

**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ**  
**ФАКУЛТЕТ „ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ”**  
Катедра „Здравна политика и мениджмънт”

Д-р Георги Николов Александров

**ПРОБЛЕМИ В МЕНИДЖМЪНТА НА ЕДНОДНЕВНАТА**  
**ХИРУРГИЯ**

**АВТОРЕФЕРАТ**

на дисертационен труд

За присъждане на образователна и научна степен „Доктор”

Област на висше образование: 7. Здравеопазване и спорт;

Професионално направление: 7.4. Обществено здраве;

Научна специалност: Социална медицина и организация на здравеопазването  
и фармацията

**Научни ръководители:**

Проф. д-р Златица Георгиева Петрова, дм

Доц. д-р Стайко Иванов Спиридонов, дм

**Рецензенти:**

Проф. д-р Златица Георгиева Петрова, дм

Доц. д-р Недялка Илиева Кръстева, дм

София, 2018

Дисертационният труд съдържа 186 страници и текстът е онагледен с 38 фигури и 30 таблици. Включено е 1 приложение.

Библиографският списък съдържа 185 източника, от които 92 на кирилица и 84 на латиница и 9 позовавания на интернет сайтове.

Дисертационният труд е одобрен и насочен за защита от разширен катедрен съвет на Катедра „Здравна политика и мениджмънт” на Факултет по Обществено здраве при Медицински Университет – София.

**Научно жури:**

Проф. д-р Златица Георгиева Петрова, дм.

Доц. д-р Стайко Иванов Спиридонов, дм.

Проф. д-р Веселин Борисов Василев, дмн

Доц. д-р Недялка Илиева Кръстева, дм

Доц. д-р Катя Петрова Попова-Юрукова, дм

**Резервни членове:**

Проф. д-р Ралица Златанова Златанова-Великова, дм

Проф. Мими Георгиева Стойчева, дм

Публичната защита ще се състои на 09.02.2018 г. във Факултет по Обществено Здраве, ул. Бяло море 8, гр. София

Материалите по защитата са публикувани на интернет страницата на Медицински Университет – София.

Номерата на таблиците и фигурите не съответстват на номерата в Дисертационния труд.

## С ъ д ъ р ж а н и е

<b>1. Списък с използваните абривиатури</b> .....	стр. 4
<b>2. Въведение</b> .....	стр. 5
<b>3. Обобщение на литературния обзор</b> .....	стр. 6
<b>4. Цел и задачи. Материали и методи на изследванията</b> .....	стр. 7
<b>5. Клиничен статус на лекуваните пациенти по клинични пътеки 179, 181, 182, 183, 184 и 185</b> .....	стр. 10
5.1. Клиничен статус на лекуваните пациенти по клинична пътека 181 „Хирургични интервенции на анус и периаанално пространство“ .....	стр. 10
5.2. Клиничен статус на лекуваните пациенти по клинични пътеки 182 „Оперативни процедури при хернии“ и 183 „Оперативни процедури при хернии с инкарцерация“ .....	стр. 14
5.3. Клиничен статус на лекуваните пациенти по клинични пътеки 184 “Конвенционална холецистектомия” и 185 “Лапароскопска холецистектомия” .....	стр. 19
5.4. Клиничен статус на лекуваните пациенти по клинична пътека 179 “Оперативни процедури върху апендикс” .....	стр. 25
5.5. Показания и противопоказания за коремна едnodневна хирургия..	стр. 28
<b>6. Ползи от въвеждане на ЕХ. Предпоставки и концепция за разгръщане на ЕХ в България.</b> .....	стр. 31
6.1. Ползи от въвеждане на ЕХ .....	стр. 31
6.2. Предпоставки и концепция за разгръщане на ЕХ в България .....	стр. 33
<b>7. Проблеми в мениджмънта на ЕХ в България и SWOT-анализ</b> .....	стр. 44
7.1. Проблеми в мениджмънта на ЕХ в България .....	стр. 44
7.2. SWOT-анализ .....	стр. 45
<b>8. Изводи</b> .....	стр. 48
<b>9. Приноси</b> .....	стр. 49
<b>10. Списък на научните публикации във връзка с дисертацията</b> .....	стр. 51
<b>11. SUMMARY</b> .....	стр. 52

## **1. Списък с използваните абривиатури**

АПр – Амбулаторна процедура

БЛС – Български лекарски съюз

ВБИ – Вътреболнична инфекция

ВМА – Военномедицинска академия

ГПСМП – Групова практика за специализирана медицинска помощ

ЕХ – Еднодневна хирургия

ИПСМП – Индивидуална практика за специализирана медицинска помощ

КП – Клинична пътека

КПр – Клинична процедура

ЛЗ – Лечебно заведение

МБАЛ – Многопрофилна болница за активно лечение

МЗ – Министерство на здравеопазването

НЗОК – Национална здравноосигурителна каса

НРД – Национален рамков договор

ОПЛ – Общопрактикуващи лекари

РЗОК – Районна здравноосигурителна каса

СЗО – Световна здравна организация

СПО – Спешно приемно отделение

УМБАЛ – Университетска многопрофилна болница за активно лечение

SWOT-анализ – Анализ на силните и слаби страни, благоприятните възможности и заплахите (Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats analysis)

