



МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ-ПЛОВДИВ
ФАКУЛТЕТ ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ
КАТЕДРА „ОБЩЕСТВЕНОЗДРАВНИ НАУКИ“

Лекция №11

ОСНОВНИ ПОЛОЖЕНИЯ В ДЕЙНОСТТА НА ГЛАВНИТЕ ПОДСИСТЕМИ НА ЗДРАВНАТА СЛУЖБА.

ПЪРВИЧНА ЗДРАВНА ПОМОЩ

Проф. д-р Силвия Янкуловска, дмн

**ПЪРВИЧНА ЗДРАВНА
ПОМОЩ - КОНЦЕПЦИЯТА НА
СЗО И ОПИТЪТ НА
РАЗВИТИТЕ СТРАНИ**

-
- Първата главна подсистема на здравната служба във всяка страна е **първичната здравна помощ (ПЗП)**.
 - Важен момент в изграждането на концепцията за ПЗП има **международната конференция в Алма Ата през 1978 г.**

„Първичната здравна помощ е основна здравна помощ на базата на практични, 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”.

*В съдържанието на ПЗП
съгласно Декларацията
от Алма-Ата се включват
минимум осем елемента:*

-
- 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.*
-

Ключовата дума в съдържанието на ПЗП е *профилактиката*.

ПЗП посреща основните здравни потребности на населението, като предоставя широк спектър промотивни, профилактични, лечебни и рехабилитационни услуги и активно подкрепя дейностите по самопомощ на индивидите, семействата и групите.

*Ключовият елемент в ПЗП е
общата/семејната медицина
(general medicine/practice, family
medicine), която е ВХОДЪТ за
ПЪРВИЯ КОНТАКТ на пациента със
здравната служба.*

Помощта, оказвана в условията на
общата практика има следните
основни характеристики:

- СВОБОДЕН ДОСТЪП ДО УСЛУГИТЕ за
ВСЯКО ЛИЦЕ В ОБЩНОСТТА;

- ОБЩ ХАРАКТЕР (обхваща ВСИЧКИ
ВЪЗРАСТИ ОТ ДВАТА ПОЛА);

- ВСЕОБХВАТНА (вкл. профилактика,
здравно възпитание и лечение);

- *продължителна:* отчита предходни и бъдещи събития от живота на пациента; лекарят се среща с повече от един епизод на заболяването, а пациентът се обслужва продължително от един и същ лекар;

- *лична:* ориентирана към пациента; личен характера на връзката между пациента и общопрактикуващия лекар;

-
- *интегрирана*: отчита физически, психически и социални фактори;
 - *разрешава около 90% от здравните проблеми на пациентите;*
 - *ВХОД КЪМ СПЕЦИАЛИЗИРАНАТА ПОМОЩ – ОПД е “gatekeeper” (вратар, регулиращ препращането към вторичната и третична помощ;*
-

-координирана помощ: ОПЛ

координира предоставената помощ
на неговите пациенти и начина на
използване на здравните ресурси;

*- помощ, ориентирана към
потребностите на общността.*

ПЪРВИЧНАТА ЗДРАВНА ПОМОЩ В БЪЛГАРИЯ

България възприема приоритетно развитие на ПЗП много по-късно от другите развити страни. Със стартирането на здравната реформа от 1997 г. ПЗП се превръща във водещо направление на структурната реформа.

Класификацията на лечебните заведения за ПЗП, тяхната характеристика и управление са регламентирани в Закона за лечебните заведения.

ИЗБОР НА ЛЕКАР И ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ ЗА ПЪРВИЧНА ИЗВЪНБОЛНИЧНА ПОМОЩ

С Наредбата за осъществяване на правото за достъп до медицинска помощ (обн., ДВ, бр.45 от 02.06.2006 г.), се определят условията и реда за достъп до медицинска помощ на българските граждани.

ЗОЛ имат право свободно да избират лекар в лечебно заведение за първична извънболнична медицинска помощ, сключило договор с НЗОК, на територията на цялата страна.

