

PRIMARY HEALTH CARE IN BULGARIA - REVIEW

Teodora Dimcheva

Department of Medical Informatics, Biostatistics and e-Learning, Faculty of Public Health,
Medical University of Plovdiv, Bulgaria, teodora.dimcheva@mu-plovdiv.bg

Abstract: The key to a successful organization and high quality each health care systems is the optimization of their sources. The priority place and role of the primary care are undeniable and officially recognized. The establishment of the primary care requires political will, a legislation base, public commitment, and financially fundings. The primary health care is not only the first stage in medical care, but also creates new doctor-patient relationships, new ethical issues, and a new health culture. Directly reflects of the economic, socio-political, and cultural history of the society. The concept of primary health care (PHC) evolved during the 1970s, influenced by and influencing the basic needs approach to social development. It explicitly outlined a strategy that respond more equitably, appropriately, and effectively to basic health care needs and also address the underlying social, economic, and political causes of poor health. Certain principles are to underpin the PHC approach, namely, universal accessibility and coverage based on need; comprehensive care with the emphasis on disease prevention and health promotion; community and individual involvement and self-reliance; intersectoral action for health; and appropriate technology and cost-effectiveness in relation to the available resources. Some of the changes required include the redistribution of existing resources (financial, material, and human) for health; a reorientation and a broadening of the skills of health personnel to enable them to respond to the challenges of implementing PHC and to work in teams as well as with other sector professionals and communities; and improved design, planning, and management of the health system to facilitate greater community involvement, intersectoral collaboration, and decentralization. This article aims to present in a historical aspect the development of primary health care in Bulgaria, its organization and functioning.

Keywords: primary medicine; general practitioners (GP's); health care policy; health care reform; health care legislation

ПЪРВИЧНАТА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ В БЪЛГАРИЯ – ОБЗОР

Теодора Димчева

Катедра „Медицинска информатика, биостатистика и електронно обучение, факултет по
Обществено здраве, Медицински университет – Пловдив, teodora.dimcheva@mu-plovdiv.bg

Резюме: Успехът на здравеопазната система, нейната организация и качество, във всяка държава, може да се разглежда като стратегия за оптимизиране на ресурсите в нея. В съвременните здравни системи приоритетното място и роля на първичната медицинска помощ (ПМП) са неоспорими и официално признати. Изграждането на първичната медицинска помощ изисква политическа воля, законова база, обществена ангажираност и финансиране. Първичната медицинска помощ е не само и просто първи етап в медицинската помощ, но създава и нови отношения лекар – пациент, нови етични проблеми и нова здравна култура. Пряко отразява икономическата, социално-политическата, културалната история на обществото. Концепцията за ПМП се развива през 70-те години на миналия век, повлияна и оказвайки влияние върху основните потребности към социалното развитие. Тя ясно очертава стратегийте за развитие на здравните системи, които трябва да отговорят по-справедливо, подходящо и ефективно на основните нужди от здравеопазване, също така да се справят и с основните социални, икономически и политически причини за лошо здраве. Определени принципи подкрепят подхода на ПМП, а именно универсална достъпност и покритие въз основа на нуждите; цялостна грижа с акцент върху превенцията на заболяванията и промоцията на здравето; общностно и индивидуално участие и самостоятелност; междусекторни действия за здраве; и подходяща технология и рентабилност по отношение на наличните ресурси. Някои от необходимите промени включват преразпределение на съществуващите ресурси (финансови, материални и човешки) за здравеопазване; преориентиране и разширяване на уменията на здравния персонал, за да им се даде възможност да отговорят на предизвикателствата на ПМП и да работят в екип, както и с други професионалисти в сектора и общността; и подобрен дизайн, планиране и управление на здравната система за улесняване на по-голямо участие на общността, междусекторно сътрудничество и децентрализация.

Настоящата статия има за цел да представи в исторически аспект развитието на първичната здравна помощ в България, нейната организация и функциониране.

