

Саморегулация на лекарската компетентност във връзка с въздействието на медицинската експертиза върху социалното и здравното осигуряване

Снежана Кондева*

Резюме: Автономното лекарско решение е съществен елемент от дейността на осигурителните фондове. Подходът за отстраняване на негативното му въздействие върху пазара на труда, социалното и здравното осигуряване трябва да бъде ефективно съчетаване на институционалния и специализирания контрол върху медицинската експертиза, на лекарската саморегулация и създаването на условия за професионално развитие и по-високи доходи на лекаря експерт.

Ключови думи: лекарска компетентност, медицинска експертиза, осигурителни фондове

JEL: H55, I13.

1. Въведение

Изискването за образование и професионална квалификация на упражняващите медицина е най-старата форма на контрол, целящ да предпази обществото от опасността самозвани и некомпетентни лица да се представят за лекари и да вредят, вместо да лекуват. След институциона-

* Снежана Кондева е докторант в катедра „Икономика и управление по отрасли“ в Стопанския факултет на СУ „Св. Климент Охридски“, председател на Съвета на директорите на Втора МБАЛ – София, e-mail: snkondeva@abv.bg

лизирането на системите за социално и здравно осигуряване и тяхното развитие, се модернизират и контролните механизми върху медицинската и експертната дейност. Причините за това непрекъснато обновяване, освен на субективните отношения между лекаря и пациента, се дължат още на:

- широкия обхват на лицата, които ползват осигурителни права и необходимостта от регулиране на взаимоотношенията лекар-осигурен-осигурителен институт;
- независимостта на лекарското решение/експертиза и силното му влияние върху работната сила и разходите за социално и здравно осигуряване;
- ангажимента на държавата в социалната и здравната сфера и изискването за насрещна полза – предоставянето на качествени социални и здравни услуги на гражданите.

Отговорността за поддържането на професионалните и етични стандарти е на лекарското съсловие, като последица от правото на професионална автономия, а националните медицински асоциации, с функции на лекарска камара, са отговорният орган за медицинското образование, правоспособност и работа на лекарите. Българският лекарски съюз има ограничени правомощия по отношение саморегулацията на лекарите у нас.

Икономически теории

Тезата е, че здравната и социалната политика трябва да бъдат насочени към отстраняване на причините за неефективния избор чрез създаване на условия за постоянна квалификация, добро заплащане и професионална удовлетвореност на лекарите. Което означава, че бъдещите реформи в здравеопазването и социалното осигуряване трябва да включват институционализирането на саморегулацията на медицинската дейност, с акцент върху лекарите и тяхното неотменно право на самостоятелна професионална преценка и свободата на клинични и етични решения (Сборник, 1994, с. 41).

2. Същност на лекарската компетентност – обществено и индивидуално измерение. Етични граници

2.1. Регулиране на лекарската правоспособност

Процесите за контролиране на средата и осъществяването на контрол върху дейностите в здравеопазването се обуславят от асиметричната връзка лекар – пациент, за да се гарантира безопасното лечение, и от автономното лекарско решение, за да се минимизира необоснованото нарастване на разходите за осигуряване и негативното въздействие върху пазара на труда.

По отношение на здравословното състояние пациентът е поставен в зависимост, защото някой друг притежава специалните знания за заболяването, болестта и работоспособността, както и професионалните умения за извършване на диагностиката, лечението, рехабилитацията и експертизата. Затова:

- първата регулация е върху медицинското образование (Закон, 2008), лекарската специализация в определена област

Социалното и здравното осигуряване

на медицината (Наредба, 2015) и след-дипломното обучение на лекарите през целия период на активна професионална дейност (Закон, 1998);

- втората регулация е върху средата, в която лекарят може да приложи професионално своите знания и умения (Закон, 2004), и
- третата регулация е върху нивото на компетентност на лечебните структури да предоставят здравни услуги (Наредба, 2010).