Изборът е личен, а за малолетни и непълнолетни и за поставени под пълно или ограничено запрещение лица той се извършва от техните родители, настойници или попечители. На всяко ЗОЛ се издава *здравно-осигурителна книжка*.

Избрания личен лекар може да се сменя по желание на лицето на всеки 6 месеца – за страната са утвърдени м. юни и декември.

Достъпът до специализирана извънболнична помощ се регулира от личния лекар, който определя необходимостта от такава помощ и издава направление за консултация или за провеждане на съвместно лечение.

Задължително осигурените лица могат да получават специализирани медицински изследвания и дейности в избрани от тях самостоятелни лаборатории, медицински, дентални или медико-дентални центрове, ДКЦ, индивидуални практики за специализирана медицинска помощ или в лечебни заведения за болнична помощ, сключили договор с НЗОК.

УСЛОВИЯ И РЕД ЗА ОКАЗВАНЕ НА ИЗВЪНБОЛНИЧНА ПОМОЩ

Първичната медицинска помощ се осигурява от лечебни заведения съгласно Наредба №40 за определяне на пакета от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, който включва следните групи основни дейности:

-
- здравно-информационни дейности;
 - промоция на здравето;
 - профилактика на заболявания;
 - диспансеризация на ЗОЛ по условията на Наредба № 39 за профилактичните прегледи и диспансерно наблюдение;
-

-
- контрол на инфекциозните заболявания;
 - диагностично-лечебна дейност;
 - други дейности, свързани с диагностика и лечение – насочване за консултации, хоспитализации, грижи след изписване от болница;
 - дейност по медицинска експертиза;
 - осигуряване на денонощна непрекъснатост на медицинските дейности по основния пакет за първична извънболнична медицинска помощ.
-

Общопрактикуващият лекар оказва ПМП на следните групи ЗОЛ:

- 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 по повод на остри състояния.**

Задължения на ОПЛ по Националния рамков договор:

1. оказва спешна помощ на всеки пациент, независимо от неговата регистрация и местоживееене;
2. изпълнява програми “Майчино здравеопазване”, “Детско здравеопазване” и извършва профилактика на ЗОЛ над 18 г. съгласно НАРЕДБА № 8 от 3 ноември 2016 г. за профилактичните прегледи и диспансетизацията (обн. ДБ, брой 92?22.11.2016 г., в сила от 1 януари 2017 г.).

-
3. води регистри според изискванията на НРД на електронен носител;
 4. подготвя документацията за консултации, медико-диагностични изследвания или хоспитализация на ЗОЛ, когато прецени, че са необходими такива;
 5. извършва посещения на ЗОЛ от домове за медико-социални грижи, записани в неговия регистър;
-

6. изготвя в началото на учебната година “Талон за здравословното състояние” на деца и ученици;

7. осъществява методична помощ по отношение на здравните дейности в училищата, касаещи включените в регистъра му лица;

8. осигурява непрекъснатост на медицинските грижи за регистрираните при него лица.

За дейността си ОПЛ е длъжен да наема и друг медицински персонал:

- при регистрирани над 1200 ЗОЛ - 1 медицински специалист;**
- при 2500 до 3500 ЗОЛ – 1 медицински специалист и лекар на пълен работен ден;**
- над 3500 ЗОЛ – 2 медицински специалисти и 1 лекар на пълен работен ден.**

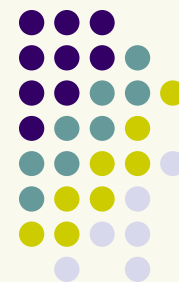
Общопрактикуващият лекар издава медицинско направление за консултация или за провеждане на съвместно лечение със специалист:

- при необходимост от консултативен преглед;**
- при заболявания и проблеми, изискващи специализирани диагностични дейности;**
- за оценка на здравното състояние;**
- при провеждане на профилактични и диспансерни прегледи;**
- за физиотерапия.**

ОПЛ насочва ЗОЛ за хоспитализация, когато лечебната цел не може да се постигне в условията на извънболничната помощ. След изписване на пациента от лечебно заведение за болнична помощ или диспансер, ОПЛ получава екземпляр от епикризата или копие, което прилага към медицинското досие на пациента и в съответствие с препоръките в епикризата организира последващите медицински грижи.