## **2. Въведение**

### **Съвременната хирургия е мениджмънт на оперативните умения на хирурга, модерната техника и икономическата целесъобразност в името на пациента**

Съвременното показва, че хирургичното лечение трябва да бъде кратко и ефективно, резултатно и сигурно и на приемлива цена. Уроците от миналото оформят правопрпорционалната зависимост – продължителната хоспитализация е равна на многобройни усложнения. Бързото развитие на едnodневната хирургия в края на ХХ-ти и ХХI-ви век отговаря на изискванията на обществото, а това развитие е немислимо без големия напредък на медицинската наука и информационните технологии.

Едnodневната хирургия е наречена по различен начин в множество части на света – дневна хирургия, амбулаторна хирургия, едnodневна хирургия, но обхватът на дейността се припокрива. Определението на Световната здравна организация за едnodневна хирургия се отнася до практиката за приемане в болница в деня на операцията внимателно подбрани и подготвени пациенти за планирани хирургични процедури и тяхното изписване часове след въпросната операция.

Разбирането на обхватността на едnodневната хирургия от здравните мениджъри е от огромна важност за съставяне и провеждане на здравни политики в тази сфера. Разцветът на едnodневната хирургия в развитите страни показва, че днес е постигнат консенсус между здравните, икономическите и социалните ползи от нея и е налице обществена потребност и у нас от разгръщането на такъв вид хирургическа дейност.

### **3. Обобщение на литературния обзор**

Еднодневната хирургия се заражда в дълбока древност. Преди няколко хиляди години всички хирургични дейности са извършвани като еднодневна хирургия. За родоначалник на съвременната ЕХ се счита шотландският лекар Джеймс Никол (1864 – 1921). Новият ренесанс на тези хирургични процедури започва в САЩ и Великобритания след Втората световна война. За няколко десетилетия еднодневната хирургия се разпространява и в други развити държави.

Практикуването на еднодневна хирургия налага промени в здравното и осигурителното законодателство и разработването и приемането на медицински стандарти. В различните държави нормативните актове са съобразени със съществуващата здравна система. Масовото прилагане на еднодневна хирургия води и до създаване на браншови организации и акредитационни органи за контрол на този вид дейност.

Структурите за еднодневна хирургия най-често се изграждат като интегрирани към болници и клиники или самостоятелни центрове в близост до големи болници.

Основните причини за приложение на този вид хирургична дейност са предоставяне на висококачествена хирургична процедура без дълъг болничен престой на пациента и възможност той да се възстановява в семейна среда.

Една от основните пречки в мениджмънта на еднодневната хирургия в световен мащаб е липсата на нормативна уредба, регламентираща този вид хирургична дейност. Този вид дейност често не се изучава в университетите.

Широкото приложение на еднодневната хирургия в развитите страни безспорно доказва необходимостта от развитие на такъв вид хирургична дейност, нейната ефективност и значение за медицината и обществото.

#### **4. Цел и задачи. Материали и методи на изследванията**

**Цел** на настоящият дисертационен труд е да се обоснове необходимостта от широкодостъпна едnodневна хирургия и да се установят проблемите в мениджмънта на този вид хирургична дейност в България.

**Задачи, свързани с изпълнението на така поставената цел са:**

##### **Задача 1**

Да се проучи клиничния статус на оперативно лекувани пациенти в областта на коремната хирургия по клинични пътеки, които могат да бъдат изпълнени като едnodневна хирургия.

##### **Задача 2**

Да се представят и систематизират ползите и предпоставките от разгръщане на едnodневната хирургия в България.

##### **Задача 3**

Да се предложи концепция за широко прилагане на едnodневната хирургия.

##### **Задача 4**

Да се разработи SWOT-анализ и да се анализират проблемите в мениджмънта на едnodневната хирургия в България.

**Обект на проучването са:**

- Клинично проучване проведено във ВМА-София при 3941 пациенти с операции в областта на коремната хирургия.
- Нормативна уредба, засягаща разгръщането на едnodневната хирургия в България.

### **Предмет на проучването:**

- Медицинска документация на 3941 пациенти с операции в областта на коремната хирургия, от които 685 дисертантът е оперирал лично.
- Законодателни и нормативни актове за прилагане на хирургични процедури, официални източници на публикувани нормативни документи (печатни и електронни правни издания), Национален рамков договор, закони и подзаконови нормативни актове (наредби), актове и официално публикувани документи на държавни институции, имащи отношение към хирургията.