Обект на регламентация е извършването на експертиза на здравословното състояние и работоспособността. (Наредба, 2017) Общественото измерение на тази дейност може да се изведе от определението на Световната здравна организация за здравето като „състояние на пълно физическо, психическо и социално благополучие, а не само отсъствие на заболяване и недъг“. От тази изходна позиция лекарят трябва да направи професионална преценка не само на физическото и психическото състояние на освидетелстваното лице, но и на продължителността на състоянието на непълно оздравяване или развитието на хроничен болен процес, както и на способността му за социална реадaptация.

2.2. Индивидуалната лекарска компетентност

Лекарите са тези, които по призвание помагат на болните, а по занятие правят индивидуално добро на пациентите, с което на връзката между лекаря и пациента се придава строго субективен характер, а на медицинската практика – някакъв вид тайнство, допълвайки „властта, произтичаща от знанието, с това, което не може да бъде изречено, и което предлага надежда“ (Пентълън, и др., 1998, с. 24). Основен елемент във взаимоотношенията е създаването на доверие и от двете страни, поради което компетентността на лекаря

се определя чрез комуникацията с пациента. При здравословен проблем пациентът търси помощ от лекар, когото смята за компетентен да го разреши, а избраният лекар от своя страна предразполага болния да му има доверие и това се отразява върху процеса на лечение. Защото ако пациентът има доверие към лекаря или медицинския екип, той следва препоръките и напуска болницата удовлетворен от лечебния резултат, много често и без да е разбрал имената на лекарите.

По време на прегледа или престоя в болницата се разтваря ветрилото на диагностичните и лечебните методи и средства, за които лекарят преценява, че има съответните познания, материални условия, личен опит и възможност да приложи най-новите здравни технологии. Колкото по-широко е разтворено ветрилото, толкова по-големи са възможностите лекарската преценка да отговори по-точно на индивидуалните нужди на пациента. И обратно – ако лекарят има ограничени познания, опит, комуникационни и технологични условия, толкова по-голяма е вероятността всички пациенти да имат един и същ диагностично-терапевтичен план, включващ неговия брой изследвания и лекарства, които лекарят традиционно прилага, защото само те отговарят на неговата квалификация и опит.

Компетентността не е константна величина и се променя както в зависимост от конкретните случаи, които трябва да реши лекарят, така също и в зависимост от новостите в науката и медицинската практика. Пример за необходимостта от непрекъсната професионална квалификация е лечението на множествената склероза, която преди 30-40 години обричаше на бързо и пълно инвалидизиране и смърт пациентите с тази диагноза. Сега председателят на Българското дружество по неврология, акад. проф. д-р Иван Миланов, гмн, споделя, че медикаментите нара-

стват всяка година, като с разработеният алгоритъм, който определя правилата за лечение, се забавя развитието на заболяването с възникване на тежка инвалидност. Когато заболяването е по-малко активно, трябва да се прилагат по-слаби медикаменти, за да се избегнат страничните ефекти. Когато обаче активността на заболяването се засили, веднага трябва да се приложат по-мощни медикаменти. Това налага редовно проследяване на всеки индивидуален пациент, както и постоянно усвояване на нови практически умения при лечението на множествената склероза от страна на невролозите. (<http://medicalnews.bg/blog/2017/06/01/> Интервю) Прилагането на съвременни методи на диагностика и лечение осигуряват по-бързото връщане на пазара на труда – примерно лапароскопският метод, при който няма тежки разрези, липсва масивна кръвозагуба и травматичност на тъканите позволява пациентът да бъде изписан от болницата на втория ден, а след още седем – да се върне на работа.

Етичните принципи на професията изискват лекарят сам да прецени в кои случаи да поиска допълнителна консултация от друг специалист или да насочи пациента към свой колега, който има повече опит, ако не е сигурен в благоприятния изход от лечението, включително и поради липса на доверие от негова страна.