III. БОЛНИЧНА ПОМОЩ

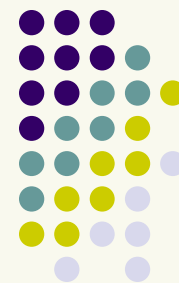


Болничната помощ е втората подсистема на здравната служба, която има следните основни характеристики:

- 1. В болниците се лекуват случаи, които не могат изобщо или не могат ефективно и качествено да бъдат третирани в извънболнични условия.**
- 2. Болничните функции се осъществяват чрез квалифицирана лекарска дейност, съчетана с квалифицирани здравни грижи (сестрински, акушерски).**
- 3. Болниците са скъпоструващи центрове.**
- 4. В болниците, освен лечение, се осъществява профилактика, здравно възпитание и обучение.**



ПОТРЕБНОСТИ ОТ БОЛНИЧНА ПОМОЩ



Оценката на потребностите има важно значение за планирането и развитието на болничната помощ.

Потребностите се влияят съществено от:

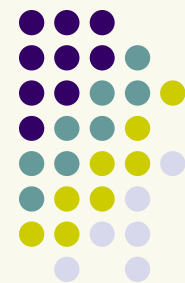
- демографската структура на населението;**
- нивото и тенденциите на заболяемостта;**
- развитието и качеството на извънболничната помощ и др.**

Потребностите от болнична помощ се изразяват:



1. Чрез брой нуждаещи се от хоспитализация на 100 или 1000 души (10%-20%);

2. Чрез брой необходими болнични легла на 1000, 10000, 100000 души.



Потребностите от болнична помощ се съпоставят с осигуреността с болнични легла, която представлява действителният брой болнични легла (общо и по специалности) на 1000, 10000 или 100000 души от населението.

*Критерии на СЗО за достъпна
стационарна помощ – брой легла
на 1000 души:*



много ниско ниво - под 4 легла;

средно ниво - 4-7 легла;

високо ниво - 7-10 легла;

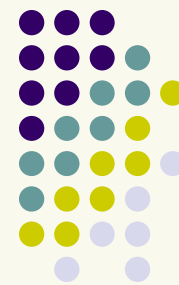
много високо - над 10 легла.

**Тенденцията във всички
развити европейски страни е
*болничните легла да
намаляват за сметка на
разширяването на
първичната здравна помощ.***

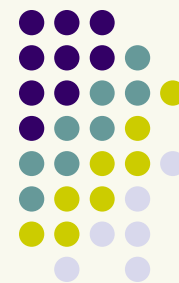




МИСИЯ, ЦЕЛ И СТАТУТ НА БОЛНИЦАТА



В Закона за лечебните заведения болницата е дефинирана като *“заведение, в което лекари с помощта на други специалисти и помощен персонал извършват всички или някои от следните дейности:*



1. диагностика и лечение на заболявания, когато лечебната цел не може да се постигне в условията на извънболничната помощ;

2. родилна помощ;

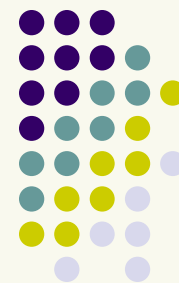
3. рехабилитация;

4. диагностика и консултации, поискани от лекар или стоматолог от друго лечебно заведение;

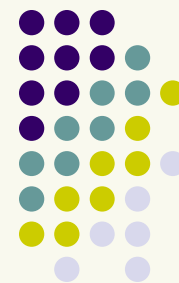
5. медико-козметични услуги;

6. клинични изпитвания на лекарства и медицинска апаратура;

7. учебна и научна дейност.



