



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

Лекция №4

ОСНОВНИ НАСОКИ НА
ЗДРАВНАТА РЕФОРМА В БЪЛГАРИЯ

Доц. д-р Гена Грънчарова, д.м.

I. РАЗВИТИЕ НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО И ЗДРАВНОТО ЗАКОНОДАТЕЛСТВО В БЪЛГАРИЯ

Развитието на здравеопазването
има продължителна история.
Първите форми на организирани
здравни грижи в системата на
гражданската администрация и
първите закони в напредналите
европейски страни се появяват в
началото на 19-ти век.

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. Поради започналата Кримска война (1853 - 1856) ефектът от този закон е твърде незначителен.

След Освобождението българската държавност всъщност не наследява
някаква развита здравна
организация и започва развитие на
съвършено нови организационни
принципи и структура.

Развитието на общественото здравеопазване и здравно законодателство след Освободителната война включва 7 етапа.

Първият етап обхваща периода между 1879 и 1888 г.

Това е началният етап, в който постепенно се изгражда здравната организация в княжество България (силно руско влияние) и в Източна Румелия (силно западно влияние).

Началната организация на
здравното дело в Княжество
България се извършва
съобразно изработените от **д-р
Димитър Моллов “Временни
правила за устройството на
медицинското управление в
България”**, утвърдени на 1
февруари 1879 г.

Според „Временните правила“, които имат силата на закон, централното ръководство на здравното дело в Княжество България се осъществява от Медицински съвет, а местни органи са окръжните и градските лекари. Започва болнично строителство с изграждане на първокласни (Александровската 1884г.) и второкласни болници.

Княз Батемберг извиква руския лекар д-р Грим и през 1882 г. той предлага 7 граждански медицински закони, които се утвърждават и отменят временните правила.

По същото време в Източна Румелия се изгражда самостоятелна администрация, и се приемат публично-административни правилници, изпълняващи ролята на закони. Такъв е „Законът за устройството на санитарната част“ от 1880 г., според който здравната администрация включва околии и във всяка околия се назначава лекар или фелдшер.

Характерно за този етап е изграждането на здравната система като публична институция, като държавността е изразена по-силно в Княжество България, отколкото в Източна Румелия. След 1885 г. и в Източна Румелия са приети нормите на Княжество България.

Вторият етап обхваща времето от 1888 г. до 1912 г.

Това е етап на
усъвършенстване на
здравната организация.

През 1888 г. е приет Санитарен закон от правителството на Стефан Стамболов, с който за първи път у нас 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.

През 1903 г. се приема **“Закон за опазване на общественото здраве”**, с който се запазват съществуващите структури и се въвеждат лекарски здравни участъци като форма за оказване на здравна помощ (първоначално в селата, а по-късно и в градовете). Този закон действа до 1929 г.

Приемат се и първите социално-здравни закони:

= Закон за закрила на женския и детския труд /1905 г./;

= Закон за подпомагане на държавните работници при инвалидност и заболяване /1906 г./;

= Закон за инспекцията на труда /1907 г./.

Тези закони имат важно значение за формирането на цялостната система на здравеопазването у нас. Тяхното прилагане създава по-благоприятни условия на труд и по-добър режим на медицинска помощ на немалки групи от населението.

През 1901 г. се създава Българският лекарски съюз, който води настойчива борба през 1910-1911 г. за създаване на Министерство на народното здраве и труда и за регламентиране по законодателен път на участието на БЛС в управлението на здравеопазването.

Председателят на БЛС става по право член на Висшия медицински съвет и има право да дава мнения по здравното законодателство и да издава задължителни за лекарите етични правила.

Третият етап обхваща периода на войните /1912-1918 г./.

През този етап се появяват:

“Закон за борба против
епидемиите, петнист тиф, холера
и чума” /1915 г./,

“Закон за народните хигиенични
съвети” (1916).

Продължава развитието на социално-здравното законодателство.

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.

**Четвъртият етап обхваща
времето на следвоенното
възстановяване
1919-1928 г.**

В 1919 г. се приема първият “Закон за борба с маларията” и се създава държавен орган - инспекторат по борба с маларията при Дирекцията на народното здраве.

През 1924 г. Народното събрание гласува “Закон за обществените осигуровки”, който разпорежда задължително осигуряване на всички работници и служаци в държавни, частни и обществени заведения, предприятия, стопанства при злополука, болест, майчинство, инвалидност и старост, като медицинската помощ се оказва за сметка на създадения със закона “Фонд за обществени осигуровки”.

Обществено-политическите събития през 1923-1925 г. и започналата световна икономическа криза през 1928-1929 г. не позволяват бързото развитие на здравното осигуряване и фондовото финансиране, но независимо от това чрез този закон се прави сериозна стъпка към усвояване на нов модел на развитие.

**Петият етап обхваща един
двадесетгодишен период от
1929 до 1949 г.**

Този период се характеризира с редица нови елементи на здравеопазването и здравното законодателство.

Началото се поставя със **“Закона за народното здраве” от 1929 г.**, който е съобразен с равнището на здравното законодателство в напредналите страни и с условията у нас.

Нови положения в него в сравнение със Закона от 1903 г. са:

- 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/.

През 1940 г. на 25-я редовен събор на БЛС е приет **“Проект за държавен здравен план”**, който предвижда плановото развитие на здравеопазването, фондово финансиране, обединяване на здравните служби, приоритет на обществената профилактика, участие на населението в здравните дейности.

Проектът за държавен здравен план от 1940 г. е основният програмен документ на създаденото през 1944 г. МНЗ, ръководено от **д-р Рачо Ангелов** и до 1949 г. се изпълнява програма, чиято правна основа е заложена още в “Закона за народното здраве” от 1929 г.

ШЕСТИЯТ ЕТАП ОБХВАЩА ПЕРИОДА 1949 – 1990 Г.

Това е периодът на
социалистическото здравеопазване.

Отменят се всички предишни актове, включително и Законът за народното здраве и се въвежда чрез Постановление на Министерския съвет съветският модел на здравеопазване. Извършва се пълно одържавяване на здравната система, национализира се медицинската техника и аптеките, създава се държавен монопол и се въвежда централизирано държавно планиране, финансиране и управление от МНЗ.

Социалистическото здравеопазване се оказва действаща система в първите две десетилетия - до 1970 г. Постигната е положителна динамика в редица показатели за здравното състояние на населението. Изгражда се стабилна кадрова и материална база на здравеопазването, която по количествени измерения става съизмерима с напредналите страни.

През този период има редица
опити за коригиране на
нормативните актове и **в 1973 г.**
е приет Закон за народното
здраве, който непрекъснато бива
допълван и изменян и действа до
1 януари 2005 г.

След 1970 г. постепенно започва спад в здравеопазването, което се бюрократизира и се нарушава неговата ефективност поради централизираното планиране, управление и финансиране. През 1970-те и 80-те години се очертава необходимост от нови подходи и решения, но в резултат на забавяне и липса на инициативи пропадат редица опити за въвеждане на икономически механизми и пазарни подходи в здравеопазването.

**Седми етап – след 1990 г. –
етап на структурна и
финансова реформа на
здравеопазването**

II. ОСНОВНИ НАСОКИ НА ЗДРАВНАТА РЕФОРМА В БЪЛГАРИЯ

- **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.

ЦЕЛ, ЦЕННОСТИ И ПРИНЦИПИ НА ЗДРАВНАТА РЕФОРМА

ГЛАВНА ЦЕЛ НА ЗДРАВНАТА РЕФОРМА –

**преустановяване на
тенденцията за влошаване
на общественото здраве и
създаване на условия за
подобряване на здравето и
увеличаване на очакваната
продължителност и
качество на живота.**

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.

ДЪЛГОСРОЧНИ ЦЕЛИ НА ЗДРАВНАТА ПОЛИТИКА –

разработване и осъществяване на дългосрочни национални програми за профилактика на заболяванията, промоция на здравето и оптимизиране на медицинската ПОМОЩ.

ДВЕ ОСНОВНИ СТРАНИ НА РЕФОРМАТА

- ***структурна реформа и***
- ***финансова реформа.***

Финансова реформа

Преминаване към нов модел на финансиране на здравните дейности – от държавен монополизъм към здравноосигурителен модел.

СТРУКТУРНАТА РЕФОРМА ИМА ЗА ЦЕЛ ДА ПРЕОДОЛЕЕ:

- **Диспропорциите в териториалното разпределение и неефективното използване на ресурсите.**
- **Дисбаланса между обществен и частен сектор, както и между първична, специализирана и болнична помощ.**

ОБЕКТ НА СТРУКТУРНАТА РЕФОРМА СА:

- * 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**

Реформата в извънболничната помощ

се заключава в създаването на нови
видове лечебни заведения:

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

***Реформата в
извънболничната помощ***
стартира от 1 юли 2000 г.,
когато започват да се
сключват договори между
изпълнителите на ПЗП и
СИМП с финансиращия орган
– НЗОК в лицето на РЗОК.

Заплащането в ПМП е на **капитационен принцип** (според броя на лицата в пациентската листа на ОПЛ) **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**.
- От 1 януари 2006 г. медицински дейности в болниците за заплащат само от НЗОК.
- **Диагностично-свързаните групи (ДСГ)** са по-добър метод за финансиране на болничната дейност.

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.*

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.