Ключови думи: първична медицинска помощ; общопрактикуващи лекари; здравна политика; здравна реформа; здравно законодателство

1. ВЪВЕДЕНИЕ

Исторически приоритетът на първичната медицинска помощ се наложи след приемането на концепцията и стратегията на Световната здравна организация (СЗО) през 1978 г. на световната конференция в Алма Ата. Отправна точка е определението от конференцията – „Основна здравна помощ, базираща се на практически, научно обосновани и социално приемливи методи и технологии, които са универсално достъпни за индивидите, техните семейства и обществото, като тази помощ се оказва при пълното участие на населението, в рамките на разходите, които обществото и страната могат да си позволят на всеки етап от своето развитие. Тази помощ се осъществява на нивото на първия контакт на индивида, семейството и обществото с националната система на здравеопазване, приближавайки в максимална степен здравната помощ до местоживеене и месторабота, като същевременно представлява първият по важност елемент от един непрекъснат здравеопазен процес“ (WHO, 1978).

Забелязва се ясен фокус върху първичната медицинска помощ, като приоритет в политиките на много държави, както и укрепване на услуги за първична медицинска помощ в реформите за здравеопазване в Европа. Причините за промяна и прилаганите стратегии не са сходни в отделните части на Европа. Въвеждат се протоколи, основани на доказателствата; подобрява се академичната основа; въвеждат се финансови стимули за пациентите или доставчици, за да се стимулират дългосрочните взаимоотношения между медицински специалисти и пациенти (Concerned Action Committee of Health Services Research for the European).

Първичната медицинска помощ се влияе от финансови бариери за консултации и географска достъпност. Националните различия се запазват, тъй като фокусът на здравните политики е не толкова уеднаквяване на структурите, колкото е във връзка със споделените ценности на солидарност, равенство и достъпност на медицинските услуги.

От 80-те години на миналия век започват да се натрупват проучвания в областта на първичната медицинска практика. През 1985 г. в Европейската икономическа общност се прави първо проучване Concerted Action Committee on Health Services Research /COMAC-HSR/ (Kringos et al. (2010), програмата финансира първия общоевропейски семинар по обща практика през 1987 г., както и проучвания на връзките на ОПЛ с медицинските специалисти и болници в 12 страни European Study of Referrals from Primary Care to Secondary Care, финансирано от тази програма (WHO, 1987).

Друго проучване, свързано с връзката между особеностите на националната здравна система и доставката на грижи в общата практика, един важен аспект на ПМП, и който се счита за първото проучване на европейско равнище е European Study of General Practitioners' Task Profiles (Voerma, 1997). Прави се сравнителен обзор на разнообразието в организацията на общата практика в Европа.

В различните страни линията между първичната медицинска помощ, специализираните грижи, общественото здраве и социалните грижи не е отявлена, т.е. в някои от тези страни професионалистите, които са част от първичната медицинска помощ работна сила, не са такива в други страни.

Съществуват различни конфигурации на ПМП в рамките на Европа, произтичащи от многообразието на основни потребности в общността. Но няма единен източник на информация, който дава основна информация за организацията и предоставяне на основни услуги. Не се инвестира в събирането на надеждни и валидни данни за функционирането на първична медицинска помощ, база за актуална сравнителна информация за първичната медицинска помощ (Voerma, 2003).

Наличието на осезаем политически интерес към първичната медицинска помощ, не е подкрепен с достатъчни финансови средства, информационна инфраструктура, за да се реализира системно наблюдение, анализ на първичната медицинска помощ.

Липсата на съпоставима информация в първичната медицинска помощ в Европа, като цяло, пречи на оформянето на политика за идентифициране на силните черти или подобряване на функционирането на първична медицинска помощ, както и за промяната на силата на първична медицинска помощ между страните.

2. ИЗЛОЖЕНИЕ

В България продължение на повече от 40 години системите за болнична и извънболнична помощ се изграждат на основата на държавно-планов модел.

Първите идеи за вида реформи у нас се появяват още в началото на демократичните промени в страната и особено след възстановяването на Българския лекарски съюз (БЛС).

През 90-те години на миналия век се реализира политическата воля за радикални промени на съществуващия модел и устройство на здравната система.

В политическите програми /1991 – 1997 г./ на основните политически партии се предлагат „решения“ за реформи – от незначителни до радикални промени. Тези промени са свързани с доктрината за демократичното социално, пазарно здравеопазване.

Образът на реформата е очертан едва през периода – 1997 – 2001 г. и като една сложна политическа и държавна дейност, включва конкретни елементи - проект (промените, които трябва да се направят и пр.), инструментариум (за извършване на промяната са нужни закони и подзаконови нормативни документи), план (нужна е последователност на провеждане на дейностите) .