***Мисията на болницата* е осъществяване на дейности за повишаване на качеството на живота чрез възстановяване на здравето, стабилизиране на непредотвратими състояния и намаляване на страданията на болелите чрез медицински интервенции, забавящи развитието на болестта или облекчаващи нейното протичане.**

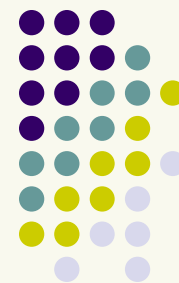


Целта на болницата е
предоставяне на услуги от
медицински и немедицински
характер (лечебни и подкрепящи
болните, както и поддържащи
състоянието и развитието на
болницата), които съответстват на
нейната мисия.



Една от основните насоки на здравната реформа у нас е създаване на **условия за въвеждане на пазарни механизми в здравната система.**

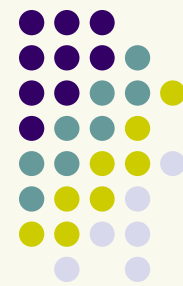
Следователно, мисията и целта на болницата се осъществяват в условията на административно-правен и търговско-правен режим, при който болницата има статут на относително **автономен пазарен субект.**

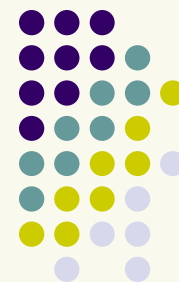


ВИДОВЕ БОЛНИЧНИ ЗАВЕДЕНИЯ, СТРУКТУРА И ФУНКЦИИ НА БОЛНИЦАТА

Според ЗЛЗ следните **видове** **болници:**

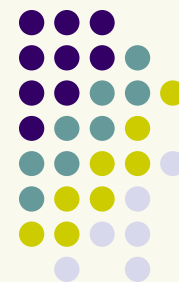
- за активно лечение;
- за продължително лечение;
- за рехабилитация;
- за продължително лечение и рехабилитация
- многопрофилни и специализирани;
- университетски.



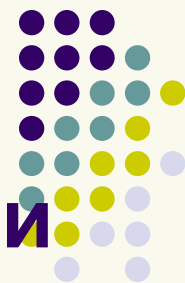


Всяка болница се състои от *четири функционално обособени структури:*

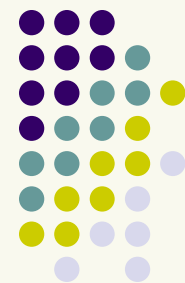
- 1. *консултативно-диагностичен блок;***
- 2. *стационарен блок;***
- 3. *болнична аптека;***
- 4. *административно-стопански блок.***



Функциите на болницата, които са задължително необходими за изпълнението на нейната мисия и за нейното устойчиво развитие, включват:

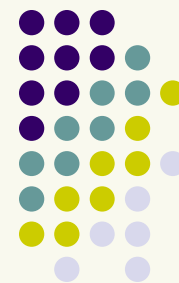


1. Клинична помощ. **Нейни основни компоненти са диагностиката, лечението и рехабилитацията. Към клиничната помощ се отнасят също помощта за бременни и родилки и козметичните интервенции. Клиничната функция е най-специфичната за болницата и всички останали функции са ориентирани към поддържането и подкрепата на получения от нея ефект.**



2. Консултативна помощ. Тя е предназначена за уточняване на диагнозата или лечебната програма на външни пациенти при поискване от лекар, стоматолог или друго лечебно заведение и е една от формите за взаимодействие между болницата и други лечебни заведения.

3. Промотивни и профилактични функции. Промотивните функции са предназначени за увеличаване и стабилизиране на здравния потенциал на пациентите по време на техния престой в болницата и включват дейности за обучение на пациента и неговото семейство или близки за режима и поведението му с оглед закрепването и подобряването на неговото състояние.

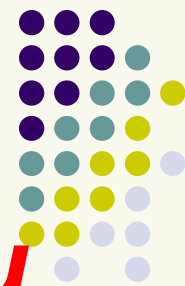




Профилактичните функции включват:
първична профилактика (напр. предпазване на пациента от вътреболнични инфекции),
вторична профилактика (предпазване на пациента от усложнения на конкретното заболяване) и
третична профилактика (стабилизиране на състоянието на пациента и предотвратяване на неговото инвалидизиране).