2.3. Граници на професионалната компетентност на лекаря

В началото на миналия век сред млади асистенти (специализанти) в Германия бил обсъждан въпросът какво трябва да бъде решението на един лекар, повикан при родилка, чийто живот е застрашен от кръвозагуба, ако той не разполага с гугени ръкавици и няма време за дезинфекциране на ръцете по изискваните правила? Трябва ли в тази ситуация да се опита да спаси бо-

лната чрез вътрешна намеса? По-голямата част от мненията били за строго спазване на асептиката, т.е. да се остави болната да умре от кръвозагуба. В друг случай лекарят също не разполагал с ръкавици, но решил да помогне на жена с тежко кръвотечение след раждане, при това страдаща от сифилис. Лекарят дал мануална помощ и няколко седмици след това заболял от сифилис, въпреки най-грижливо последвалата дезинфекция (Лик, 1928, с. 40).

Извършването на дезинфекция в първия случай цели лекарят да не допусне попадане чрез ръцете му на микроорганизми в оперативното поле, а във втория – да се предпази здравето и живота на самия лекар. В онзи период развитието на здравеопазването и правилата все още не решават моралните въпроси, трябва ли родилката да бъде оставена да умре от кръвозагуба и дължен ли е лекарят да оказва медицинска помощ, рискувайки собственото си здраве?

Днес строгите изисквания за стерилизация, ползването на лични предпазни средства и обхватът на системите за оказване на спешна медицинска помощ очертават границата на лекарската компетентност и правото да се откаже лечението и консултацията, ако липсват необходимите материални условия (Кодекс, 2000), но се явяват нови етични проблеми в дейността на лекаря, които известният хирург проф. Бойко Коруков, нарича „работа между живота и смъртта“:

Липсата на съзнание, дишане и сърдечна дейност е обратимо състояние на клинична смърт и ако се вземат специализирани спешни мерки, някои пациенти имат шанс да бъдат съживени преди да изпаднат в необратимото състояние на мозъчна и биологична смърт. Времето за реакция на лекаря е до три минути, защото само за кратко мозъчните клетки могат да оцелеят без кислород, доставян чрез дишането и сърдечната дейност. След това, дори и да се възстанови сърдечната дейност, остават

трайни мозъчни увреждания или пациентът умира.

Правилно, взето в рамките на няколко секунди, е решението на лекаря да направи опит да съживи пациента чрез високо рискова манипулация за възстановяване на сърдечната дейност. При неуспех лекарят може да бъде обвинен, че не е действал професионално и е надценил способностите си, в следствие на което е настъпило увреждането или смъртта. При успех и връщане към живота най-вероятно пациентът и близките му ще го отгадат на божествена намеса. Решението, което във всички случаи гарантира оценката за професионално изпълнение, е записът в медицинската документация, че пациентът е преминал през състояние на клинична смърт и след това е умрял.

Развитието на медицинската наука и здравноосигурителните системи е на етап, при който лечението е детерминирано от медицински стандарти, административни процедури и финансови взаимоотношения, а електронното здравеопазване дава много точна информация за извършените изследвания, анализи, процедури и медикаментозна терапия на пациентите. Това, което не подлежи на стандартизиране във всички медицински специалности, е онзи отрязък от време, в който лекарят трябва да вземе решение. Става въпрос за избор между няколко правилни решения, отговарящи напълно на квалификацията и професионалните умения на лекаря.

3. Търсене на решения в нереформирана система. Контролен механизъм

Негативната обществена нагласа, формираща се преди всичко в медиумното пространство, създава погрешното впечатление, че лекарите са отговорни дори за неща, върху които нямат контрол. Едно от обвиненията към съсловието е за уве-

личните размери на обезщетенията за временна неработоспособност и на броя на освидетелстваните лица, които получават инвалидна пенсия, само защото има случаи, при които се ползва болничен вместо отпуск и се фалшифицират документи.

Действително изплатените суми за болнични и броят на дните в неработоспособност се увеличават постоянно: за първото шестмесечие на 2014 г. изплатените суми за временна неработоспособност поради общо заболяване са 167 977 032 лв., а за същия период на 2017 г. те са 238 366 510 лв. По години увеличението за първите шестмесечия е с 11,02 % /2014/2015/; с 15,48 % /2015/2016/ и с 10,68 % /2016/2017/. (<http://www.nssi.bg/aboutbg/st/statistic/155-ozm NOI>).