Предвид това се създават основни правни инструменти за нейното извършване - законите за здравето осигуряване и лечебните заведения, Закон за здравето, Закон за професионално – съсловните организации на лекари и стоматолози, Закон за съсловната организация на магистър-фармацевти, Закон за съсловната организация на медицинските сестри, акушерките и асоциираните медицински специалисти, Закон за лекарствените продукти в хуманната медицина, Закон за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите и пр.

Функционирането на Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) започва през 1999 г. с предмет на дейност задължително здравно осигуряване в Република България, което е и една социална здравна защита на населението, носеща пакет от здравни услуги на всеки гражданин.

Регулаторна рамка на ПМП

Реформата в първичната медицинска помощ започна с лекарите от участъковата система, които въпреки познанията си в областта предимно на вътрешните болести и педиатрията, не притежаваха достатъчна компетентност за извършване на новия вид дейности, включени в съдържанието на общата медицинска практика.

В този смисъл специализацията по обща медицина се превърна в един от важните фактори за успех на реформата в първичната медицинска помощ, но поради нормативни, организационни и икономически причини процесът на специализацията протича изключително бавно.

Организацията на ПМП в България е определена в Закона за лечебните заведения от 1999 г. В него са отразени основните изисквания, предвид видовете практики, регистрация на практиките, дейностите извършвани от практикуващите лекари.

Промените в извънболничната помощ, както и в спешната помощ, са с най-радикален характер. На практика изцяло променят визията на първоначалния модел.

На практика ПМП се явява ядрото на реформата, ядрото на „първа линия“ - основният показател за реформираното здравеопазване в България.

Общопрактикуващите лекари са натоварени с множество функции, посредством възложените им задължения и отговорности, да бъдат и „пазачи“ входа на здравната система.

Тези лекари работят самостоятелно или формират екипи и финансирането по линията на задължителното здравно осигуряване, т.е. финансираният по линията на задължителното здравно осигуряване пакет дейности е определен в Наредба №40/24.11.2004 г., която е част от Националния рамков договор.

Основните, извършвани дейности, са регламентирани в Закон за лечебните заведения, а основният пакет от дейности включва:

- здравно-информационни - запознаване на пациента с неговите права и задължения, организацията и дейности, извършвани, съгласно медицинския пакет;
- промоция на здравето – оценка на здравните проблеми, преконцепционна консултация, семейно планиране и пр.;
- профилактика на здравето – контрол по изпълнението на различни програми, оценка на рискови фактори, оценка на вредни навици, профилактични дейности, съобразно национални здравни програми, профилактични прегледи на деца до 18 г. и бременни, съобразно наредба на Министерство на здравеопазването и др.
- диспансеризация – съгласно Наредба №39/ 2004 г. за профилактична дейност и диспансеризация, активно медицинско наблюдение на бременността и др.;
- контрол на инфекциозните заболявания – съгласно установените изисквания в нормативната уредба, извършване на имунизации и др. (Наредба №15/2005 г. за имунизациите в РБългария);

- диагностично-лечебна дейност – първичен основен преглед, вторични прегледи (предвид един и същи проблем), медицинска помощ при спешни състояния до пристигане на екип от ЦСМП или хоспитализация, медицинска помощ в дома на пациента, медицински манипулации и лечение, координация и насочване към лаборатории, инструментална диагностика и др.;
- други дейности, свързани с диагностиката и лечението на болни – насочване за планова консултация, планова хоспитализация, телефонни консултации;
- експертна дейност – предбрачна медицинска експертиза, експертиза преди постъпване на работа, в т.ч. и за професии на специален режим, експертиза за временна неработоспособност, поради болест, насочване на медицинска експертиза към ЛКК (Лекарска консултативна комисия), подготвяне на документи за представяне на ТЕЛК.

Възможно е различно класифициране на обхвата на дейностите в ПМП. Например:

- оказване на неотложна помощ, педиатрични грижи, здравословни проблеми при жените, психосоциални проблеми;
- манипулации и малка хирургия;
- управление на болестта при пациенти с хронични заболявания;
- дейности от превантивна медицина и здравно образование.

Атрибутите, които отличават общата практика са, предвид осъществяване грижата за пациента за продължителен период от време, независимо от наличие или отсъствие на проблем и изграждащото се взаимоотношение в дългосрочен план – лекар – пациент, взаимно доверие, лоялност, отговорност. От друга страна се извършва координация на грижите, взаимодействие с различен тип тесни специалисти, институции и организации. Не осъществяването на подобна координация води до фрагментиране на грижите, което рефлектира върху качеството на медицинските услуги и ясно може да бъде забелязано при управлението на пациенти с хронични заболявания, особено мултиморбидните (Наредба № 41 за утвърждаване на „Медицински стандарти по Обща медицинска практика“, Обн. ДВ. бр.1 от 2006 г.).