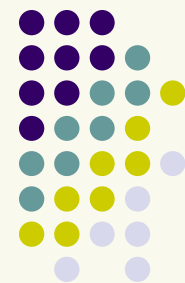
4. Социални функции - посрещане и настаняване на пациента, изясняване на социалната етиология и патогенеза на заболяването, разкриване на пропуските в досегашното лечение на пациента, предоставяне на достатъчна по обем и качество информация на пациента, спазване на правата на пациента, подкрепа и развитие на психосоциалната адаптация и устойчивост, поддържане на добри връзки с близките на болния, извършване на качествена експертиза на работоспособността и др.





5. Квалификационни функции.

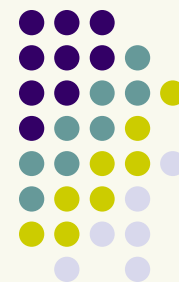
Тук се включват дейности за непрекъснато повишаване на компетентността на собствения персонал, както и специализацията на медицински кадри от други здравни заведения.



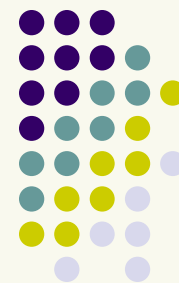
6. Икономически функции -
осигуряване на необходимите
финансови ресурси за
собствената издръжка и
развитие, материално-
техническо снабдяване и
управление на болничното
стопанство.



ВЗАИМООТНОШЕНИЯ НА БОЛНИЦИТЕ С НЗОК И РЗОК

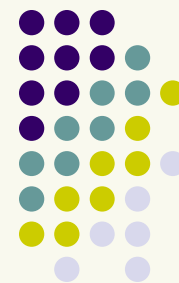


Съгласно НРД за 2006 г. от 1 януари 2006 г. болничната помощ се заплаща изцяло от НЗОК по *клинични пътеки*, за които всяка болница сключва договор с РЗОК.



Клиничната пътека

представява алгоритъм за цялостното поведение на медицинските специалисти по отношение на конкретно заболявания. Тя обхваща *оптималния обем дейности за диагностика и лечение на дадено заболяване.*

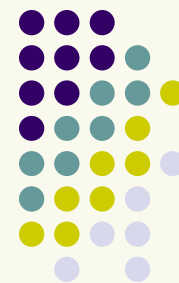


ОЦЕНКА НА ДЕЙНОСТТА НА СТАЦИОНАРА

Извършва се чрез система от *количествени и качествени показатели*, които характеризират:

- 1. Използваемостта на легловия фонд.**
- 2. Качеството на стационарната помощ.**

Към първата група:

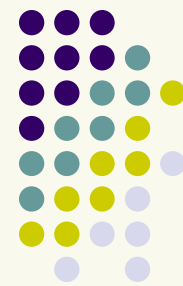


**1. Средногодишна
използваемост на леглата (в
дни и в %);**

**2. Среден престой на болните в
стационара (в дни);**

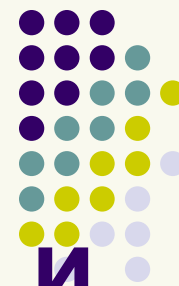
3. Оборот на леглата.

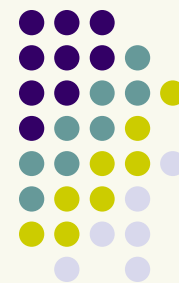
За определяне на стойностите на тези показатели е необходима информация за:



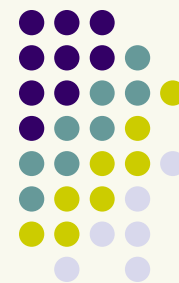
1. Общ брой планово разкрити легла
в болницата, по отделения и
сектори. Разкрити легла са
плановите легла, обезпечени с
финансови средства за издръжка, с
мек инвентар и т.н.