Съпоставка с данни на НЗОК за заплатени средства за болнична медицинска помощ (клинични пътеки, високоспециализирани медицински дейности, клинични процедури и процедури) за първите шест месеца на 2015 г. и 2016 г. показва, че срещу повечето дни болнични има заплатена реално извършена болнична дейност и нарастването на отсъствията от работа съответства на повечето предоставени здравни услуги в болници-

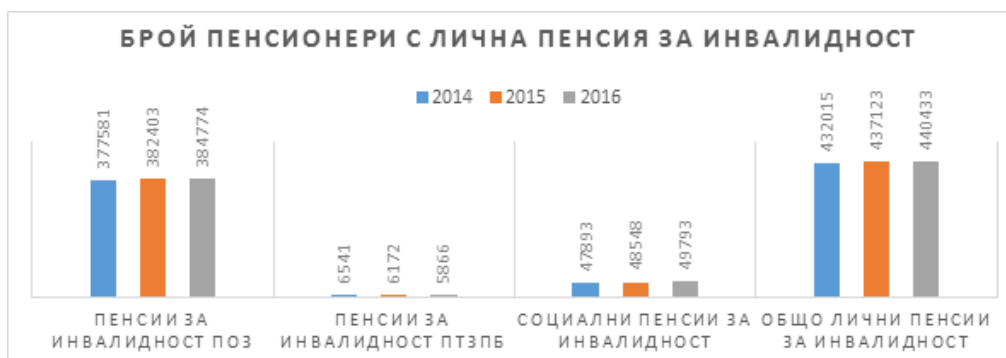
те. През първото шестмесечие на 2016 г. са изплатени 40 099 490 лв. повече в сравнение със същия период на 2015 г., т.е. 5,22 %. (<https://www.nhif.bg/page/hospitals H3OK>) Данните са съпоставими, тъй като през 2016 г. не беше подписан нов НРД и няма промяна в цените на медицинската дейност.

За постъпилите в Изпълнителната агенция „Медицински одит“ жалби и сигнали, прави впечатление, първо, сравнително малкият им брой за около един милион хоспитализации за половин година, и второ, ниският процент на жалбите и сигналите, свързани с нерегламентирани плащания и морално-етични проблеми (таблица 1). ([http://www.eama.bg/index.php/bg/deinost-na-agentziyata IA"MO](http://www.eama.bg/index.php/bg/deinost-na-agentziyata IA))

Широко обсъждани са също лицата, ползващи лична пенсия за инвалидност, и законосъобразността на издадените от лекарите решения. През последните три години броят на пенсионерите, с водеща пенсия за инвалидност, се задържа на относително еднакво равнище, затова анализът изисква да се потърсят причините, извън информационния поток за фалшивите експертни решения, издавани от лекарите от ТЕЛК/НЕЛК (фигура 1).

Таблица 1. Постъпили в Изпълнителната агенция „Медицински одит“ жалби и сигнали

Поставени проблеми в жалбите и сигналите през I-то шестмесечие	2015	2016
Общо жалби и сигнали	386	338
Неудовлетвореност от качеството на оказаната медицинска помощ	58 %	29.3 %
Нарушени права на пациентите /затруднен достъп до медицинска помощ	8 %	44.8 %
Организационни нарушения	1 %	3.7 %
Нерегламентирани плащания	8 %	5.2 %
Морално-етични проблеми	9 %	5.4 %
Други	16 %	11.6 %



Фигура 1. Динамична справка, генерирана в официалния сайт на НОИ в 10:21 на 17-10-2017.