Поради особеностите публичен характер и значение на първичната извънболнична медицинска помощ, нейната дейност се заплаща основно от фондовете на задължителното здравно осигуряване и в някои страни от ЕС от държавата.

В нашата страна НЗОК е основен източник на финансиране на ПМП.

През последните години от бюджета на НЗОК се заделя постоянно само по 6-7% (169 млн. лв. за 2019-2020 г.).

Недостатъчното финансиране е основна причина за по-голяма част от проблемите в първичната медицинска помощ и в този смисъл неговото подобряване има ключово значение за функционирането на ПМП в страната.

Организация на първичната медицинска помощ

Заведенията за първична медицинска помощ представляват специализирани здравни институти, в които работят общопрактикуващите лекари.

В световната практика са се утвърдили три типа заведения за първична медицинска помощ:

1. Индивидуални практики за първична медицинска помощ (амбулатория);
2. Групови практики за първична медицинска помощ (амбулатории);
3. Здравни центрове за първична медицинска помощ.

Заведенията за първична медицинска помощ могат да имат частен, публичен или държавен статут, в зависимост от собствеността на ресурсите и системите за финансиране (бюджетно, здравноосигурително, непосредствени лични заплащания и др.). Създаването на тези здравни заведения става съобразно определени правила и норми, включени в различни закони. Те са специални за лечебните заведения и общи за разкриването и дейността на икономическите субекти (Иванов Г., 2012; Иванов Л. и колектив 2012).

В България разкриването на заведения за първична медицинска помощ, както и тяхната дейност, става по правилата и нормите на Законите за: лечебните заведения, здравното осигуряване, здравето и Търговския закон.

Индивидуалните практики за първична медицинска помощ работи – един лекар, подпомогнат от малък основен екип, обслужващ хората, които са го избрали. Обикновено броят им стига средно до 1500 - 2000 души. В известна степен, това е резултат от възрастовата структура и териториалното разпределение на населението (напр. преобладаване на възрастово население или малки деца, планински райони, лоша пътна инфраструктура).

Груповата медицинска практика за първична медицинска помощ е сдружение от няколко общопрактикуващи лекари, като всеки обслужва хората от общността, които са го избрали.

Предимството на груповата практика е при съвместната работа, по-пълноценно да бъдат използвани материалните ресурси (помещения, апарати). Възможност за създаване на разширени екипи от персонал, в различни области – рехабилитатор, диетолог, рецепционист и пр. При груповите практики е по-лесна организацията и взаимозаменяемостта и по този начин осигуряване на непрекъснато медицинско обслужване.

По данни на Националния статистически институт в края на 2018 г. на един общопрактикуващ лекар се падат средно по 1667 пациенти. През 2017 г. броят на пациентите на един личен лекар е бил средно със 100 по-малко. Най-много от тях работят в София – 797, като всеки има средно 1666 пациенти. Най-добра е осигуреността с лични лекари в Плевен, където средният брой пациенти на един лекар е 1144. Най-нисък е резултатът по този показател в Кърджали, където на един личен лекар се падат средно 2591 пациенти.

Здравните центрове за първична медицинска помощ са заведения, в които освен общопрактикуващи лекари, работят и лекари от някои основни специалности (акушер-гинеколози, педиатри и пр.). Разкрити са малки диагностични сектори като клинична лаборатория, образна диагностика и пр. В страни, като Великобритания, Австралия и др., заведенията за първична медицинска помощ се интегрират, обединяват се в „тръстове“ и така се представят пред публичните и професионалните организации, както и пред държавата.

Новият статут на лечебните заведения, установен след реформата в здравеопазването у нас, им предоставя юридическа и финансова самостоятелност. Приетите здравни закони определят нова номенклатура на лечебните заведения.

Заведенията за първична медицинска помощ в РБългария се регистрират в Търговския регистър (съобразно Търговския закон) след което подлежат на регистрация в Районна здравна инспекция (РЗИ). Тази процедура започва с подаване на заявление, към което се прилагат документи, описани в чл.40 от Закона за лечебните заведения.