2. Общ брой преминали болни
**през болницата, по отделения и
сектори - полусума от
постъпилите, изписаните и
умрелите, а за отделенията и
секторите се вземат предвид
още и приведените в дадено
отделение и преведените в
друго отделение или сектор.**

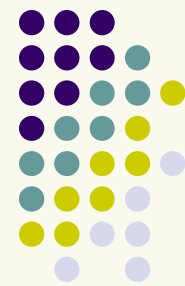




3. Общ брой проведени леглодни
**от всички преминали болни
през стационара като цяло и
отделно за всяко отделение
или сектор.**

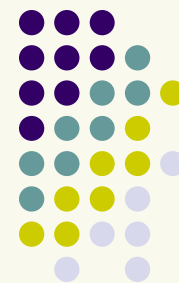


**Тази информация се набира
текущо чрез специални учетни
форми, обработва се в звената
за болнична статистика и се
изчисляват следните
показатели:**

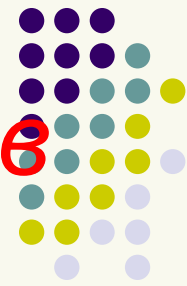


1. Средногодишна използваемост на леглата, т.е. колко дни в годината средно е било заето едно планово разкрито легло. Изчислява се като отношение на общия брой проведени леглодни към броя на планово разкритите легла.

Средногодишната
използваемост на леглата се
определя често и в *проценти*.
За 100% се приема
нормативната заетост за
съответната категория
стационар, а реалната
използваемост на леглата се
отнася към норматива и се
изразява в % .



2. Среден престой на болните в стационара. Определя се като отношение на общия брой леглодни към общ брой преминали болни. Изразява се в дни и дава информация за *това колко дни средно е престоявал всеки лекуван болен в стационара.*



3. *Оборот на леглата* - отношение на брой преминали болни към брой планово разкрити легла или отношение на средногодишната използваемост на леглата към средния престой на болните. Дава информация за това *колко болни средно преминават през 1 легло за 1 година*, т.е. характеризира пропускателните възможности на болницата и клиничните отделения.



Рационално използване на легловия фонд:

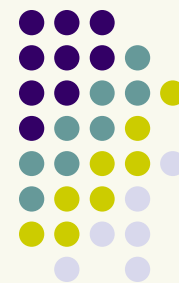


- **оптимална средногодишна и месечна заетост на леглата;**
- **недопускане на незаети легла;**
- **оптимален среден престой на болните.**

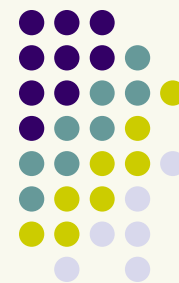


Резерви за рационалното използване на легловия фонд:

1. Подобряване на приемствеността между първичната и специализираната извънболнична и болничната помощ.



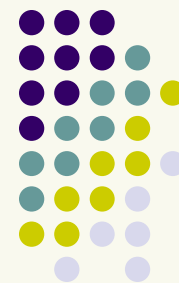
2. Подобряване на приемствеността между специализираните клинични отделения и отделенията за рехабилитация и възстановително лечение.



3. Подобряване на приемствеността между клиничните отделения и извънболничната помощ при изписване на болните.

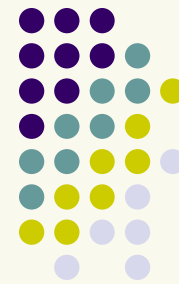
4. Подобриване на организацията на диагностичния и лечебен процес чрез интензифициране и рационално съчетаване на диагностичните процедури, избягване на дублирането на лабораторни и инструментални изследвания, подбор на най-подходящи съвременни лечебни методи и подходи и др.



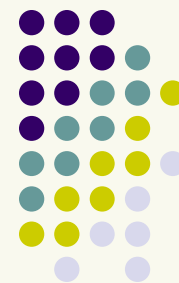


5. Подобряване на самата организация на приема и изписването на болните.

Втората група показатели
характеризират *качеството на*
диагностиката и лечението:



- **съвпадение на клиничните диагнози с тези от извънболничната помощ;**
- **съвпадение на клиничните диагнози с рентгенологичните, с патологоанатомичните;**
- **болничен леталитет и др.**



***Болничният леталитет* е най-важният показател в тази група.**

Определя се като *отношение на починалите в стационара болни към всички преминали болни* и се изразява в проценти.