**СОЦИАЛНА МЕДИЦИНА**

**Тема 1. Увод в СМ - предмет, задачи, методи. Социално-медецинският подход в здравеопазната и социалната практика. Социална история на заболяването.**

**\*\*\*СМ е наука, изучаваща влиянието на социалните фактори върху здравето и свързваните с това здравеопазни проблеми за решаване.**

**1. Предмет, задачи и методи.**

**А) Предмет:**

**Изучаването на влиянието на социалните фактори върху здравето на човека с оглед укрепването и поддържането на здравословното състояние.**

**Б) Задачи:**

**– Задълбочено проучване на общественото здраве и неговите компоненти от гледна точка на същностните характеристики, закономерни проявления, причинно-следствена обусловеност.**

**– Проучване на здравните потребности на населението и осигуряване на практически подходи, форми и средства за тяхното удолетворяване.**

**– Разработване на оптимизирани организационни и управленски модели за развитие на здравеопазната система в съответствие с промените и тенденциите на общественото здраве.**

**В) Методи:**

**\*Епидемиологични методи – Изучават се причините за възникване и закономерностите на развитие на най-разпространените зарази и незаразни заболявания, както и тези с подчертана социална значимост (сърдечно-съдови, алергични, инфекциозни и др.), и причиняващите ги рискови фактори.**

**\*Социологични методи – проучват се мнения, отношения, поведения, както на отделни индивиди, така и на цялото население, свързани с различни социално-здравни явления и тяхното удолетворяване (интервю, наблюдение, анкета и др.)**

**\*Статистически методи – осъществява се анализ и оценка на данни за състоянието на масови явления като общественото здраве и дейността на здравната служба.**

**\* Икономически методи – използват се за икономически анализ и оценка на дейността на здравната служба и на икономическата ефективност на прилаганите здравеопазни мероприятия.**

**\*Математическо моделиране – използва се при провеждането на различни експерименти, свързани с общественото здраве и дейността на здравната служба.**

**2. Социално-медецинският подход в здравеопазната и социалната практика. Социална история на заболяването.**

**А) Социално-медицински подход – основен и водещ в почти всички клинични дисциплини. Социално-медицинският подход се оформя като един водещ подход в работата на социалния работник. Приложението на този подход започва с един много важен документ -„Социална история на заболяването”**

**Б) Социална история на заболяването (СИЗ)**

**> Общественото здраве е съвкупност от здравословното състояние на всеки индивид наречено индивидуално здраве.**

**> Етиопатогенеза – събиране на данни за даден пациент**

**> Етиология – наука за изясняване на причините за възникване на заболяването**

**> Патогенеза – механизмите и начините, при които причинните фактори**

**СИЗ се разработва в 4 раздела:**

**1. Личностни особености**

**Източници на информация при разработването на социалната история на заболяването са: пациентът, близките му (в семейната, професионалната и обществената среда), документите от и за него.**

**Най-важните методи са: анамнеза, наблюдение, тестове, анализ на документи.**

**Както бе посочено, съставянето на всяка социална история на заболяването започва с попълването на следните задължителни данни за личността:**

**а) паспортни данни:**

**б) жизнени цели и душевност - нагласи, ценности, здравни потреб-ности, отношение към здравето и болестта и др.**

**в) вредни навици и рисково поведение - тютюнопушене, употреба на алкохол и наркотици и др.**

**г) отговорност, самодисциплина, инициативност, сътрудничество при справяне е различни здравни рискове и ситуации**

**2. Жизнена среда (битова, трудова, обществена)**

**а) Семейна среда на пациента: жилищно и материално осигуряване, начин на живот, наличие на конфликти и стресогенни ситуации, хигиеносъобразно и здравословно насочване и използване на свободното време;**

**б) Професионално-трудова среда: месторабота, трудово възнаграждение, организация, режим, ритъм и условия на труд; психосоциален климат**