От 2019 г. по Закона за лечебните заведения (Чл. 7 б. (Нов - ДВ, бр. 102 от 2018 г., в сила от 01.01.2019 г. на ЗЛЗ) (1) Изпълнителна агенция "Медицински надзор") Изпълнителна агенция „Медицински надзор“ извършва регистрацията на лечебни заведения за извънболнична помощ при условие, че отговарят на редица изисквания, включително и на медицинските стандарти по обща медицина (чл.6, чл.6а от ЗЛЗ) одобрени от Министерство на здравеопазването. РЗИ – контролира тази дейност по места.

Според Търговския закон на нашата страна индивидуалните амбулатории за първична медицинска помощ се регистрират като еднолични фирми (еднолични търговци) със собственик общопрактикуващия лекар. Еднолично дружество с ограничена отговорност (ЕООД) е значително по-удобна форма за дейността, свързана често с данъчно облагане, но особено с отговорността за задължения на бизнеса.

Центровете се регистрират като търговски дружества, т.е. най-често дружества с ограничена отговорност (ООД).

Груповите амбулатории за първична медицинска помощ се регистрират като събирателни дружества или дружества с ограничена отговорност (ООД).

ООД или ЕООД е най-благоприятната и лесна за управление правна форма на дружество у нас.

Не е маловажно и да се спомене определянето на името на вече създадената фирма, защото според Закона за лечебните заведения, в името на фирмата задължително се включва точно обозначаващо на вида на лечебното заведение и предметът на дейност, които е ограничен в рамките на специфичната дейност. Например "Амбулатория за извънболнична първична помощ", с предмет на дейност: Амбулаториите за първична или специализирана извънболнична помощ могат да извършват диагностика, лечение, рехабилитация и наблюдение на болни; консултации; профилактика; диспансеризация; да предписват: лабораторни и други видове изследвания; извършването на медицински дейности и манипулации под техен контрол и отговорност; лекарства, превързочни материали и медицински пособия; извършват дейности по здравна промоция и профилактика, включително профилактични прегледи и имунизации. Регистрация в Районните здравни инспекции“.

В някои от европейските държави, като Финландия и Швеция и др. например, практиките за първична медицинска помощ се разкриват от общините, а общопрактикуващите лекари са наети служители (Иванов Г., 2012).

Съществен елемент е Медицинският стандарт за обща медицинска практика в България дава редица насоки за оценяване на качеството на първичната медицинска помощ. В документи е дадено определение на термините „обща медицина“ – с което се обозначава самостоятелна медицинска специалност, и „обща медицинска практика“ – специфична медико-социална дейност и вид лечебно заведение (синоним на практика за първична медицинска помощ).

Стандартите включват показатели, свързани със структурата на практиката – материална база, оборудване, персонал, професионална компетентност; обхват на услугите, стандарти по извършване на дейността (процесите) и такива за ефекти върху здравното състояние и удовлетвореността на пациентите (т.е. резултатите).

Стандартите са ориентирани към качеството на индивидуалната работа на ОПЛ и на условията за нейното извършване.

Значението на стандартите е насочено в две направления: всеки ОПЛ да направи структурна самооценка на своята практика и подготовка на условия за въвеждане на акредитация в системата на първичната медицинска помощ, като основна технология за измерване оценка на качеството.

Това, което е необходимо за всяка обща медицинска практика е да притежава „качества“, с което се гарантира осигуряването на първоначална, продължителна, цялостна, координирана медицинска помощ за всички индивиди, семейства и общности, при биомедицинско, психологическо, социално и природно разбиране за здравето.

3. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Въпреки, че към настоящия момент в нашата страна все още има достатъчен брой ОПЛ за осигуряване на съвременна първична извънболнична медицинска помощ, съществуват и отрицателни явления, които повлияват върху избора на тази специалност:

Интересът на младите лекари за професионална кариера в ПМП е изключително малък.

- Само 1% от ОПЛ са под 30 г., средната възраст е 51 г. - най-висока в сравнение с останалите групи лекари и почти 10% от тях са в пенсионна възраст или пенсионери.
- При тази възрастова структура, поради процесите на естествено опадане, броят на ОПЛ в следващите 10 години ще се намали с близо 50%.
- Към това трябва да се добави, че около 40-50% от ОПЛ имат прояви на тежка степен на синдрома на изпепеляване (бърнаут синдром), което сериозно уврежда здравното състояние на тези лекари.

