



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

Лекция № 4-5

**ОСНОВНИ НАСОКИ НА ЗДРАВНАТА
РЕФОРМА И РАЗВИТИЕ НА
ЗДРАВНОТО ЗАКОНОДАТЕЛСТВО**

Проф. д-р Силвия Александрова-Янкуловска, д.м.н.

Доц. д-р Гена Грънчарова, д.м.

I. ОСНОВНИ НАСОКИ НА ЗДРАВНАТА РЕФОРМА

НЕОБХОДИМОСТ ОТ РЕФОРМА В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

ТРИ ОСНОВНИ ПРИЧИНИ ЗА РЕФОРМА:

- Влошено и влошаващо се здравно състояние на населението.
- Доказана неефективност на здравната система.
- Несъответствие с общите тенденции към демокрация, пазарна икономика и Европейските стандарти и ценности.

ГЛАВНА ЦЕЛ НА ЗДРАВНАТА РЕФОРМА

*преустановяване на
тенденцията за влошаване на
общественото здраве и
създаване на условия за
подобряване на здравето.*

ДЪЛГОСРОЧНИ ЦЕЛИ НА РЕФОРМАТА

- разработване и осъществяване на дългосрочни програми за профилактика на заболяванията и промоция на здравето
- по-нататъшно намаляване на детската смъртност
- ограничаване на заболяемостта, смъртността и инвалидността от социално-значими заболявания
- оздравяване на околната среда
- здравословен начин на живот
- намаляване на рисковите фактори за здравето на хората в неравностойно положение
- подобряване на психичното здраве
- утвърждаване на европейски стандарти за качество на медицинската помощ и др.

ОСНОВНИ ЦЕННОСТИ НА ЗДРАВНАТА РЕФОРМА

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

ОСНОВНИ ПРИНЦИПИ НА ЗДРАВНАТА РЕФОРМА

- 1. Създаване на собствен модел на здравна система с отчитане на българската история, култура, традиции, реалности и ценности.**
- 2. Социална ориентация на промените.**
- 3. Плурализъм и равнопоставеност на формите на собственост и свобода на частната инициатива.**

- 4. Пазарни механизми при разпределяне и управление на ресурсите в здравеопазването.**
- 5. Разпределение на отговорностите за здравето между обществото, гражданите и здравните професионалисти.**
- 6. Непрекъснатост, прозрачност и обществено съгласие за промяна чрез участие на гражданите и здравните професионалисти.**

ОСНОВНИ СТРАНИ НА РЕФОРМАТА

ФИНАНСОВА РЕФОРМА

преминаване към нов тип на финансиране на здравните дейности – от държавен монополизъм към здравноосигурителен модел

СТРУКТУРНА РЕФОРМА

Преодоляване на:

- екстензивното развитие по отношение на брой легла, персонал и звена;
- диспропорциите в териториалното разпределение на ресурсите
- дисбаланса между обществения и частния сектор
- дисбаланса между първичната, специализираната и болничната помощ

ОБЕКТ НА СТРУКТУРНАТА РЕФОРМА

- превантивната дейност;
- първичната здравна помощ;
- диагностично-консултативната помощ;
- болничната помощ;
- снабдяването с лекарства;
- управленската структура.

Реформата в превантивната дейност преминава през:

I. от ХЕИ към РИОКОЗ;

II. 2011 г. - РИОКОЗ + РЦЗ = РЗИ

РЕФОРМАТА В ЛЕЧЕБНАТА ДЕЙНОСТ

се опира на:

- Закона за здравето
- Закона за здравното осигуряване
- Закона за лечебните заведения
- Закона за професионално-съсловните организации на лекарите и лекарите по дентална медицина (1998 г., изм. и доп. 2005 г.)

Реформата в извънболничната помощ (от 1 юли 2000 г.) се заключава в създаването на нови видове лечебни заведения:

- 1) индивидуални и групови практики за първична здравна помощ (ПЗП) и
- 2) за специализирана извънболнична медицинска помощ (СИМП).

Реформа в първичната медицинска помощ

- Утвърждаване на ОПЛ като основна фигура за ПМП.
- Заплащането в ПМП е на **капитационен принцип** (според броя на лицата в пациентската листа на ОПЛ) с коригиращи коефициенти за възрастови групи, диспансеризирани лица, неблагоприятна територия, работа по приоритетни направления **и за някои видове услуги.**
- Заплащането на СИМП – на принципа **за предоставени услуги.**

Реформата в диагностично-консултативната помощ се заключава в създаване на нови видове здравни заведения:

= диагностично-консултативни центрове (ДКЦ);

= диагностично-консултативни отделения (блокове) към болниците;

= центрове (медицински, дентални, медико-дентални);

= частни специализирани лекарски практики (индивидуални и групови).

Заплащане - според извършените консултации или изследвания.

РЕФОРМАТА В БОЛНИЧНАТА ПОМОЩ

се осъществява в два етапа:

1. Преди приемане на Закона за лечебните заведения:

- * намаляване броя на леглата;
- * реструктуриране на легловия фонд;
- * създаване на алтернативи на стационарната помощ (еднодневна хирургия, домашен стационар).

2. След приемане на ЗЛЗ - превръщане на болниците в търговски дружества

- **От 1 юли 2001 г.** - сключване на договори с НЗОК за финансиране на медицинските дейности по *клинични пътеки*.

Основните задължения на страните по договора се определят в годишни Национални Рамкови Договори (НРД).

- **От 1 януари 2006 г.** медицински дейности в болниците за заплащат само от НЗОК.

Основни характеристики на реформата в лечебната дейност

1. Радикално променен правен статут на собствеността на лечебните заведения - регистриране на лечебните заведения по Търговския закон и Закона за кооперациите.

Правен статут на собствеността

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

2. Регламентиране на договорното начало между лечебните заведения и финансиращите органи - всички извършвани медицински услуги се заплащат само на основата на сключени договори.

3. Осигуряване на автономия на потребителя - свободен избор на личен лекар, специалист от извънболничната помощ, болнично заведение.

Законовата самостоятелност на трите субекта (потребител, лечебно заведение и финансиращ орган) и въвеждането на договорни отношения, е предпоставка за формиране на пазар на медицинските услуги и конкуренция между лечебните заведения, която да доведе до подобряване на качеството на предоставянето на здравни услуги.

II. РАЗВИТИЕ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО И ЗДРАВНОТО ЗАКОНОДАТЕЛСТВО В БЪЛГАРИЯ

ВЪВЕДЕНИЕ

- Първите форми на организирани здравни грижи в системата на гражданската администрация в напредналите европейски страни се появяват в началото на 19-ти век.
- Като специфична част на законодателството здравните закони се появяват доста по-късно. Първите такива актове са във **Франция** от 1822 г. със създаването на Висш медицински съвет към Министерството на вътрешните работи

- След 1848 г. в **Англия** е приет „Санитарен закон”, с който здравеопазването се регламентира като държавна функция.
- След премахването на крепостното право в **Русия** през 1861 г. се създават „Земски управления”, на които заедно с другите функции се възлага и здравеопазването.

- В **България** през 1852 г. със закон се създава Санитарен съвет, ръководещ здравното дело в Османската империя и се поставят основите на местната здравна администрация.
- България след Освобождението не наследява някаква развита здравна организация и започва развитие на съвършено нови организационни принципи и структура.
- Периодизацията в развитието на здравеопазването и здравното законодателство в България включва **7 етапа**.

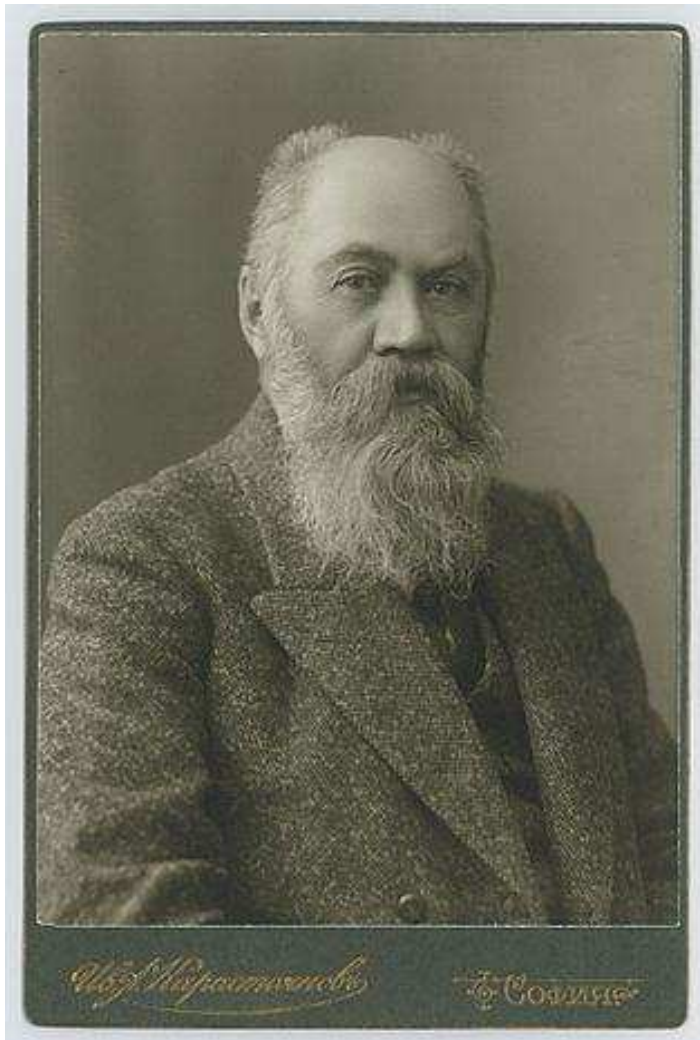
ПЪРВИ ЕТАП

- **Между 1879 и 1888 г.**
- Постепенно се изгражда здравната организация в княжество България (силно руско влияние) и в Източна Румелия (силно западно влияние).
- През 1878 г. княз Дондуков обявява конкурс за закон > д-р Димитър Моллов

Д-р Димитър Моллов

2.5.2020 г.

първоосновател на здравното законодателство



- „Съображения за устройството на медицинската част в България” - **“Временни правила за устройството на медицинското управление в България”**, въведени от 1 февруари 1879 г.
- Председател на Върховния медицински съвет (1879 – 1882)
- Един от инициаторите за основаването на Александровска болница в София
- Основател на БЧК (1883)
- Съосновател (1901) и пръв председател на БЛС

„Временните правила“

МЕДИЦИНСКИ СЪВЕТ
/централно ръководство/

Окръжни
лекари

Градски
лекари

д-р Иван Василевич Грим

1882 г. предлага **7 граждански медицински закони**, които се утвърждават и отменят временните правила:

- задължения към окръжния лекар „да предугажда развитието на болестите между населението в поверения му окръг”,
- към лекарите, да водят здравна просвета сред населението;
- специално внимание е обърнато на комуналната санитария, карантинната служба и санитарния надзор, като се разпорежда задължително съобщаване на заразните болести.

- По същото време в Източна Румелия се изгражда самостоятелна администрация, и се приемат публично-административни правилници, изпълняващи ролята на закони.
- „Законът за устройството на санитарната част“ от 1880 г., според който здравната администрация включва околии (от около 26 000 души) и във всяка околия се назначава лекар или фелдшер.
- Характерно за този етап е изграждането на **здравната система като публична институция.**

ВТОРИ ЕТАП



- **От 1888 г. до 1912 г.**
- Этап на усъвършенстване на здравната организация.
- През 1888 г. е приет Санитарен закон – автор **д-р Панайот Жечев** - от правителството на Стефан Стамболов.

„Санитарен закон“

- Отговорността за здравеопазването като държавна функция се възлага на административните власти > Цялата здравна администрация се включва към държавните органи.
- Всички здравни заведения стават държавни.
- Регламентират се правата на лекарите, сестрите, фелдшерите, аптекарите.
- Определя се какво е медицинска помощ без заплащане, кой има право на това.

“Закон за опазване на общественото здраве” 1903 г.

- Първи устройствен закон
- Запазват се съществуващите структури
- Въвеждат се лекарски здравни участъци като форма за оказване на здравна помощ (първоначално в селата, а по-късно и в градовете).
- Действа до 1929 г.

Първи социално-здравни закони

- 1905 - Закон за закрила на женския и детския труд
- 1906 - Закон за подпомагане на държавните работници при инвалидност и заболяване
- 1907 - Закон за инспекцията на труда



- Втората професионална организация на лекарите в света, след английската.
- Начална задача е да защитава интересите на лекарското съсловие и да определя техните хонорари.
- Поради липса на министерство на здравеопазването по това време, БЛС дори определя здравната политика.

БЛС - 1901 г.

Води настойчива борба през 1910-1911 г. за:

- създаване на Министерство на народното здраве и труда
- регламентиране по законодателен път на участието на БЛС в управлението на здравеопазването

ТРЕТИ ЕТАП

Период на войните /1912-1918 г./

- “Закон за борба против епидемиите, петнист тиф, холера и чума” /1915 г./
- “Закон за народните хигиенични съвети” /1916 г./
- Народни хигиенични съвети

ТРЕТИ ЕТАП

- През 1917 г. народното събрание гласува “Закон за хигиената и безопасността на труда” и се създава службата по трудова хигиена.
- През 1918 г. се приема “Закон за работническите осигуровки относно рисковете болест и злополука”, който поставя началото на здравно-осигурителните фондове.

ЧЕТВЪРТИ ЕТАП

- **Период на следвоенно възстановяване
1919-1928 г.**
- 1919 г. - първият “Закон за борба с маларията” и се създава държавен орган - инспекторат по борба с маларията при Дирекцията на народното здраве.
- 1924 г. - “Закон за обществените осигуровки”

„Закон за обществените осигуровки“

- Оформя системата на работническото здравеопазване и трудовата медицина.
- Задължително осигуряване на всички работници и служещи в държавни, частни и обществени заведения, предприятия, стопанства при случай на злополука, болест, майчинство, инвалидност и старост.
- Медицинската помощ се оказва за сметка на създадения със закона „Фонд за обществени осигуровки“.
- Средствата на фонда се набират $\frac{2}{3}$ по равно от работодателите и държавата и $\frac{1}{3}$ от осигурените.

ПЕТИ ЕТАП

- **Обхваща периода 1929-1949 г.**
- **нови елементи на здравеопазването и здравното законодателство**
- **“Закон за народното здраве” от 1929 г. – втори устройствен закон**

“Закон за народното здраве”

- регламентирането на здравната просвета и ролята ѝ в борбата със социалните болести,
- грижите за майката и детето,
- утвърждаването на здравния участък,
- разширяването на хигиенната и противоепидемичната дейности,
- регламентирането на правата на Българския лекарски съюз, който получава статут на “лекарска камара” /по образеца на западноевропейските страни/.

Други закони

- „Наредба-закон за цялостното обединение на здравните служби” (1934 г.),
- „Наредба-закон за задължителната служба и частна практика на лекарите в селата” (1935 г.),
- „Наредба-закон за изграждане на здравни домове в селата и по-малките градове” (1938 г.),
- „Наредба-закон за борба с венерическите болести” (1936 г.)

“Проект за държавен здравен план”

- приет 1940 г. на 25-тия събор на БЛС
- планово развитие на здравеопазването
- фондово финансиране
- обединяване на здравните служби
- приоритет на обществената профилактика
- участие на населението в здравните дейности
- мерки за намаляване на детската смъртност
- наблюдение на бременните
- борба с туберкулозата
- организирана стоматологична помощ
- разширяване на здравната мрежа

Д-р Рачо Ангелов



- Председател на БЛС (1920-1924)
- Министър на народното здраве (1944-1947).
- Проектът за държавен здравен план от 1940 г. е основен програмен документ на създаденото през 1944 г. Министерство на народното здраве, ръководено от д-р Рачо Ангелов.
- До 1949 г. се изпълнява програма, чиято основа е заложена още в „Закона за народното здраве” от 1929 г.

ШЕСТИ ЕТАП

- **Обхваща периода 1949-1990 г.**
- Периодът на социалистическо здравеопазване
- Отменят се всички предишни актове, включително и Законът за народното здраве
- Чрез Постановление на Министерския съвет се въвежда съветският модел на здравеопазване
- Пълно одържавяване на здравната система
- Национализира се медицинската техника и аптеките
- Създава се държавен монопол
- Въвежда се централизирано държавно планиране, финансиране и управление от МНЗ

Резултати

- Действаща система до 1970 г.
- положителна динамика в редица показатели за здравното състояние на населението
- стабилна кадрова и материална база на здравеопазването, която по количествени измерения става съизмерима с напредналите страни
- **1973 г. Закон за народното здраве** - трети устройствен закон - в сила до 1.01.2005 г.

Проблеми

- след 1970 г. постепенно започва спад в здравеопазването;
- бюрократизира се и се нарушава неговата ефективност поради централизираното планиране, управление и финансиране;
- пропадат редица опити за въвеждане на икономически механизми и пазарни подходи в здравеопазването;
- не се реализира разработената през 1986-1987 г. концепция за преустройството на здравеопазването, нито утвърденият през 1989 г. Указ за създаване на здравноосигурителни фондове.

СЕДМИ ЕТАП

- **Обхваща периода след 1990 г.**
- Структурна и финансова реформа на здравеопазването

2.5.2020 г.

ЕТАП	ГОДИНИ	ИМЕНА	СЪБИТИЯ
1	1879-1888	Д-р Моллов Д-р Грим	“Временни правила за устройството на медицинското управление в България” 7 граждански медицински закони
2	1888-1912	Д-р Жечев	„Санитарен закон“ „Закон за опазване на общественото здраве“ Социално-здравни закони БЛС
3	1912-1918		Закони за: борба с епидемии, хигиена и безопасност на труда, работнически осигуровки относно болест и злополука
4	1919-1928		„Закон за борба с малария“ „Закон за обществените осигуровки“
5	1929-1949	Д-р Рачо Ангелов	„Закон за народното здраве“ 1929 г. „Проект за държавен здравен план“ 1940 г.
6	1949-1990		„Закон за народното здраве“ 1973 г.
7	след 1990		реформи