**в) Обществено-битова среда на пациента: неформални групи, политическа и обществена заетост, екологични неблагополучия;**

**г) Здравни органи и пациент - взаимоотношения:**

**3. Основни медико-социални проблеми и потребности на пациента**

**а) потребности, изхождащи от личността на пациента**

**б) потребности, свързани с жизнената среда.**

**4. План за социална терапия, социална профилактика и социална рехабилитация.**

**а) осигуряване на точна и своевременна информация по проблемите, засягащи здравето и обуславящите го фактори;**

**б) създаване на условия за формиране на подходящи нагласи, ценности, убеждения, които предразполагат към здравословни избори в различни житейски ситуации;**

**в) изграждане на отговорно отношение към собственото здраве и към здравето на другите;**

**г) финансово подпомагане;**

**д) съдействие за настаняване на деца и самотни възрастни хора в заведения за медико-социални грижи и др.**

**\*** **Социалната профилактика включва комплекс от мероприятия, насочени към предотвратяване на неблагоприятното влияние на социалните фактори върху здравето на човека. В зависимост от конкретните цели, които си поставя, тя се дели на:**

**а) първична профилактика, която е насочена към опазване здравето на здравите и недопускане на заболявания;**

**б) вторична — целяща предотвратяване на усложнения и хронифициране на вече съществуващи заболявания;**

**в) третична профилактика, при която се осигуряват условия за предотвратяване инвалидизирането на населението и за осъществяване на качествен и пълноценен живот на вече инвалидизираните индивиди.**

**\*** **Социалната терапия включва предписване на лечебни средства и осигуряване на максимално благоприятни социалнопсихологически условия на живот в битовата, трудово-професионалната и обществената среда, ограничаване до минимум вредното влияние на неблагоприятните фактори върху протичането и хода на заболяването и неговата прогноза; провеждане на групова психотерапевтична работа и тренинги за развиване на умения за общуване и асертивно поведение и др.**

**\*Социалната рехабилитация, заедно с медицинската и педагогическата рехабилитация, играе важна роля в процеса на възстановяване на болния и инвалида и възвръщането му към нормалния живот и дейност.**

**Тема 2. Общественото здраве като системно понятие – същност и измерители. Рискови фактори за здравето. Социално значими заболявания.**

**1. Общественото здраве като системно понятие – същност и измерители.**

**А) Същност**

**Общественото здраве като понятие, което характеризира състоянието на здравето на дадена нация и общество, се явява съвкупност от здравето на отделните индивиди, накратко наричано индивидуална здраве. Според експертите на СЗО, то е сложна, динамична система с отворен характер и ентропия (ОЗ се променя с настъпилите промени в социално икономически, политически промени в социалната среда). Общественото здраве функционира благодарение на своите интегрални части - обществото и здравето. Тоест то е сложна, динамична, развиваща се многослойна система от социално здравни явления, постоянно възпроизвеждащи се, намиращи се помежду си в причинно-следствена зависимост и динамично равновесие. За оценката и измерването му се използват най-малко три групи показатели:**

**1. демографски показатели (раждаемост, смъртност и други);**

**2. физическо развитие и дееспособност;**

**3. заболеваемост, включително заболеваемост с временна и трайна нетрудоспособност.**

**Б) Индикатори и измерители на общественото здраве**

**•демографските показатели като измерител на общественото здраве**

**•физическото развитие на населението като индикатор на общественото здраве**

**•заболеваемостта като измерител на общественото здраве**

**•заболеваемостта с временна нетрудоспособност като показател за оценка на обществено¬то здраве**

**•заболеваемостта с трайна нетрудоспособност (инвалидност) като индикатор на общественото здраве**

**2. Рискови фактори за здравето**

**Рискови фактори за здравето са онези , които създават условия и предпоставки, повишаващи вероятността за възникване на различни заболявания. Рисковете, застрашаващи здравето на човека, се обособяват в 4 групи:**