В момента съществуват множество административни регулации, забрани и ограничения, които сериозно препятстват работата на ОПЛ за постигане на високо качество и висока ефективност. Тяхното намаляване или пълно отстраняване ще създадат възможности за подобряване на качеството на диагностиката и лечението, на мониторинга на болните с хронични заболявания, ускоряване на процеса на медицинската помощ и др.

Първичната медицинска помощ трябва да се превърне в „атрактивна професионална област“ за лекарите и икономически приемлива, което налага и ново здравно-политическо отношение от страна на държавата и професионалната организация на лекарите.

ЛИТЕРАТУРА

Закон за здравето. Обн. ДВ. бр.70 от 2004 г., в сила от 30.06.2021 г.

Закон за здравното осигуряване. Обн. - ДВ, бр. 70 от 1998 г., изм., бр. 101 от 27.12.2019 г.

Закон за контрол върху наркотичните вещества и прекурсорите. Обн. ДВ. бр.30 от 02.04.1999 г., изм. и доп. ДВ. бр.84 от 12 Октомври 2018 г.

Закон за лекарствените продукти в хуманната медицина. Обн., ДВ, бр. 31 от 13.04.2007 г., в сила от 11.12.2020 г.

Закон за лечебните заведения. Обн. ДВ. бр.62 от 1999 г., изм.и доп. ДВ. бр.84 от 12 Октомври 2018 г.

Закон за съсловната организация на магистър-фармацевтите. Обн. ДВ бр. 75 от 2006 г., изм. и доп. ДВ. бр.64 от 13 Август 2019 г.

Закон за съсловните организации на лекарите и лекарите по дентална медицина. Обн. ДВ бр. 76 от 2005 г., бр. 39 от 20.05.2011 г.

Закон за съсловните организации на медицинските сестри, акушерките и асоцииранте медицински специалисти на зъботехниците и на помощник-фармацевтите. Обн. ДВ бр. 91 от 2018 г., изм. и доп. ДВ. бр.85 от 2 Октомври 2020 г.

Иванов, Г., Димитрова Д. (2012) Въведение в общата медицина и общата медицинска практика. София, Национално сдружение на общопрактикуващите лекари в България (НСОПЛБ); 61-215.

Иванов Л., Иванов Г., Димитрова Д., Киров Л., Иванова Н., Петрова Зл. и съавтр. (2012) Бяла книга за здравеопазване основано на стойности. София, Бълг. асоц. на търговците на мед. Издания; 250-259.

Наредба № 15 за придобиване на специалност Обща медицина от общопрактикуващи лекари, Обн. ДВ. бр.63 от 2008 г.

Наредба № 39 за профилактичните прегледи и диспансеризацията, Обн. ДВ. бр.106 от 2004 г., изм.

ДВ. бр.101 от 28 Декември 2010 г.

Наредба № 40 за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантирани от бюджета на НЗОК, Обн. ДВ. бр.112 от 2004 г., изм. ДВ. бр.97 от 9 Декември 2011 г.

Наредба № 41 за утвърждаване на „Медицински стандарти по Обща медицинска практика“, Обн. ДВ. бр.1 от 2006 г.

Национален статистически институт (НСИ). Лекарите по специалности в лечебните и здравните заведения на 31.12. по статистически райони и области. Available at:

<https://www.nsi.bg/bg/content/3316/%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B8-%D0%BF%D0%B5%D1%80%D1%81%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D0%BB>

Търговски закон, Обн. - ДВ, бр. 48 от 18.06.1991 г., в сила от 01.07.1991 г., доп. ДВ. бр.25 от 29 Март 2022 г.

Boerma WG, van der Zee J, Fleming DM. (1997) Service profiles of general practitioners in Europe. European GP Task Profile Study. Br J Gen Pract., 47(421):481-6.

Boerma Wienke G.W. (2003) Profiles of General Practice in Europe. An international study of variation in the tasks of general practitioners NIVEL. Available at: <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/profiles-of-general-practice-in-europe.pdf>

Kringos DS, Boerma WG, Bourgueil Y, et al. (2010) The European primary care monitor: structure, process and outcome indicators. BMC Fam Pract.; 11:81.

The European study of referrals from primary to secondary care. (1992) Concerned Action Committee of Health Services Research for the European Community. Apr Occas Pap R Coll Gen Pract.:(56):1-75.

World Health Organization. (1978) Declaration of Alma-Ata. Available at:

https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf