лечебните заведения за БМП;
 - предназначени за лечение на СПИН, инфекциозни заболявания и други заболявания извън обхвата на основния здравноосигурителен пакет;
 - пределните цени на всички регистрирани лекарствени продукти
4. Регионални здравни инспекции (РЗИ). Осъществяват държавната здравна политика на територията на областите в страната. Дейността им е насочена към изпълнението на следните стратегически цели:
 1. организиране и ефективно осъществява- Не на държавната здравна политика на територията на области- те в страната;
 2. превръщане на профилактиката в задължителен елемент на всички нива;
 3. повишаване на ефективността на държавния здравен контрол;
 4. повишаване на качеството на медицинското обслужване на населението.
5. Национален център по заразни и паразитни болести (НЦЗПБ). Представлява национална институция със статут на научна организация към Министерството на здравеопазването, която има за цел да разработва научните основи за превенция и лечение на инфекциозните заболявания и методите за нейното осъществяване. Неговата научноизследователска дейност е фокусирана основно в областите:
 1. етиология и патогенеза на инфекциозните заболявания;
 2. имунна реактивност;
 3. епидемиология;
 4. диагностични методи;
 5. лечение и имунопрофилактика на инфекциозните заболявания.
6. Национален център по обществено здраве и анализи (НЦОЗА). Също представлява второстепенен разпоредител с бюджет към министъра на здравеопазването Осъществява дейности по опазване на общественото здраве, промоция на здравето и профилактика на болестите, информационно осигуряване на управлението на здравеопазването с цел осигуряване на по-доброто здраве на населението.

3.4 Здравно законодателство в България

1. Определение: Здравното законодателство е съвкупност от систематично свързани правни норми, които регулират обществените отношения по предоставяне на медицинска и дентална помощ на пациентите и по изпълнение на други дейности, свързани със здравето на населението
2. Правна норма - съвкупност от юридически права и задължения, регулиращи поведението на правните субекти и отношенията между тях.
 1. Структура на правната норма:
 1. Хипотеза - условията и предпоставките
 2. Диспозиция - правилото за поведение
 3. Санкция - неблагоприятните последици и наказанията
3. Правни системи
 1. Религиозно-традиционна
 2. Континентална (вкл. използвана в България)
 3. Англосаксонска
4. Източници на право
 1. Първично право (закони)
 1. Конституция
 2. Закони и правилници за приложение;
 2. Вторично право (подзаконови актове)
 1. Постановления на министерски съвет
 2. Наредби, правилници, инструкции и др.
5. В основата на българското здравно законодателство са Конституцията на Република България, както и редица закони, посветени на обществените отношения, които възникват, развиват се и се прекратяват само в областта на здравеопазването, като – Закона за здравето, Закона за лечебните заведения, Закона за здравното осигуряване, Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина, Закона за трансплантация на органи, тъкани и клетки, Закона за кръвта, кръводаряването и кръвопреливането, законите за съсловните организации на лекарите и лекарите по дентална медицина, на магистър-фармацевтите, на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти.
6. Подзаконовата нормативна уредба се образува от множество наредби, правилници и други подзаконови нормативни актове, издавани във връзка с прилагането на изброените по-горе здравни закони, на отделни раздели или разпоредби от тях. Към подзаконовата уредба са и етичните кодекси на различни съсловия в здравеопазването, които се приемат от техните съсловни организации – БЛС, БЗС, БФС и БАПЗГ.