**А) Първични – това са факторите, свързани с начина на живот на индивида (тютюнопушене, употреба и злоупотреба на алкохол и наркотични вещества, ниска физическа активност, нерационално хранене, психоемоционален стрес)**

**Б) Средови – неблагополучия в жизнената и професионалната среда, социално-икономически фактори**

**В) Генетични (вродени) или ендогенни – фамилна обремененост, застаряването на нацията и т.н**

**Г) Вторични – болестни състояния с хронично протичане, върху които се базират и надграждат други болести, травми и нещастни случаи, опити за суициди и други насилия.**

**3. Социално значими заболявания**

**Социално значимите заболявания (СЗЗ) са хронични по своето протичане заболявания, твърде широко разпространени и със сериозни медико-социални проблеми за решаване. Това са заболявания с многофакторна обусловеност; протичат хронично със сменящи се периоди на ремисии и рецидиви. Свързани са с немалко усложнения и сериозни нарушения на трудоспособността, достигаща до инвалидност и водят до преждевременна смъртност. Водещо място сред СЗЗ заемат: атеросклерозата; исхемичната болест на сърцето (ИБС); мозъчно-съдовата болест (МСБ); онколо¬гични заболявания; хронични белодробни неспеци-фични заболявания; пътнотранспортен травматизъм и др.**

**Тема 3. Демографските показатели като измерител на общественото здраве**

**1. Определение за демография – наука за населението. Тя изучава закономерностите при изменението на броя и състава на населението във връзка с ражданията, умиранията и миграционните процеси, участващи във възпроизводството на населението, като търси взаимовръзката на тези закономерности със социални, икономически, здравеопазни и други явления. Използвайки статистическите методи, демографските изследвания са ориентирани главно към статиката и динамиката на населението.**

**\* Преброяванията се провеждат обикновено на 10 години като държавна политика, известна още от времето на Римската империя. В България първото преброяване е осъществено през 1882 г., последното - през 2001 г. Чрез преброяването се събират данни за пол, възраст, социална група, образование, националност, вероизповедание, местожителство и др**

**2. Динамиката на населението включва:**

**•Механично движение на населението, което е изразено чрез:**

**а) вътрешната миграция, включително „махаловидна" миграция, в резултат от урбанизационните процеси град-село;**

**б) външната миграция (емиграция);**

**в) имиграцията - заселването на чуждестранно население в страната.**

**\*През последното десетилетие емиграционната вълна надхвърля половин милион души.**

**•Естественото движение се определя от процесите – Раждаемост (Р), смъртност (С), естествен прираст (ЕП), детска смъртност (ДС), обща детска смъртност (ОДС), ранна неонатална смъртност (РНС), неонатална смъртност и перинатална смъртност (ПС). Чрез тях се извършва смяна на поколенията, изразена чрез възпроизводството.**

**3. Демографски показатели**

* **Първичната информация събирана при регистрацията на населението позволява да се изчислят демографски показатели, чрез които се оценява и измерва общественото здраве. Всички демографски показатели се изчисляват на 1000 души на населението.**

**Раждаемост = брой на живородените през годината х 1000**

**средногодишен брой на населението**

**Смъртност = брой на умрелите през годината х 1000**

**средногодишен брой на населението**

**Естествен прираст = брой живородени – брой починали х 1000**

**Средногодишен брой на населението**

**Детска смъртност = брой на умрелите деца до 1 г за годината х1000**

**Брой на живородените деца през годината**

**Обща детска смъртност = брой на умрелите деца до 14 г за годината х1000**

**Средногодишен брой детско население до 14 г.**

**Ранна НС брой на умрелите деца до 7ия ден за годината х1000**

**Брой на живородените деца през годината**

**Перинатална смъртност = брой мъртвородени + брой живородени, умрели до 7ия ден**

**Брой мъртвородени + брой живородени за годината**

**4. Обобщената комплексна оценка на демографските показатели у нас за последното десетилетие показва картина твърде много близка и наподобяваща на тази в следвоенния период, а именно:**