Източник: <https://appreports.nssi.bg/elserviceStatData/>

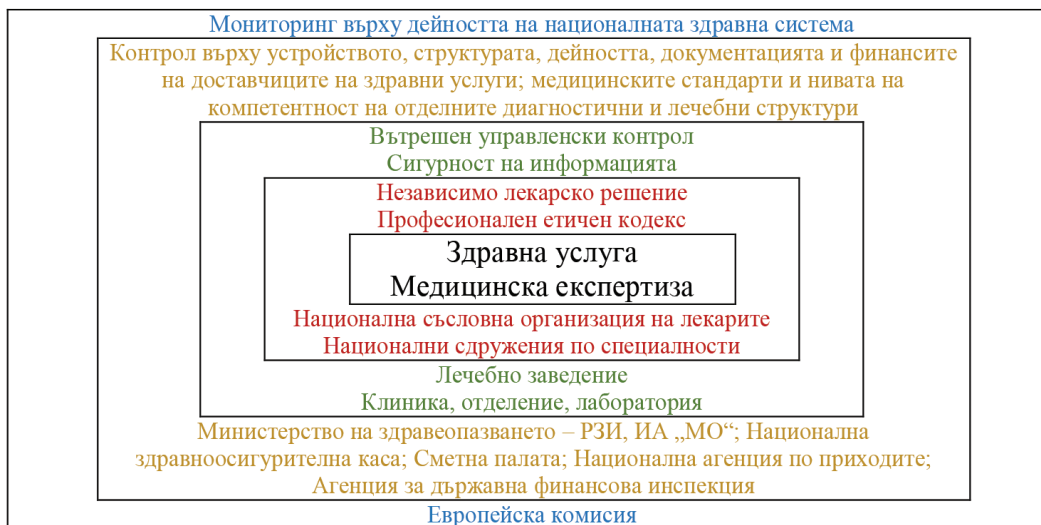
Обвиненията към лекарите, че са изгавали експертни решения за неинвалидизиращи заболявания бяха опровергани, защото действащата до 2017 г. Наредба за медицинската експертиза даваше възможност да се сумира степента на неработоспособност – Пенсия за инвалидност поради общо заболяване се отпускате и когато степента на инвалидност е под 50 на сто, при положение че лицето има и друг вид инвалидност вследствие трудова злополука и професионална болест, гражданска или военна инвалидност, но тя също е под 50 на сто. При сумиране на степента на неработоспособност лицето придобиваше право на пенсия за инвалидност за общо заболяване съобразно крайния процент, ако надвишава 50 на сто. За съжаление това опровержение не намери широко медийно отразяване, за разлика от фалшивата новина за „много фалшиви телкове“.

Заявените намерения за промени в експертизата на работоспособността и направеното в тази връзка предложение за разделяне на медицинската експертиза от експертизата на работоспособността, с орган на управление Националния осигурителен институт, препраща към минали времена и събития, когато системата на фондовите лекари е ограничила злоупотребите със средствата на фонд „Обществени осигуровки“. През 30-те години на миналия век обаче работата като държавен

служител на фонда е осигурявала по-висока материална сигурност, възможности за професионално развитие и обществен авторитет на лекарите (Д-р Г. Шаров, 1938, с. 75). За разлика от сегашните условия, при които работата в административни структури ограничава професионалното развитие и квалификацията на лекарите и ги лишава от правото им да вземат решение без външно въздействие, защото изпълнението на държавната служба предполага ограничения в интерес на институцията.

За гарантиране правата на осигурените граждани решението по-скоро трябва да се търси в посока освидетелстване в извънболничната и болничната помощ, като осигурителният институт заплаща за тази дейност на съответните лечебни заведения. Това ще даде възможност за допълнителен доход на лекарите, които разширяват своята квалификация в областта на освидетелстването и социалното законодателство.

Контролът безспорно е необходим, но механизмът трябва да се развие с правното регламентиране на самоконтрола на лекарската професия и саморегулацията на медицинската дейност, за да може професионалното поведение и действия да се оценяват и коригират вътре в съсловието, а не да стават обект на емоционално и пристрастно говорене (фигура 2).



Фигура 2. Решетка – мониторинг и контрол в здравеопазването

4. Правото на независимост и задължението за саморегулация на лекарските дейности. Изводи

Разнообразието на заболяванията и случайността при избора на лекар и лечебно заведение от страна на пациентите пораждат необходимостта от създаване на подходящи материални условия и постоянна професионална квалификация. Именно случайността е в основата на свободата лекарят да преценява конкретните нужди на пациента и да предписва лекарства или каквото и да е друго лечение, считано за подходящо съгласно съвременните медицински стандарти, поради което компетентни да оценяват качеството и да извършват контрол върху лекарските дейности имат само лекари, притежаващи същата свобода и квалификация.