3.5 Първична медицинска помощ

1. Определение - Първичната медицинска помощ ПМП е основна здравна помощ на базата на практически, научнообосновани и социално приемливи методи и технологии, общодостъпни за индивидите и техните семейства, осъществявани чрез тяхното пълно участие и на цена, която общността и страната могат да си позволят на всеки етап от развитието си
2. Характеристики
 1. ПМП е приоритетен сектор на националната здравеопазна система и се разглежда в тясна връзка със социалното и икономическо развитие на всяка страна.
 2. Първичното здравно обслужване е основното средство за предоставяне на медицинска помощ. ПМП е **най-периферното ниво на здравната система** осигуряваща всеобхватна медицинска грижа в общността и непосредствено до индивида съобразно неговите социални и семейни характеристики.
 3. Първичната здравна помощ се осигурява в **амбулатории и центрове** в противоположност на **вторичното и третичното** специализирано здравно обслужване, което се осигурява в **болничната система**.
3. Предпоставки
 1. Изследвания под егидата на СЗО установяват, че в развиващите се страни **около 2/3 от бюджета** за здравеопазването се изразходват в големите болници в градовете, въпреки че болниците обслужват **едва 10-20%** от населението.
 2. Освен това половината от болничните разходи са за обслужване на заболявания, които **могат да се лекуват в извънболничния сектор**. Например, стомашно-чревни разстройства, туберкулоза, малария и други остри инфекциозни заболявания.
 3. Наблюдава се и нарушаване на баланса между *търсенето и предлагането на здравни услуги*.
 4. Необходими са реформи, които са ориентирани към промени, основани на принципа: *парите следват пациента*.
4. Исторически бележки
 1. Конференция Алма Ата **През 1978 г.**
 1. Конференция по първичното здравно обслужване на СЗО и УНИЦЕФ - приема стратегия за радикална промяна и фокус върху **първичната медицинска помощ**.
 2. Главна социална цел на правителствата, международните организации и цялата световна общност в следващите десетилетия трябва да бъде достигането от всички хора по света на **ниво на здраве**, което да им

позволи да водят продуктивен в социално и икономическо отношение живот.

3. В Декларацията се подчертава, че ПЗП е ключът към постигане на тази цел, тъй като тя е първото **ниво на контакт на индивида, семейството общността с националната здравна система**, приближавайки здравната помощ до местоживеенето и местоработата на хората.
2. Световния доклад за здравето пред **Световната здравна асамблея 2008 г.** “Първичната здравна помощ - сега повече от всякога”, в който се анализира 30-годишното развитие на ПЗП и се очертават нови перспективи
3. **Декларацията от Астана** от 2018 г., в която се развива идеята за универсално здравно покритие;
4. **Декларацията на ООН** - “Да се движим напред към един по-здрав свят”, приета на Срещата на високо равнище на 23 септ. 2019 г. по време на Генералната асамблея на ООН.

5. Елементи на ПМП

1. Здравна **информираност** и здравно **възпитание** на населението;
2. Осигуряване на рационално **хранене**;
3. Подобряване на **хигиената** на околната среда;
4. **Профилактични грижи** за **майките и децата**, вкл. семейно планиране;
5. **Профилактика** на **инфекциозните** заболявания;
6. **Профилактика** и контрол на **социалнозначимите** и ендемични заболявания;
7. Подходящо **лечение** на най-честите заболявания и травми;
8. предоставяне на най-необходимите **лекарства**.

6. Изисквания

1. **Свободен достъп** до услугите за всяко лице в общността;
2. **Общ характер** (обхваща всички възрасти от двата пола);
3. **Всеобхватност** (широк спектър услуги);
4. **Продължителност** (отчита предходни и бъдещи събития за пациента; лекарят се среща с повече от един епизод на заболяването, а пациентът се обслужва продължително от един и същ лекар);
5. **Лична помощ** (ориентирана към пациента; личен характер на връзката между пациента и общопрактикуващия лекар);
6. **Интегрирана** помощ (отчита физически, психически и социални фактори);
7. Разрешава до 90% от здравните проблеми на пациентите;
8. Вход към специализираната помощ - ОПЛ е **gatekeeper**, регулиращ препращането към вторична и третична помощ;
9. **Координирана** помощ (ОПЛ координира предоставената помощ и на чина на използване на здравните ресурси);
10. Помощ, ориентирана към потребностите на общността.

7. Компоненти

1. **Посрещане на основните здравни нужди на хората** чрез предоставяне на промотивни, превантивни, защитни, лечебни, рехабилитационни услуги и палиативни грижи през целия жизнен цикъл, поставяйки стратегически приоритети върху ключовите здравни услуги, насочени към индивидите, семействата и към популацията чрез опазване на общественото здраве като централни елементи на интегрираните здравни услуги;
2. **Систематично насочване и обхващане на широк спектър от детерминанти на здравето** (вкл. социални, икономически, детерминанти от околната среда, както и към личностните и поведенчески характеристики) чрез опиращи се на доказателства обществени политики и действия на всички обществени сектори;
3. Насърчаване на индивидите, семействата и общностите за **инвестиране в своето здраве** чрез политики за промоция и защита на здравето и насърчаване на самопомощта и грижите за другите.

8. Структура на ПМП в България

1. В България ПМП се осъществява в лечебни заведения за извънболнична медицина помощ. Класификацията на лечебните заведения за ПЗП и тяхната характеристика са регламентирани в ЗЛЗ. В РЗИ се води регистър на леебните заведения за извънболнична помощ.
2. класификация
 1. Амбулатории за първична медицинска помощ (ПМП):
 1. индивидуална практика за ПМП;
 2. груповая практика за ПМП;
 2. Амбулатории за специализирана медицинска помощ (СМП):
 1. индивидуална практика за СМП;
 2. груповая практика за СМП;
 3. медицински център и медико-дентален цент
 3. диагностично-консултативен център (ДКЦ);
 4. Самостоятелни медико-диагностични и медико-технически лаборатории.
 5. Дентални центрове
 6. Амбулатории за здравни грижи
 1. индивидуална практика за здравни грижи;
 2. груповая практика за здравни грижи.
3. Изисквания и основни норми
 1. Индивидуална практика за първична медицинска помощ се организира и осъществява от лекар с призната специалност по **обща медицина**, съответно от лекар по **дентална медицина**. Лекарите са длъжни да определят **заместник** в случаите на тяхното отсъствие, за което уведомяват писмено съответната регионална здравна инспекция и районната здравноосигурителна каса. Лекар, съответно лекар по

- дентална медицина, практикуващ в амбулатория за първична или специализирана извънболнична помощ, извършва лечение на болен и в дома му, когато състоянието на болния налага това.
2. Групова практика за специализирана медицинска помощ се осъществява от търговско дружество или кооперация, учредени от лекари с една и съща призната специалност съответно от лекари по дентална медицина с една и съща призната специалност, които се регистрират
 3. **Диагностично-консултативният център** е лечебно заведение, в което осъществяват специализирана извънболнична помощ не по-малко от 10 лекари с различни признати специалности.
 4. **Медицински център** или **медико-дентален център** е лечебно заведение, в което осъществяват специализирана извънболнична помощ не по-малко от *трима лекари* и/или трима лекари по дентална медицина с различни признати специалности. В медицински център, медико-дентален център и дентален център, както и в индивидуални и групови практики за първична и специализирана медицинска помощ могат да се провеждат и *клинични изпитвания на лекарствени продукти*.
 5. ДКЦ трябва да бъде съоръжен с необходимата медицинска апаратура, да разполага поне с **една медико-диагностична лаборатория и уредба за образна диагностика**.
 6. Диагностично-консултативният център се управлява от лекар с призната специалност и квалификация по **здравен мениджмънт** или магистър по икономика и управление
 7. Самостоятелната медико-диагностична лаборатория е лечебно заведение, в което **лекар/лекари с помощта на други специалисти извършват предписани от друг лекар или лекар по дентална медицина специализирани медицински изследвания** по една или повече медицински специалности. В нея работи **най-малко един лекар** с призната специалност по всяко едно от направленията на дейност на лабораторията.
 8. Самостоятелната медико-техническа лаборатория е лечебно заведение, в което специалисти извършват предписани от лекар, **специфични технически дейности и произвеждат специализирани медицински изделия**. Самостоятелната медико-диагностична и медико-техническа лаборатория се управлява от лекар с призната специалност
 9. **Индивидуална практика** за здравни грижи се организира и осъществява от **лекарски асистент, медицинска сестра, акушерка или рехабилитатор**, които имат минимум три години стаж в съответната професионална област
 10. **Групова практика за здравни грижи** се осъществява от търговско дружество или кооперация, учредени от лекарски асистенти и/или медицински сестри, и/или акушерки, и/или рехабилитатори, които имат минимум три години стаж. Практиките за здравни грижи може

да извършват дейности **в дома на пациента**, когато състоянието на пациента налага това.

9. Достъп до ПМП

1. Здравноосигурените лица имат право свободно да избират лекар в лечебно заведение за първична извънболнична помощ, сключило договор с НЗОК на територията на цялата страна.
2. Изборът е личен, а за малолетни и непълнолетни или за поставени под пълно или ограничено запрещение лица той се извършва от техните родители, настойници или попечители.
3. На всяко здравноосигурено лице се издава здравноосигурителна книжка. Избраният личен лекар може да се сменя по желание на лицето след изтичане на шест месеца от датата на регистрацията на първият избор – м. Юни и Декември всяка година.

10. Дейности в ПМП

1. ОПЛ оказва ПМП на

1. **записани в неговия регистър на основание техен личен избор;**
2. лица, **временно пребиваващи** за срок от един до пет месеца извън своя здравен район срещу представяне на здравноосигурителна книжка;
3. лица от друг здравен район, обърнали се за помощ **инцидентно** по повод на остри състояния.

2. Видове

1. Оказва спешна помощ на всеки пациент, независимо от неговата регистрация и местоживее, когато такава е потърсена от него, до идване на екип на спешна помощ;
2. Изпълнява програми „Майчино здравеопазване”, „Детско здравеопазване” и извършва профилактика на ЗОЛ над 18 г.
3. Подготвя документацията за консултации, медико-диагностични изследвания или хоспитализация на ЗОЛ;
4. Извършва посещения на ЗОЛ от домове за медико-социални грижи, записани в неговия регистър;
5. Изготвя в началото на учебната година “Талон за здравословното състояние” на деца и ученици;
6. Осъществява методична помощ по отношение на здравните дейности в училищата, касаещи включените в регистъра му лица;
7. Осигурява непрекъснатост на медицинските грижи за регистрираните при него лица.
8. За профилактиката на някои социално значими и приоритетни за страната заболявания ОПЛ сформира и наблюдава следните рискови групи:
 1. сърдечносъдови заболявания;

2. захарен диабет;
 3. злокачествени новообразувания.
9. Лечебните заведения за ПМП обявяват в амбулаторията на място, достъпно за здравноосигурените лица по всяко време, своя месечен график, който трябва да съдържа часове за амбулаторен прием, за домашни посещения, за промотивна и профилактична дейност, за работа по програмите „Майчино здравеопазване” и „Детско здравеопазване”.
 10. Лекарите от лечебните заведения за ПМП извършват домашни посещения на ЗОЛ, когато тяхното здравно състояние налага това.
 11. ОПЛ издава медицинско **направление** за консултация или за провеждане на съвместно лечение със специалист:
 1. При необходимост от консултативен преглед;
 2. При заболявания и проблеми, изискващи специализирани диагностични дейности;
 3. За оценка на здравното състояние;
 4. При провеждане на профилактични и диспансерни прегледи;
 5. За физиотерапия;
 6. При включване на здравноосигурените лица в програмите „Майчино здравеопазване” и „Детско здравеопазване” при лекари-специалисти;
 7. За профилактични прегледи на лица от рисковите групи и за диспансеризация се издава еднократно направление от ОПЛ за консултация или провеждане на съвместно лечение.
 12. ОПЛ насочва здравноосигуреното лице за **хоспитализация**
 13. Когато лечебната цел не може да се постигне в условията на извънболничната помощ;
 14. След изписване на пациента от лечебно заведение за болнична помощ или Диспансер ОПЛ получава екземпляр от епикриза или копие, което прилага към медицинското досие на пациента, и в съответствие с препоръките в епикриза организира последващите медицински грижи.
11. Финансиране на ПМП
1. Ежемесечно определена сума за всеки записан здравноосигурен потребител (капитация)
 2. Такси за извършени дейности по съответните елементи, подробно описани в НРД.
 3. Потребителска такса: **2,90 лв.** (решава се с постановление на министерски съвет) , за лицата, които са упражнили правото си на пенсия за осигурителен стаж и възраст, заплащат за всяко посещение при лекаря, при лекаря по дентална медицина или на лечебното заведение сума в размер **1,00 лв** (а остатъка се допълва от държавния бюджет чрез НЗОК).
 4. Освободени от такса са:

1. малолетни, непълнолетни, неработещи членове на семейството,
 2. пострадали при или по повод отбраната на страната,
 3. ветерани от войните, военноинвалиди;
 4. задържани под стража лица;
 5. социално слаби,
 6. медицински специалисти;
 7. пациенти със злокачествени новообразувания;
 8. бременни и родилки до 45 дни след раждането;
 9. здравноосигурени лица, страдащи от заболявания с над 71% намалена работоспособност, съгласно Наредбата за медицинската експертиза.
5. НЗОК финансира изцяло основния пакет здравни продукти в ПИМП, който включва:
1. здравно информационни дейности;
 2. промоция на здравето;
 3. профилактика на болестите;
 4. диспансеризация;
 5. контрол на инфекциозните заболявания;
 6. диагностично-лечебна дейност (първични и вторични прегледи, домашни посещения, координация на здравната помощ между различните звена и др.);
 7. медицинска експертиза.

12. Показатели за оценка на дейността на ПМП

1. Достъпност
 1. отдалеченост от структура за ПМП,
 2. директни и индиректни разходи за ПМП;
2. Равнопоставеност
 1. изпълнение на програмите по майчино и детско здравеопазване;
 2. брой имунизации спрямо подлежащи лица според имунизационния календар и др.;
3. Безопасност
 1. относителен дял на основателните жалби спрямо общия брой жалби и общия брой пациенти и др.;
4. Своевременност
 1. брой профилактични прегледи на лица спрямо общия брой записани при ОПЛ;
5. Ефикасност
 1. съвпадение на диагнози при планови хоспитализации;
 2. поддържане на компенсирано състояние при пациенти с хронични заболявания – инсулинонезависим диабет и неусложнена хипертония

13. Домашен стационар

1. Всички манипулации стават в дома, ако се налагат лабораторни изследвания, електронна кардиография всичко се извършва в дома на болния Документацията, която се попълва е *историята на заболяването*.
2. Заболявания подлежащи на домашен стационар
 1. Хронични заболявания с обостряне на процеса.
 2. Болни от инфекциозни заболявания, с разрешено лечение в домашни условия.
 3. Болни с ясна причина за температурното състояние.

14. Спешна медицинска помощ

1. Определението за спешно състояние включва всяко остро или внезапно възникнало нарушение на виталните функции на организма, свързано с нарушаване на морфологичната структура или спиране на функционалните процеси на един или няколко органа или системи в човешкото тяло, водещи до непосредствена смърт или трайно и тежко увреждане. Този тип състояния изискват незабавна намеса на подготвени медици от СМП, които да осигурят поддържането на виталните функции на организма до поставянето на окончателната диагноза от медицински специалист и прилагането на реанимационни или интензивни грижи.
2. Неотложните медицински състояния също са приоритет на СМП. Те представляват всяко възникнало болестно състояние или изострено хронично заболяване, което е довело до дискомфорт на пациента и е предпоставка за търсене на медицинска помощ, както и носи риск от евентуално нарушаване на морфологичната структура или спиране на функционалните процеси на един или няколко органа или системи в човешкото тяло. Неотложното състояние изисква бърза намеса на медицински специалист за изясняване и диагностициране на състоянието и предприемане на подходящите лечебни мероприятия
3. Основните функции на СМП могат да бъдат формулирани, като предотвратяване на:
 1. смърт;
 2. тежки или необратими морфологични и функционални увреждания на жизнено важни органи и системи;
 3. усложнения при родилки, застрашаващи здравето и живота на майката или детето.
4. Дейностите, които извършва СМП включват:
 1. квалифицирана спешна медицинска помощ на местопроизшествието;
 2. спешни диагностични изследвания;
 3. клинично и инструментално наблюдение на пациента до неговата хоспитализация;

4. лечебни и специфични реанимационни дейности до настаняването на пациента в болница;
 5. спешна медицинска помощ при бедствия, аварии и катастрофи;
 6. координация и транспортни дейности за донори и органи;
 7. администриране на информацията за постъпили повиквания за медицинска помощ;
 8. специализиран медицински транспорт;
 9. вземане на кръвни проби за алкохол и упойващи вещества от водачи на МПС.
5. Организация по дейностните се извършва чрез регионалната структура на ЦСМП
1. ЦСМП е юридическо лице със седалище административния център на съответната област, като осъществява дейността си чрез съответните му структурни подразделения - филиали за СМП, спешно отделение и спешен сектор. Контролът върху цялостната дейност на ЦСМП се осъществява от съответните РЦЗ.
 2. Престоят в обособените спешни отделения е ограничен и не трябва да надвишава 12 часа, като при състояние, налагащо болнично лечение, спешният екип предлага хоспитализация в болница.
6. Финансирането на СМП се извършва от републиканския бюджет, поради което НЗОК не финансира този вид дейност. Организацията, управлението и контролът са под юрисдикцията на Държавата в лицето на МЗ.
7. Основните проблеми в подсистемата на СМП са следните:
1. спешните отделения обикновено са в рамките на болничните заведения, като лекарите в тях са на двойно подчинение, което оказва съществено негативно влияние върху качеството на здравните продукти;
 2. болниците не получават достатъчно финансиране за спешните отделения, въпреки че СМП ползва ресурси на болницата;
 3. затруднена достъпност до СМП в отдалечените и слаборазселени райони в страната;
 4. ниско качество на здравните продукти за спешни състояния, обвързано с липсата на достатъчно финансови ресурси;
 5. проблеми с навременното оказване на СМП;
 6. ЦСМП поемат голяма част от ангажиментите на ОПЛ в извънработно време, както и грижите за социално слаби и не осигурени пациенти.
 7. Предоставянето на СМП в България, обусловено от социалното значение на здравните проблеми на личността, измества изцяло икономическите аспекти и поставя сериозни проблеми пред възможността да се достави здравен продукт с максимална стойност за пациента при минимален разход на ресурси.

4 КОНТРОЛНИ ВЪПРОСИ И ЗАДАЧИ

1. Посочете разликата между здравеопазване и здравна служба.
2. Посочете в кой закони се определят правата на пациента.
3. Кой са факторите, които влияят на формирането на здравната политика.
4. Посочете разликите в организацията на здравната система в България и в САЩ.
5. Посочете основните проблеми в подсистемата на спешната медицинска помощ.
6. Посочете изискванията за ДКЦ.
7. Кой са елементите на първичната медицинска помощ.
8. Какво представлява домашния стационар?
9. Посочете разликите в финансирането на ОПЛ и спешната помощ.
10. Посочете йерархията на законовите документи в България.