**•най-ниско равнище на раждаемостта в демографската история на страната - 9.02% през 2000г.;**

**•прогресивно нарастваща обща смъртност през последните три десетилетия - 14,1%;**

**•прогресивно нарастваща детска смъртност - 13,3%;**

**•отрицателен естествен прираст - 5,01%;**

**•застаряване на населението;**

**•задържане на средната продължителност на живота (71,70%) по-изразено при мъжете - 68,15%, отколкото при жените - 75,34%.**

**Тема 4. Физическото развитие на населението като индикатор на общественото здраве**

**1. Физическото развитие включва процесите на растеж, развитие и съзряване и се определя от състоянието на морфологичните, структурните и функционалните характеристики на организма, които лежат в основата на възрастовото развитие на индивида. Растежът изразява количествените промени в организма, развитието - качествените, а съзряването показва степента на зрялост на органите и системите на организма.**

**2. Темповете на физическото развитие и на физическата дееспособност се променят адекватно на генетичните и индивидуалните особености и етапите на възрастовото развитие. За измерването и оценката им се използват две групи показатели:**

**А) антропометрични:**

**1) соматоскопични (описващи тялото) - външен вид и състояние на кожата, подкожна мастна тъкан (охраненост), видими лигавици и достъпни лимфни възли;**

**2) соматични (телесни) - ръст, телесна маса, гръдна обиколка, обиколка на главата, пропорции на тялото и др.;**

**3) физиометрични - дихателен обем на белите дробове, витален/жизнен капацитет, мускулна сила и др.**

**Б) показатели биологична възраст/ зрялост, между които с най-голямо значение са:**

**1) показатели „зъбна възраст" в основата, на които лежи отчитане броя на появяващите се през определен период от развитието на организма млечни зъби и сменяващите ги постоянни;**

**2) показатели „костна възраст" базирани върху корелационната връзка и зависимост между появата на вторичните полови белези и появата на ядрата на вкостяване на костите на китката на ръката;**

**3) полова зрялост, която се определя от степента на изразеност на трите обобщаващи за двата пола показатели: пубархе, телархе и съответно за момичетата менархе и за момчетата еякулархе.**

**3. Методи и фактори на влияние**

**Върху физическото развитие оказват влияние разнообразни вътрешни (генетични, хормонални, метаболитни) и външни фактори - екологични, климатогеографски, хранене, начин на живот, сън, спортуване, материално осигуряване, доходи и др. Във връзка с това, то се използва като индикатор за оценка на здравословното състояние на населението. Неговото проучване се осъществява предимно по време на профилактични прегледи (масови или целеви), чрез методите на антропометриране, анкетиране, наблюдение и др. При обработката на данните се използват различни статистически методи -вариационният (параметричен) статистически анализ, а за оценката на показателите - методът на сигмалите и този на персентилите.**

**\*Според стойностите на изчислените параметри (по метода на сигмалите) изследваните лица се систематизират в пет групи:**

**1)нормално и хармонично физическо развитие, при което стойностите на показателите варират до ±1σ от средните величини;**

**2) избързващи в развитието си с отклонения от средната + 2 σ;**

**3) изоставащи в развитието си с отклонения -2 σ;**

**4) много избързващи с отклонение + З σ от средната;**

**5) много изоставащи с отклонения от -З σ.**

**\*За оценка на телесната маса се използва индексът на Пине, който се получава, като от стойностите на ръста се извади 100. Заедно с този индекс се прилага и т.нар.**

**индекс телесна маса = телесна маса в кг**

**ръст в см2**

**По изчислените стойности (в точки) на индекса индивидите се групират в пет групи:**

**1 група - иде­ално тегло (от 20 до 27 т.);**

**2 група - наднормено тегло (от 27 до 30 т.);**

**3 група - затлъстяване (над 30 т.);**

**4 група - поднормено тегло (от 15 до 20 т.);**

**5 група - измършавяване (под 15 т.).**

**Тема 5. Заболеваемостта като измерител на общественото здраве – обща заболеваемост и заболеваемост с временна и трайна нетрудоспособност.**

**1. Обща заболеваемост – Заболеваемостта е статистическо понятие. Характеризира честотата и структурата на всички заболявания или групираните по видове (класове) заболявания (нозеологични единици)**

**\*Нозеология – вида на болестта според диагнозата (групиране)**

**А) При статистическото изследване на въпросите на общата заболеваемост се прилагат три вида методи (единици) за наблюдение:**

**- по лица на боледуване**

**- по диагнози**

**- по периоди или пристъпи на болестта (изостряния)**

**Б) Първични документи, от които черпим информация:**

**– Учетни и отчетни документи на министерството на здравеопазването и националната здравноосигурителна каса:**

**- амбулаторен лист**

**- медицинско направление (талона) в които също се описват диагнози**

**- бързо известие за заболяване и отравяне подлежащо на задължително съобщение**

**В) Заболеваемост по специални учети:**

**- болничен лист за временна нетрудоспособност – от лекарска комисия ЕЛКК и ТЕЛК – 3 степенни с временна нетрудоспособност**

**- карта за изписване на стационара; заболеваемостта се нарича хоспитализиране**

**- актове за смъртност**

**Г) Заболяванията се групират на общи и хронични.**

**– При остри заболявания се отчитат всички преминатото заболяване, напр. ангина.**

**– При хроничните заболявания се регистрира първото посещение при лекаря., напр. язва**

**\*Класификация на заболяванията (актуализира се на всеки 10 години)**

**Д) Показатели за общата заболеваемост**

**1) Свежа заболеваемост = ново регистрирани заболявания x 1000 / средногодишния брой на населението**

**2) болестност + всички заболявания = всички заболявания x 1000/ средногодишния брой на населението.**

**3) моментна болестност или патологична поразеност (скрита заболеваемост) – съвкупността от всички регистрирани заболявания (новорегистрирани), за които лицето не е знаело**

**= всички новооткрити заболявания x 1000 / брой на прегледаните**

**2. Заболявания с временна нетрудоспособност**

**Според нашето законодателство ВН се признава на всички осигурени лица, поради заболяване, злополука, бременност и раждане, гледане на болен член, придружаване за изследване, карантина, санаторно-курортно лечение.**

**Болничният лист за ВН се издава за:**

**а) противопоказания за упражнения на професионален труд (болест, травма, злополука)**

**б) с мероприятия от профилактичен характер (бременност, раждане, балнео-санаториално лечение);**

**в) социално-противоепидемични и медико-хигиенни показания (карантина, придружаване на болен член от семейството, гледане на болен член).**

**При оценката на общественото здраве най-голямо значение имат противопоказанията за труд в резултат на заболявания, травми и злополуки, наричани ЗВН. Отсъствието по болест, свързано с ВН се регистрира с единен унифициран документ за цялата страна - болничен лист. Той е основният източник на информация за ЗВН, първичен документ с медицинско, правно, икономическо и информационно значение. Пригоден е за машинна обработка (кодово), като входящ документ в Автоматизираната информационна система (АИС) за временна нетрудоспособност.Рутинният анализ на ЗВН се осъществява върху събраните данни от болничните листове.**

**Анализът на ЗВН се провежда въз основа на следните по-важни показатели: честота на случаите с ВН (ЧС), честота на дните с ВН(ЧД)и средна продължителност на един случай с ВН(СрП).ЧС=(бр.случаи с ВН за даден период върху средно списъч. бр.на осигур.л.)х100;**

**ЧД=(бр.дни с ВН върху средно спис. бр. осигур.л.)х100;**

**Ср.П=бр.загубени дни с ВН върху бр. случаи с ВН;**

**мн.ниска честота на случаи с ВН=до60%; ниска=60-80%;средна=80-100%;висока100-120%;мн.висока=над120%;**

**За средна продължит.на случай с ВН се приемат 10-11 дни. Сред.продължит.на 1 случай = бр. дни с ВН в/у бр. 1-вични болнич. листове.**

**3. Заболеваемост с трайна нетрудоспособност(ЗТН)(инвалидност)**

**Според дефиницията на Международното бюро по труда в Женева инвалид е лице, което по причина на тежък, траен, физически и душевен недъг е напълно или частично неспособен за труд. Според СЗО инвалид е лице в състояние, на което му пречи да бъде обществено продуктивно и да извършва своите ежедневни задължения.**

**\*синдром на институционализъм = зависимост от институциите на хора с увреждания.**

**Според новата наредба за експертиза на работоспособността(приета с Постановление № 133 на МС от 17.07.2000 г.):при загуба на работоспособност над 90% -1-ва гр.инвалидност. Лице в такова състояниее не може да упражнява никакъв вид труд, голяма част от тях се нуждаят от обслужване от други лица за биологичните и социални потребности. При загубена трудоспособност от 71 до 90% = 2-ра група Лицето не може да упражнява професионалната си дейност при обичайни условия, а при специални. 3-та група = загубена работоспособност от 50 до 70%. Лицата могат да работят своята професия, но при облекчен режим и извеждане от вредните условия на труд.**

**Основен източник на информация при изучаването на ЗТН на насел-ето са 1-вичните експертни документи: Решения на ТЕЛК и НЕЛК. ТЕЛК освидетелства лицата по повод ВН и ТН(или загубена трудоспособност). НЕЛК разглежда и решава обжалваните решения на ТЕЛК по повод нарушения, свързани с експертизата на трудоспособността. Оказва методична помощ и контрол на ТЕЛК. Профилактиката на ЗТН изисква осигуряване на условия за ранна диагностика, своевременно лечение и рехабилитация на заболеваемостта. В духа на Закона за защита, рехабилитация и социална интеграция на инвалидите е необходимо и системно подпомагане на инвалидите: допълнително образование, професионално преориентиране и преквалификация, адекватна социална, икономическа ,здравна и правна защита; безотказна информация и комуникация с оглед достигане оптимално физическо, психично и социално равнище при запазване стандарта и качеството на живот и разширяване степента на независимост.**

**Тема 6. Здравеопазването като социална система. Национална здравна служба – структура, функции, управление.**

**1. Здравеопазване – система от медицински и немедицински (социални, икономически, правни) мероприятия, провеждани в дадена страна с цел укрепване, опазване и възстановяване здравето на населението, предотвратяване на нетрудоспособността и преждевременната смъртност и увеличаване продължителността н а активния творчески живот на човек.**

**Здравеопазният процес + съвкупност от различни медицински дейности и здравословни услуги реализирани между взаимодействието между неговия обект (неселението, неговото здравословно състояние и условията на труд, бит и състоянието на околната среда) и субект (работещи в органите и заведенията в националната здравна служба)**

**2. Национална здравна служба (НЗС)**

**Според експертите на СЗО в тесния смисъл на думата здравеопазване + работата на националната здравна служба в системата на здравеопазването.**

**Като система от здравни заведения и здравни органи, които всяка една страна създава за удовлетворяване на потребностите на населението от медицинска помощ.**

**А) Структура на НЗС:**

**- здравни заведения и здравни органи**

**От медицински фактори има водещо значение здравно – демографското състояние на нацията, здравните потребности на нацията, развитие на медицинско образование и наука и кадрите, които създават медицински университети.**

**От немедицинските фактори: социални, географски, политически**

**Функциообразуващи и структурообразуващи функции има и здравно-демографското състояние.**

**Здравно-демографски потребности – потребност от определена степен на здраве, заедно с определените дейности за преодоляването им.**

**Според експертите на СЗО при разглеждането на потребност от медицинска помощ особено значение има определянето и съпоставянето на т. Нар. Пирамидална структура**

**Б) Желателни формуляри**

**В) Принципи от СЗО, които важат и до днес**

**1) Провъзгласяване отговорността на държавата и обществото за опазване на здравето на народа**

**2) Организация като подготовка на национални кадри за НЗС**

**Осъзнаване на високата социална отговорност пред обществото от медицинските работници.**

**3) развитие на здравеопазването на базата на високото разгръщане на индивидуалната и обществената профилактика. Особено профилактична дейност на жени и деца. Разработването на ефективен контрол за мониториране на параметрите на жизнената среда**

**Осигуряване на най-високо равнище на мрежа от заведения. В които да работят тези кадри.**

**Тема 7. Здравна политика – приоритети, структура, законодателни основи. Национална здравна стратегия.**

**Здравната политика е система от дългосрочни официални решения, чрез които се оценява доколко многобройните по-специфични предложения и инициативи, свързани с опазването на здравето, са адекватни с преследваните цели, средства и времеви рамки за осъществяването им.**

**Здравната политика включва: различни социални, правни, икономически актове, указания, решения, инициативи, свързани с осигурителната медицинска помощ на населението.**

**\*Националната здравна политика трябва да е съобразена с регионал., локална, лекарствена п-ка на болничн. дело на 1-вичните здравни служби, здравнообразоват., здравноосигурит, кадрова и др. Създаването на СЗО допринася за преодол.на затвореност и изолираност на отделните страни и региони на света. В преодоляването на посочените слабо¬сти и в търсенето на нови подходи и ново отношение към проблемите на здравеопазването на население¬то на планетата СЗО като инициатор, информатор и координатор в това отношение разработи редица до¬кументи и материали, най-важните от които през последните две десетилетия са: Хартата за промоция на здраве(приета 1986 г.) и Стратегията „Здраве за всички". С тези докумен¬ти се преодоля битуващият чисто медицински прин¬цип при структурирането на съдържанието на здрав¬ната политика и се изведе на преден план промоци¬ята на здравето, с широка социална подкрепа и междусекторно сътрудничество.**

**\*СЗО задава приоритетите на Нац.здр.пол.;съвременните приоритети на всяка здрав.пол.,са:**

**1.Преориента¬ц. от болнич.помощ към разширяв.на 1-вич¬н.здрав.грижи. Този тип б-ци имат огранич.ф-ции и възможности за лекуване на малка част от пациентите, к.страдат от стандартните масови хронични заб-я, за к. не е оправдано тясноспециализирано лечение.**

**2.Промоция на здравето и профилак¬т.на б-стите.Отавската харта за промоция на здра¬ве е една нова философия и водеща стратегия за разв-ето на здравеопаз.с-ми и база за преориентир.на здрав.пол.в страните на света. Този подход дава шанс на хората сами да подобрят своето здраве чрез саморегулирано здрав¬но поведение, пренасочване по нов начин на лични¬те и обществените усилия за опазване и укрепване на здравето. Негови ориентири са: от болния към здравия; от правото на здраве към отговорността за здравето; от здраве за хората към здраве чрез хора-та; отговорност към социално и професионално партньорство; широка социална профилактика, осъ-ществявана с усилията на самите хора, които стават не обекти, а активни субекти на собственото здраве .От гл.т.на този подх. л.се разглежда като о-вен ресурс на здравеопазване¬то, к.предполага изграждане на нова здравна култура на хората.У нас подходът Промоция на здраве е изцяло обърнат с лице към реформата и се очертава като един от кр-риите за успеха на тази реформа.**

**3.Повиш.качеството и ефективн.на НЗС чрез задържане на темповете на нарастване на разходите за здраве¬опазване. Според СЗО нарастването на разходите за здравно обслужване на населението е свърз.с няколко фак-тора, между които -застаряване на насел., нараств.на хронич.заб-я, внедряването на все по-скъпи модерни технологии, повишените изисквания на населението към здравното обслуж¬ване. 4. Пазарно ориентиране на взаимоотношени¬ята в системата. 5. Децентрализация и регионилизация на здравеопазната система. 6. Здравен ме¬ниджмънт и повиш.на управленската култура.7. Интегра¬лен подход в управл-ето и ф-ционирането на здравеопаз.с-ма. В зав.от подходите се различават няколко типа здр.пол.:а) ориентир.към профилактика, лече¬ние и рехабилит-я на б-стите;б) към промо¬ция на здравето;в) към медико-професионал.д-ст; г) към м/усекторно сътрудничество;д) към м/упрофесионал.партньорство и др. В зав.от сроковете, за които се разработва, те би¬ват – дългоср.и краткоср. Базовата структура на всяка здр.пол.вкл.2 о-вни части: дескриптивна(описа¬телна)и прескриптивна(предписваща).В дескрип¬тив.(анали¬тична)се прави задълбоч.ана¬лиз на детерминанти на здравето, здравни потреб¬ности, здравни цели и задачи.Въз о-ва на това се надгражда 2-рата част-прескриптивната.Тя обхваща действената, същинска част на политиката, извежда на преден план промоция на здравето и същинската медицинска помощ с и чрез подкрепата на социалното междусекторно сътрудничество. Национална здравна стратегия-сериозна крачка напред(о-вни ориентири-равнопоставеност, солидарност,качество на жив, права на кл.,качество на помощта).Тя става база за разраб.на здрав.пол.и здрав.з-нодателство у нас. Принципи при разраб.на нац.здравна стратег.:1) Здравеопазване, осъществявано на основата на справедливост, равенство и достъпност. 2) Здравеоп., изграждано на баз.на национал.приори¬тети,критерии и стандарти.3) финансир.,осигурява¬що ефективност, солидарност и равноправие;4) Ефективно използване на ресурсите.5) Развитие на м/усекторното сътрудничество.6) Привличане на обществеността и гражданите за целите на здравеопазването.7) Международно сътрудничество в областта на здравеопазването.Промяната в нац.ни здрав.с-¬ма е необходимост,обуслов.от 2 вида движещи сили: вътрешни, криещи се в самата здравеопазна система, и външни, изхождащи от окол¬ната среда.1)Вътрешните-свърз.с:\*ниската ефективн.на здравеопазната дейност при силно развита здравна мрежа и висока наситеност с медицински персонал;\*незадоволително качество и култура на здрав¬ното обслужване;\*ниско и незадоволително (уравнително) запла¬щане на медицинския труд, водещо до деформация на професионалната мотивация и професионална неудовлетвореност сред медицинския персонал;\*дефицити и липси на управленски и органи ia-иионни умения; непознаване и несъобразяване с правилата на здравеоназния мениджмънт. 2)Външните движ.сили на промяната ориентир.към:\*политическите и икономическите промени в стра¬ната;\*недостига на необходимите ресурси за здраве¬опазването;\*социално-психически, етични и култу-рологичпн фактори, свързани с повишено търсене и повишени претенции към медицинските услуги и медицинската помощ;\*по-интензивни международ¬ни контакти и по-широка здравна информираност и общата тенденция към глобализация на здравеопазните проблеми в световен мащаб.**

**Приоритети на здр.пол.:\*От лечебна помощ към укрепване здравето на здравите и профилактика на болестите.\*От болнична помощ към първична медико-санитарна помощ.\*От високоспециализирана медицинска помощ към общата практика, изпълнявана от свободно избрани лекари с широкопрофилна медицинска прак¬тика.\*От централизация към балансирана децентра¬лизация и плурализъм във формите на медицинско обслужване.\*От бюджетно финансиране на остатъчен прин¬цип към създаване на здравно осигурителнифондо¬ве на принципа на социална солидарност;\*Постигане на високо качество на ресурсите\*Повишаване ефективността на здравеопазната система чрез преструктуриране на болничните фондове и интензифициране на болничната дейност.**