Тази специфика на лекарската професия е причината в системите на здравеопазване, освен другите форми на контрол, да се регламентира самоконтролът на съсловието върху образованието, квалификацията и върху субективния елемент в дейността

на лекаря – етичното поведение, мнението за индивидуалните нужди на неговия пациент и решението за необходимото лечение. Поради нарасналите потребности, специализацията в медицината, големият брой практикуващи лекари, както и съвременната тенденция за разширяване на териториалния и времеви достъп до медицинска помощ, държавата не е в състояние да упражнява оперативен контрол върху професионалната квалификация и дейност на всеки отделен лекар и държавните правомощия се прехвърлят на независими национални съсловни организации на лекарите (корпорация/и на публичното право). Те се определят като регулаторен орган по отношение на експертните познания на лекарите по въпросите на общественото здраве и благоденствието на населението.

Саморегулацията на лекарската професия – като последица от правото на професионална автономия на лекарите, трябва да се осъществява в рамките на националната система за контрол в здравеопазването, а съсловната организация да поеме отговорността за поведението и дейността на лекарите. В противен случай постоянното

въвеждане на нови механизми и форми на контрол върху дейността на лечебните заведения и на лекарите, без да се извършва реформа, може да доведе до противоположния резултат – влошаване качеството на здравната услуга и експертиза, поради нарушено право на лекаря да лекува и да взема решения без външно въздействие.

В Декларацията от Магрид на Световната медицинска асоциация се казва, че познаването на размера на разходите е съществен елемент от саморегулацията, а лекарите са специално подготвени да оценят мерките, които се предприемат за ограничаването им. Тези мерки се отнасят до преценката на необходимите и достатъчни изследвания, манипулации и лекарства; преценката за възможностите да се избегне операцията и хоспитализацията, като пациентът получи необходимото лечение в извънболничната помощ, където разходите са значително по-малко; преценката за оптималната продължителност на болничния престой, и др. Всички тези медицински дейности могат да бъдат извършени професионално, без да се нарушават законът, медицинските стандарти и добрата медицинска практика, т.е. контролът да ги отчете като правилни, но в същото време да са за сметка на необосновано високи разходи.

При медицинската експертиза нещата стоят почти по същия начин, с тази разлика, че върху лекарското заключение влияние оказват и някои структурни проблеми – поради липсата на лечебни заведения за продължаващо лечение лекарят може да прецени, че на пациента са му необходими повече дни домашно лечение, а поради липсата на подходящи работни места за хора с увреждания на пазара на труда преценката може да бъде, че нетрудоспособността е по-висока, за да се гарантира неговото нормално съществуване.

Затова политиката за оптимизиране на разходите за здравеопазване, социал-

ни обезщетения и подпомагане трябва да бъде насочена към мотивиране на лекарите при вземане на решение чрез създаване на благоприятни условия за работа, специализация, непрекъснато обучение и подобряване на техните доходи. Оценката за ефективно-неефективно и ефикасно-неефикасно решение, от медицинска гледна точка, може да се прилага само от оправомощени структури на лекарска камара. За разлика от контрола на изпълнителната власт и финансиращите органи, при които се отчитат медицинската грешка, нанесената вреда на пациента и финансовата злоупотреба.

5. Заключение

Правният вакуум и липсата на правила за лекарска саморегулация и самоуправление осветяват само грешните лекарски решения, които публично се интерпретират в ущърб на лекарския професионализъм и авторитет. Независимо от другите форми на контрол, прилагани към всеки отделен лекар, самата лекарска професия трябва да бъде отговорна за контрола върху професионалното развитие, поведение и дейност на лекарите (Сборник, 1994, с. 42).

Създаването на професионална лекарска камара обаче изисква активността на лекарското съсловие, за да може промяната да се осъществи приоритетно в общата рамка на очакваната реформа в здравеопазването и медицинската експертиза в социалната сфера.

Преди години, когато беше повдигнат този въпрос, имаше отпор, както от самите лекари срещу евентуален „академичен“ диктат, така също и от съсловната организация срещу създаването на лекарска камара, извън структурата на лекарския съюз. След затихване на дебата Българският лекарски съюз, в рамките на правомощията си, направи съществени стъпки в посока лекарска саморегулация: създаден

е Акрегитационен съвет към БЛС със статут на висш независим орган в системата на продължаващото медицинско образование; Национални експертни специализирани лекарски бордове по специалности; правила за добра медицинска практика по отделните специалности, усъвършенства се регистъра на практикуващите лекари. Следващата стъпка е законодателна инициатива за институционализирането на лекарска камара, с произтичащите от това правомощия на съсловната организация.

Цитирани източници:

Закон за здравето, обн., ДВ, бр. 70 от 10.08.2004 г.; в сила от 01.01.2005 г., последно изм., бр. 103 от 27.12.2016 г.

(Zakon za zdraveto, obn., DV, br. 70 ot 10.08.2004 g.; v sila ot 01.01.2005 g., posledno izm., br. 103 ot 27.12.2016 g.)

Закон за признаване на професионални квалификации, обн., ДВ, бр. 13 от 08.02.2008 г., в сила от 08.02.2008 г., последно изм., бр. 59 от 29.07.2016 г., в сила от 01.08.2016 г.

(Zakon za priznavane na profesionalni kvalifikatsii, obn., DV, br. 13 ot 08.02.2008 g., v sila ot 08.02.2008 g., posledno izm., br. 59 ot 29.07.2016 g., v sila ot 01.08.2016 g.)

Закон за съсловните организации на лекарите и на лекарите по дентална медицина (Загл. изм. – ДВ, бр. 76 от 2005 г., в сила от 01.01.2007 г.), обн., ДВ, бр. 83 от 21.07.1998 г., последно изм., бр. 39 от 20.05.2011 г.

(Zakon za saslovnite organizatsii na lekarite i na lekarite po dentalna meditsina (Zagl. izm. – DV, br. 76 ot 2005 g., v sila ot 01.01.2007 g.), obn., DV, br. 83 ot 21.07.1998 g., posledno izm., br. 39 ot 20.05.2011 g.)

Кодекс за професионална етика на лекарите в България (Загл. изм. – ДВ, бр. 85 от 2013 г.), обн., ДВ, бр. 79 от 29.09.2000 г.; изм. и доп., бр. 85 от 28.09.2013 г.; чл. 12, предл. 2.

(Kodeks za profesionalna etika na lekarite v Bulgaria (Zagl. izm. – DV, br. 85 ot 2013 g.), obn., DV, br. 79 ot 29.09.2000 g.; izm. i dop., br. 85 ot 28.09.2013 g.; chl. 12, predl. 2)

Лук, Е., 1928. Лекарят и неговото призвание. София, Печатница „Художник“, с. 40.

(Lik, E. 1928. Lekaryat i negovoto prizvanie. Sofia, Pechatnitsa „Hudozhnik“, s. 40)

Наредба № 1 от 22.01.2015 г. за придобиване на специалност в системата на здравеопазването, обн., ДВ, бр. 7 от 27.01.2015 г.; изм. и доп., бр. 83 от 27.10.2015 г.; последно доп., бр. 88 от 08.11.2016 г.

(Naredba № 1 ot 22.01.2015 g. za pridobivane na spetsialnost v sistemata na zdraveopazvaneto, obn., DV, br. 7 ot 27.01.2015 g.; izm. i dop., br. 83 ot 27.10.2015 g.; posledno dop., br. 88 ot 08.11.2016 g.)

Наредба № 49 от 18.10.2010 г. за основните изисквания, на които трябва да отговарят устройството, дейността и вътрешният ред на лечебните заведения за болнична помощ и домовете за медико-социални грижи, обн., ДВ, бр. 83 от 22.10.2010 г., последно изм., бр. 103 от 27.12.2016 г.

(Naredba № 49 ot 18.10.2010 g. za osnovnite iziskvania, na koito tryabva da otgovaryat ustroystvoto, deynostta i vatreshniyat red na lechebnite zavedeniya za bolnichna pomoshit i domovete za mediko-sotsialni grizhi, obn., DV, br. 83 ot 22.10.2010 g., posledno izm., br. 103 ot 27.12.2016 g.)

Наредба за медицинската експертиза, приета с ПМС № 120 от 23.06.2017 г., обн., ДВ, бр. 51 от 27.06.2017 г., в сила от 27.06.2017 г.

(Naredba za meditsinskata ekspertiza, prieta s PMS № 120 ot 23.06.2017 g., obn., DV, br. 51 ot 27.06.2017 g., v sila ot 27.06.2017 g.)

<https://appreports.nssi.bg/elserviceStatData/>
Динамична справка, генерирана в официалния сайт на НОИ в 10:21 на 17-10-2017.

Икономически теории

([https://appreports.nssi.bg/elserviceStatData/Dinamichna spravka, generirana v ofitsialniya sayt na NOI v 10:21 na 17-10-2017](https://appreports.nssi.bg/elserviceStatData/Dinamichna_spravka_generirana_v_ofitsialniya_sayt_na_NOI_v_10:21_na_17-10-2017))

<https://www.nhif.bg/page/hospitals> НЗОК. Информация за ЛЗ за БМП. Последно влизане на: 19-10-2017.

(<https://www.nhif.bg/page/hospitals> НЗОК. Informatsiya za LZ za BMP. Posledno vlizane na: 19-10-2017)

[http://www.nssi.bg/aboutbg/st/statistic/155-ozm NOI](http://www.nssi.bg/aboutbg/st/statistic/155-ozm_NOI). Статистика и анализи. Последно влизане на: 19-10-2017.

([http://www.nssi.bg/aboutbg/st/statistic/155-ozm NOI](http://www.nssi.bg/aboutbg/st/statistic/155-ozm_NOI). Statistika i analizi. Posledno vlizane na: 19-10-2017)

[http://www.eama.bg/index.php/bg/deinost-na-agentziyata IA „МО“](http://www.eama.bg/index.php/bg/deinost-na-agentziyata_IA_„MO“). Дейност на агенцията. Последно влизане на: 19-10-2017.

([http://www.eama.bg/index.php/bg/deinost-na-agentziyata IA „МО“](http://www.eama.bg/index.php/bg/deinost-na-agentziyata_IA_„MO“). Deynost na agentsiyata. Posledno vlizane na: 19-10-2017)

<http://medicalnews.bg/blog/2017/06/01/> Интервю. Акад. проф. г-р Иван Миланов, гмн: Правилното лечение на множествената склероза изисква редовно проследяване на всеки индивидуален пациент.

(<http://medicalnews.bg/blog/2017/06/01/> Intervyu. Akad. prof. d-r Ivan Milanov, dmn:

Социалното и здравното осигуряване

Pravilното lechenie na mnozhestvenata skleroza iziskva redovno prosledyavane na vsei individualen patsient)

Пентълтън, Т. Шофиълд, П. Тейт, П. Хевъллок, 1998. Медицинският преглед – как да го изучаваме и преподаваме. София, Фондация „Невронауки и поведение“, с. 24.

(Pentaltan, T. Shofiyld, P. Teyt, P. Hevalok. 1998. Meditsinskiyat pregled – kak da go izuchavame i prepodavame, Sofia, Fondatsia „Nevronauki i povedenie“, s. 24)

Сборник, 1994. Лекарят, пациентът, обществото. Правата на човека и професионалната отговорност на лекаря в инструменти на международни организации, София, Фондация „Невронауки и поведение“, с. 41-44.

(Sbornik, 1994. Lekaryat, patsientat, obshtestvoto. Pravata na choveka i profesionalnata otgovornost na lekarya v instrumenti na mezhdunarodni organizatsii, Sofia, Fondatsia „Nevronauki i povedenie“, s. 41-44)

Шаров, Д-р Г., 1938. Лекарят в закрилата на труда и общественото осигуряване. София, Печатница „Гладстон“, с. 75.

(Sharov, D-r G., 1938. Lekaryat v zakrilata na truda i obshtestvenoto osiguryavane. Sofia, Pechatnitsa „Gladston“, s. 75)