### **Място, време и обхват на проучването:**

- Клиничното проучване е проведено във ВМА - София за периода 2005 – 2012 г. при 3941 пациенти, български или чужди граждани, на възраст от 15 до 92 години, от които 2139 са мъже и 1802 са жени. Разпределението на пациентите по клинични пътеки е както следва: по КП № 179 „Оперативни процедури върху апендикс” – 1099 пациента; по КП № 181 „Хирургични интервенции на ануса и перианалното пространство” – 448 пациента; по КП № 182 „Оперативни процедури при хернии” и КП № 183 „Оперативни процедури при хернии с инкарцерация” – 889 пациента; по КП № 184 „Конвенционална холецистектомия” и КП № 185 „Лапароскопска холецистектомия” – 1505 пациента. От всички 3941 пациенти, 1695 са планово приети и 2286 са приети по спешност. Всички пациенти имат ИЗ и/или медицинска документация.
- Закони и подзаконови нормативни актове издадени от Български законодателни органи и държавни институции за периода до 2017 г.

### **Методи на проучването:**

- Клинико-диагностични методи – насочена медицинска анамнеза, обективно изследване, инструментални изследвания, лабораторни изследвания, оперативни методи.
- Методи на историческия анализ, позволяващи обобщения, които са допустими на основата на факти от миналото.
- Методи на правния анализ за оценка на различни компоненти на нормативната уредба по отношение на хирургията.
- Методи на системния анализ - общ подход, концепция за решаване на проблемите, метод, включващ конкретни действия за решаване на група от проблеми.
- Методи на графичния анализ за визуализация на получените резултати.

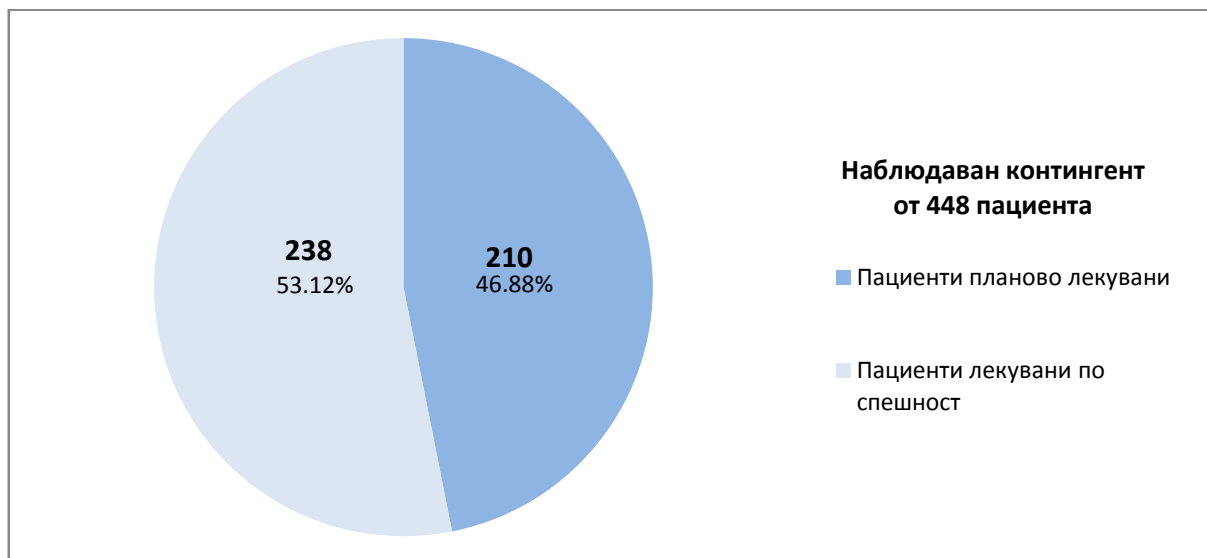
## **5. Клиничен статус на лекуваните пациенти по клинични пътеки 179, 181, 182, 183, 184 и 185**

### **5.1. Клиничен статус на лекуваните пациенти по клинична пътека 181 „Хирургични интервенции на анус и периаанално пространство“**

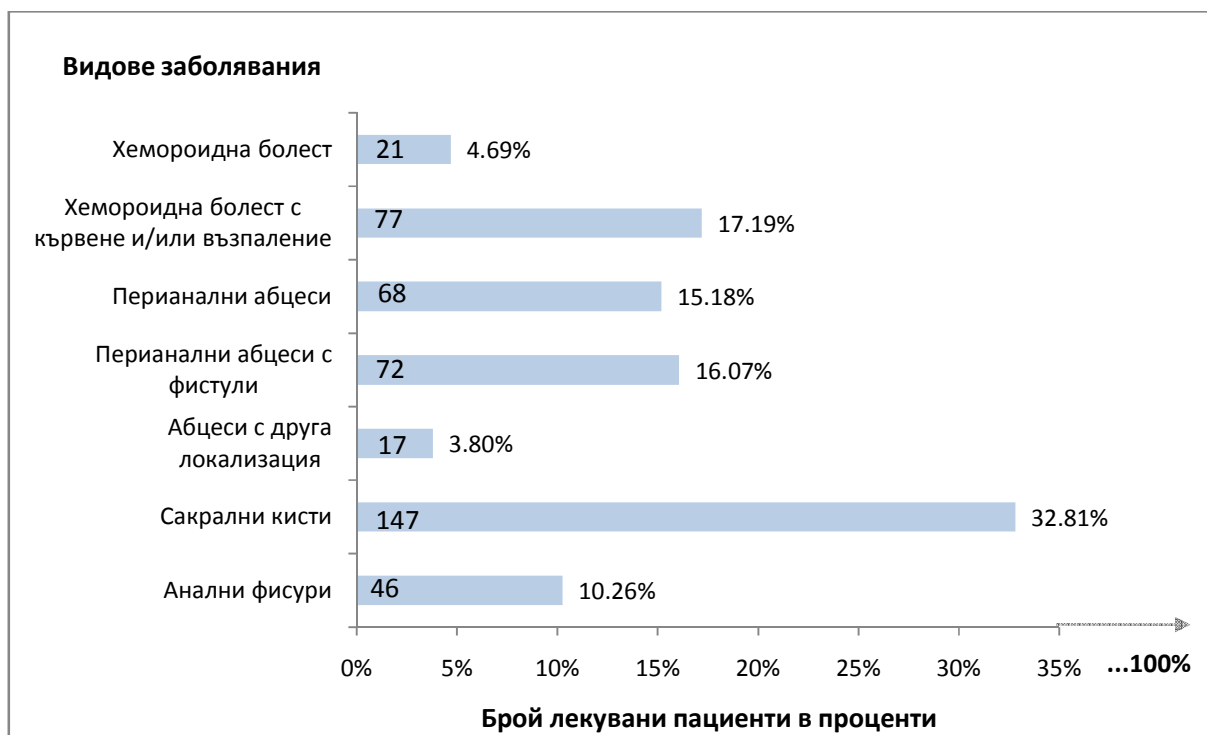
Обект на клиничното наблюдение са 448 пациенти за периода от 2005 до 2012 г. От тях 385 (85,93%) са мъже и 63 (14,07%) са жени. Разпределението им по възрастови групи е следното: под 20 години са лекувани 35 (7,81%) пациенти; от 20 до 30 години – 63 (14,06%) пациенти; от 30 до 40 години – 98 (21,88%) пациенти; от 40 до 50 години – 64 (14,29%) пациенти; от 50 до 60 години – 86 (19,20%) пациенти; от 60 до 70 години – 41 (9,15%) пациенти; от 70 до 80 години – 38 (8,48%) пациенти; над 80 години – 23 (5,13%) пациенти.

В зависимост от мястото на провеждане на основното лечение (операция) – амбулаторно или стационарно, основният брой пациенти 361 (80,58%) са лекувани при стационарни условия. При останалите 87 (19,42%) пациенти оперативната интервенция е проведена в амбулаторни условия. При 210 (46,88%) пациенти лечението е проведено в планов порядък. При останалите 238 (53,12%) се е наложило лечението (амбулаторно или стационарно) да се извърши в спешен порядък. Резултатите в зависимост от разпределението на пациентите по срока на приемане за лечение са показани на Фигура 1.

На Фигура 2 е визуализирано разпределението на лекуваните пациенти по видове заболявания, като най-често срещани са сакрални кисти, хемороидна болест с кървене или възпаление и периаанални абсцеси с фистули.



Фиг. 1 Разпределение по срок на приемане на лекуваните по клинична пътека 181 пациенти



Фиг. 2 Разпределение на лекуваните пациенти по клинична пътека 181 по видове заболявания и клинична картина

От общо 448 пациенти, лекувани по КП 181, при 47 (10,49%) са се развили различни усложнения. Диференцирано в зависимост от срока на приемане се установява, че от лекуваните 210 планово приети пациенти, 23 (10,95%) от тях са с усложнения. От приетите по спешност 238 пациенти, при 24 (10,08%) са се развили усложнения. Резултатите са показани на Таблица 1.

Табл. 1 Наблюдавани усложнения при лекуваните пациенти по клинична пътека 181

<b>Наблюдаван контингент, брой пациенти с усложнения</b> <b>Клинична пътека и срочност на приемане</b>	<b>Наблюдаван контингент</b>	<b>Брой пациенти с усложнения</b>
Клинична пътека 181	448 (100%)	47 (10.49%)
Клинична пътека 181 (планово приети)	210 (100%)	23 (10.95%)
Клинична пътека 181 (спешно приети)	238 (100%)	24 (10.08%)

Най-често наблюдаваните усложнения са инфекциозно-възпалителни промени, установени при 35 пациента и кървене при 9 пациента.

От общо 448 пациенти, рехоспитализация се е наложила при 12 от тях, представляващи 2,68% и реоперации – при 9 (2,01%) пациенти. Диференцирано в зависимост от срока на приемане се установяват следните данни: от приетите в планов порядък 210 пациенти при 7 (2,33%) се е наложила рехоспитализация и при 2 (0,95%) е направена повторна оперативна намеса; от приетите по спешност 238 пациенти при 5 (2,10%) се е наложила рехоспитализация и при 7 (2,94%) - реоперация. Несъвпаденията между броя на рехоспитализираните и реоперираните се определя от характера на патологията при този контингент пациенти, позволяваща

амбулаторна оперативна намеса. Починали пациенти няма. Резултатите са показани на Таблица 2.

Табл. 2 Наблюдаваните рехоспитализации и реоперации при лекуваните пациенти по клинична пътека 181

<b>Наблюдаван контингент, рехоспитализирани и реоперирани</b> <b>Клинична пътека и срочност на лечение</b>	<b>Наблюдаван контингент</b>	<b>Брой рехоспитализирани пациенти</b>	<b>Брой реоперирани пациенти</b>
Клинична пътека 181	448 (100%)	12 (2.68%)	9 (2.01%)
Клинична пътека 181 (планово оперирани)	210 (100%)	7 (2.33%)	2 (0.95%)
Клинична пътека 181 (спешно оперирани)	238 (100%)	5 (2.10%)	7 (2.94%)

При стационарно лекуваните 361 пациенти, средно пролежаните леглодни на един пациент са 1,75. Диференцирано в зависимост от срока на приемане се установяват следните данни: при приетите в планов порядък 123 пациенти, средно пролежаните леглодни на един пациент са 1,6; при приетите по спешност 238 пациенти, средно пролежаните леглодни на един пациент са 1,9.

От лекуваните 448 пациенти по тази КП, дисертантът е оперирал 112 (25%). Диференцирано в зависимост от срока на операцията се вижда, че от 210 планово оперирани пациенти, дисертантът е оперирал 44 (20,95%) и от приетите по спешност 238 пациенти, дисертантът е оперирал 68 (28,57%). Резултатите са показани на Таблица 3.

Табл. 3 Оперирани пациенти от дисертанта по клинична пътека 181

<b>Клинична пътека и срок на операция</b>	<b>Наблюдаван контингент оперирани от дисертанта</b>	<b>Наблюдаван контингент</b>	<b>Брой пациенти, оперирани от дисертанта</b>
Клинична пътека 181		448 (100%)	112 (25%)
Клинична пътека 181 (планово оперирани)		210 (100%)	44 (20.95%)
Клинична пътека 181 (спешно оперирани)		238 (100%)	68 (28.57%)

*Операциите на ануса, перинеума и сакрума са ефективни и сигурни и са свързани с нисък процент на усложнения, рехоспитализации и реоперации. Повечето от следоперативните усложнения могат да се лекуват амбулаторно. Хирургичните процедури по КП 181 са подходящи за ЕХ.*

## **5.2. Клиничен статус на лекуваните пациенти по клинични пътеки 182 „Оперативни процедури при хернии“ и 183 „Оперативни процедури при хернии с инкарцерация“**

Обект на изследването са 595 пациенти, лекувани по клинична пътека 182 и 294 пациенти, лекувани по клинична пътека 183, обединени поради близък клиничен статус за целите на проучването в обща целева група от 889 пациенти за периода от 2005 г. до 2012 г. От тях 746 (83,92%) са мъже и 143 (16,08%) са жени. Пациентите са на възраст от 15 до 92 г. Основното натрупване на пациенти е сред мъжете и във възрастовата група от 50 до 60 години – 189, представляващи 21,26%. Най-малко е натрупването във възрастовата група под 20 години – 21 пациенти, представляващи 2,36% от наблюдавания контингент.

На Фигура 3 е показано разпределението на лекуваните по клинични пътеки 182 и 183 в зависимост от срока на приемане. От изнесените данни се вижда, че 595 (66,93%) пациенти са приети планоно и 294 (33,07%) са приети по спешност.



Фиг. 3 Разпределение на лекуваните пациенти по клинични пътеки 182 и 183 по срок на приемане

Най-чести са хернии на ингвиналния канал, диагностицирани при 746 (83,92%) пациента и хернии на предната коремна стена, установени при 143 (16,08%) пациента. Най-често използваните оперативни техники при КП 182 са херниопластики с и без протеза и херниотомия. Според вида на херниопластиката, при 595 пациента по КП 182 най-честа е ингвиналната херниопластика, направена при 467 (78,48%) от пациентите, като при 51 пациента е с протеза.

При КП 183 „Оперативни процедури при хернии с инкарцерация“ се налагат различни по обем и сложност хирургични процедури като частична

резекция на голям оментум, резекция на кух коремен орган, пластика с и без протеза и др. От херниотомииите при 294 пациента по КП 183, най-честа е ингвиналната херниотомия, направена при 231 (78,57%) от пациентите.

На Таблица 4 е показано разпределението на лекуваните по клинични пътеки 182 и 183 пациенти с и без усложнения в хода на лечебния процес. От изнесените данни се установява, че при 817 (91,99%) пациенти лечебният процес е протекъл нормално, а при останалите 72 (8,01%) от наблюдавания контингент са се развили различни усложнения. Диференцирано се установява, че при лекуваните по клинична пътека 182 пациенти, приети и оперирани в планов порядък, усложнения се наблюдават при 34 (5,71%) от тях, като при останалите 561 (94,29%) лечебният процес е протекъл нормално и усложнения не са наблюдавани. При пациентите, лекувани по клинична пътека 183, приети и оперирани по спешност, броят на пациентите с усложнения е 38 (12,92%). При останалите 256 (87,08%) лечебният процес е протекъл нормално, без усложнения.

Табл. 4 Разпределение на лекуваните пациенти по КП 182 и 183 с и без усложнения

<b>Код на клинична пътека</b>	<b>Брой пациенти с и без усложнения</b>	<b>Наблюдаван контингент</b>	<b>Брой пациенти без усложнения</b>	<b>Брой пациенти с усложнения</b>
Клинични пътеки 182 и 183		889 (100%)	817 (91.9%)	72 (8.01%)
Клинична пътека 182 (планово приети)		595 (100%)	561 (94.29%)	34 (5.71%)
Клинична пътека 183 (спешно приети)		294 (100%)	256 (87.08%)	38 (12.92%)

Най-често наблюдаваните усложнения при лекуваните по клинични пътеки 182 и 183 пациенти са скротален хематом, сероми и супуроми, орхит и орхиепидемит, хеморагия на оперативната рана. Други усложнения, непряко свързани с оперативната намеса, са сърдечен арест, инсулт, белодробна тромбоемболия.

На Таблица 5 е посочено разпределение на рехоспитализирани, реоперирани и консервативно лекувани пациенти с усложнения, приети за лечение по клинични пътеки 182 и 183. От изнесените данни се установява, че от общо 889 пациенти, лекувани по посочените клинични пътеки, 21 (2,36%) са рехоспитализирани. Реоперация е извършена при 13 (1,46%) пациенти и при 8 (0,9 %) лечението е било консервативно. Диференцирането на посочените резултати по отделни клинични пътеки е както следва: при планово приетите пациенти (клинична пътека 182) от 595 пациенти, при 10 (1,68%) се е наложила рехоспитализация, при 6 (1,01%) пациенти е направена реоперация и 4 (0,67%) пациенти са лекувани повторно консервативно. При приетите по спешност пациенти (клинична пътека 183) от 294 пациенти, при 11 (3,74%) се е наложила рехоспитализация, при 7 (2,38%) пациенти е направена реоперация и при 4 (1,36%) пациенти лечението е консервативно.

Табл. 5 Разпределение на вид лечение на пациенти с усложнения, приети по КП 182 и 183

<b>Наблюдаван контингент по вид лечение</b> <b>Код на КП</b>	<b>Наблюдаван контингент</b>	<b>Рехоспитализирани</b>	<b>Реоперирани</b>	<b>Консервативно лечение</b>
Клинични пътеки 182 и 183	889 (100%)	21 (2.36%)	13 (1.46%)	8 (0.90%)
Клинична пътека 182 (планово приети)	595 (100%)	10 (1.68%)	6 (1.01%)	4 (0.67%)
Клинична пътека 183 (спешно приети)	294 (100%)	11 (3.74%)	7 (2.38%)	4 (1.36%)

При наблюдавания контингент от 889 пациенти се наблюдават средно по 3 пролежани леглодни. Диференцирано по отделните КП се установява, че при планово приетите пациенти (клинична пътека 182) средният брой на един пациент е 2,4 леглодни, в които влизат 24 часа предоперативен престой и 1,4 леглодни следоперативно. При приетите по спешност пациенти (клинична пътека 183) престоят е средно 3,4 леглодни на пациент.

На Таблица 6 е посочено разпределение на лекуваните по клинични пътеки 182 и 183 пациенти по изход от лечението. От изнесените данни се установява, че от 889 лекувани пациенти, при 880 (98,99%) лечението е завършило с оздравяване. Починали са 9 (1,01%) пациенти. Диференцирано по отделни клинични пътеки е както следва: от 595 пациенти, лекувани по клинична пътека 182, при 591 (99,33%) лечението е завършило с оздравяване, починали са 4 (0,67%). От приетите по спешност 294 пациенти, при 289 (98,30%) лечението е завършило с оздравяване, починали са 5 (1,70%) пациенти.

Табл. 6 Разпределение на лекуваните пациенти по клинични пътеки 182 и 183 по изход от лечението

<b>Наблюдаван контингент изход от лечението Клинична пътека</b>	<b>Наблюдаван контингент</b>	<b>Брой оздравели пациенти</b>	<b>Брой починали пациенти</b>
Клинични пътеки 182 и 183	889 (100%)	880 (98.99%)	9 (1.01%)
Клинична пътека 182 планови	595 (66.93%)	591 (99.33 %)	4 (0.67%)
Клинична пътека 183 спешни	294 (33.07%)	289 (98.30%)	5 (1.70%)

Най-честите причини за летален изход са белодробна тромбоемболия, перитонит с многоорганна недостатъчност, стволков инсулт и сърдечен арест.

От лекуваните 889 пациенти по КП 182 и 183 дисертантът е оперирал 147 (16,54%) от тях. Диференцирано по отделните КП, от планово приетите 595 пациенти, дисертантът е оперирал 67 (11,26%), от приетите по спешност 294 пациенти, дисертантът е оперирал 80 (27,21%). Резултатите са показани на Таблица 7.

Табл. 7 Оперирани пациенти от дисертанта по клинични пътеки 182 и 183

<b>Наблюдаван контингент и оперирани от дисертанта</b>	<b>Наблюдаван контингент</b>	<b>Оперирани от дисертанта пациенти</b>
<b>Клинична пътека</b>		
Клинични пътеки 182 и 183	889 (100%)	147 (16.54%)
Клинична пътека 182	595 (100%)	67 (11.26%)
Клинична пътека 183	294 (100%)	80 (27.21%)

*Херниопластиките са ефективни хирургични операции и протичат с нисък рейд на усложнения. Следоперативните усложнения при спешни и при планови пациенти с херниопластика в повечето случаи са леки и се лекуват успешно в амбулаторни условия. Хирургичните процедури по КП 182 и 183 са подходящи за ЕХ.*

### **5.3. Клиничен статус на лекуваните пациенти по клинични пътеки 184 “Конвенционална холецистектомия” и 185 “Лапароскопска холецистектомия”**

Обект на изследването са 126 пациенти, лекувани по клинична пътека 184 и 1379 пациенти, лекувани по клинична пътека 185, обединени поради близък клиничен статус за целите на проучването в обща целева група от 1505 пациенти за периода от 2005 г. до 2012 г. Мъжете, оперирани за

жлъчно-каменна болест са 518 (34,42%), а жените са 987 (65,58%). Пациентите са на възраст от 18 до 89 г.

На Таблица 8 е показано разпределението на лекуваните пациенти по клинични пътеки 184 и 185 в зависимост от срока на приемане и вид на използвана оперативна техника. От изнесените данни се установява, че от общо 1505 лекувани пациенти с жлъчнокаменна болест, 808 (53,68%) са планово приети и 697 (46,32%) са приети по спешност. В зависимост от вида на прилаганата оперативна техника, 126 пациенти са оперирани чрез конвенционални методи и 1379 чрез лапароскопска техника.

Табл. 8 Разпределение на лекуваните пациенти по клинични пътеки 184 и 185 в зависимост от срока на приемане и вид оперативна техника

<b>Наблюдаван контингент и срок на приемане</b> <b>Клинична пътека</b>	<b>Наблюдаван контингент</b>	<b>Брой планово приети пациенти</b>	<b>Брой спешно приети пациенти</b>
Клинична пътека 184 и 185	1505 (100%)	808 (53.68%)	697 (46.32%)
Клинична пътека 184 (конвенционална холецистектомия)	126 (100%)	21 (16.67%)	105 (83.33%)
Клинична пътека 185 (лапароскопска холецистектомия)	1379 (100%)	787 (57.07%)	592 (42.93%)

На Таблица 9 е посочено разпределението на лекуваните по клинична пътека 185 “Лапароскопска холецистектомия” в зависимост от използваната оперативна техника. От изнесените данни се установява, че от 1379 оперирани пациенти, при 1342 (97,32%) лапароскопската операция е протекла изцяло като такава, като при останалите 37 (2,68%) пациенти са се получили усложнения, налагащи преминаване към конвенционална

холецистектомия (операция чрез конверсия). Съпоставяне на тези резултати в зависимост от срока на приемане, показва, че от приетите планово 787 пациенти, само при 21 (2,67%) се е наложило преминаване към конверсия, като при останалите 766 (97,33%) операцията е изцяло лапароскопска. При спешно приетите пациенти резултатите не показват съществени отклонения, като от 592 пациенти, при 576 (97,29%) операцията е изцяло лапароскопска и само при 16 (2,71%) пациенти се е наложило преминаване към отворена операция.

Табл. 9 Разпределение на лекуваните по клинична пътека 185 “Лапароскопска холецистектомия” в зависимост от прилаганата оперативна техника

<b>Наблюдаван контингент и вид операция</b>	<b>Наблюдаван контингент</b>	<b>Операция без конверсия</b>	<b>Операция с конверсия</b>
<b>Клинична пътека</b>			
Клинична пътека 185 (лапароскопска холецистектомия)	1379 (100%)	1342 (97.32%)	37 (2.68%)
Клинична пътека 185 (планово приети)	787 (100%)	766 (97.33%)	21 (2.67%)
Клинична пътека 185 (спешно приети)	592 (100%)	576 (97.29%)	16 (2.71%)

На Таблица 10 са посочени наблюдаваните усложнения при лекуваните по клинични пътеки 184 и 185 пациенти. От изнесените данни се установява, че от лекуваните 1505 пациенти, при 141 (9,36%) са установени различни усложнения. Диференциране на наблюдаваните пациенти с усложнения в зависимост от вида на оперативната техника показва, че от 126 пациенти, оперирани чрез конвенционална холецистектомия, при 23 (18,25%) са наблюдавани усложнения. От оперираните чрез лапароскопска

холецистектомия 1379 пациенти, усложнения са били наблюдавани при 118 (8,55%) от тях. Най-честите усложнения при лекуваните по КП 184 са: супурация на оперативната рана, хематом на оперативната рана, билирагия и кървене от оперативната рана, абсцес и лезия на коремен орган.

Най-честите усложнения при лекуваните по КП 185 са: билиоми, супурации на троакарната инцизия, троакарен хематом, билирагия, кървене от оперативната рана, билиарен перитонит, увреда на жлъчен път, лезия на коремен орган.

Табл. 10 Наблюдавани усложнения при лекуваните пациенти по клинични пътеки 184 и 185

<b>Клинична пътека</b>	<b>Наблюдаван контингент и пациенти с усложнения</b>	<b>Наблюдаван контингент</b>	<b>Брой пациенти с усложнения</b>
Клинични пътеки 184 и 185		1505 (100%)	141 (9.36%)
Клинична пътека 184 (конвенционална холецистектомия)		126 (100%)	23 (18.25%)
Клинична пътека 185 (лапароскопска холецистектомия)		1379 (100%)	118 (8.55%)

Преобладаващата част от усложненията са лекувани амбулаторно - 112 (79,43%). При 21 (14,89%) пациенти се е наложило повторно оперативно лечение, а при други 8 (5,68%), лечението е било стационарно консервативно.

При лекуваните по КП 185 пациенти, средният брой леглодни е 3, като диференцирани по срок на приемане са 3,5 леглодни на пациент при приетите по спешност и 2,5 леглодни на пациент при планово приетите.

Средният брой леглодни при пациентите по КП 184 е 8. Конвенционалната холецистектомия не е подходяща за ЕХ поради дългия болничен престой и високия процент на усложнения.

На Таблица 11 са посочени данни за изхода от лечението при лекуваните по клинични пътеки 184 и 185 пациенти. От изнесените данни се вижда, че са починали 7 (0,46%) пациенти и са оздравели 1498 (99,54%) пациенти. Диференцирането на оздравели и починали в зависимост от срока на приемане и използваната оперативна техника е както следва: при отворените операции (клинична пътека 184) са оздравели 123 (97,62%) пациенти и са починали 3 (2,38%) пациенти, като съответно при спешно оперираните са оздравели 103 (98,09%) пациенти и са починали 2 (1,91%) пациенти и при планово приетите са оздравели 20 (95,23%) пациенти и е починал 1 (4,77%) пациент; при лекуваните по клинична пътека 185 пациенти са оздравели 1375 (99,71%) и са починали 4 (0,29%) пациенти, като съответно при спешно приетите пациенти са оздравели 590 (99,67%) и са починали 2 (0,33%) пациенти. Също толкова са починали при планово приетите - 2 (0,25%) и са оздравели 785 (99,75%) пациенти.

Табл. 11 Изход от заболяването при лекуваните пациенти по клинични пътеки 184 и 185

<b>КП</b>	<b>Наблюдаван контингент и изход от заболяването</b>	<b>Наблюдаван контингент</b>	<b>Оздравели пациенти</b>	<b>Починали пациенти</b>
	Клинични пътеки 184 и 185	1505 (100%)	1498 (99.54%)	7 (0.46%)
	<b>Клинична пътека 184</b>	<b>126 (100%)</b>	<b>123 (97.62%)</b>	<b>3 (2.38%)</b>
	- спешно приети	105 (100%)	103 (98.09%)	2 (1.91%)
	- планово приети	21 (100%)	20 (95.23%)	1 (4.77%)
	<b>Клинична пътека 185</b>	<b>1379 (100%)</b>	<b>1375 (99.71%)</b>	<b>4 (0.29%)</b>
	- спешно приети	592 (100%)	590 (99.67%)	2 (0.33%)
	- планово приети	787 (100%)	785 (99.75%)	2 (0.25%)

На Таблица 12 са посочени данни за оперираните от дисертанта пациенти по клинични пътеки 184 и 185. От изнесените резултати се вижда,

че от общо 1505 пациенти, лекувани по тези клинични пътеки, 202 (13,42%) са оперирани от дисертанта. По клинична пътека 184 „Конвенционална холецистектомия“ от 126 пациенти, дисертантът е оперирал 19 (15,08%), съответно 7 (33,33%) планово приети и 12 (11,43 ) спешни пациенти. При пациентите, оперирани по клинична пътека 185 „Лапароскопска холецистектомия“, дисертантът е оперирал 183 (13,27%) от тях, 67 (8,51%) са планово приети и 116 (19,59%) са приетите по спешност.

Табл. 12 Оперирани от дисертанта пациенти лекувани по клинични пътеки 184 и 185

<b>Наблюдаван контингент и оперирани от дисертанта</b>	<b>Наблюдаван контингент</b>	<b>Оперирани от дисертанта</b>
<b>Клинична пътека</b>		
Клинични пътеки 184 и 185	1505 (100%)	202 (13.42%)
<b>Клинична пътека 184</b>	<b>126 (100%)</b>	<b>19 (15.08%)</b>
- спешно приети	105 (100%)	12 (11.43%)
- планово приети	21 (100%)	7 (33.33%)
<b>Клинична пътека 185</b>	<b>1379 (100%)</b>	<b>183 (13.27%)</b>
- спешно приети	592 (100%)	116 (19.59%)
- планово приети	787 (100%)	67 (8.51%)

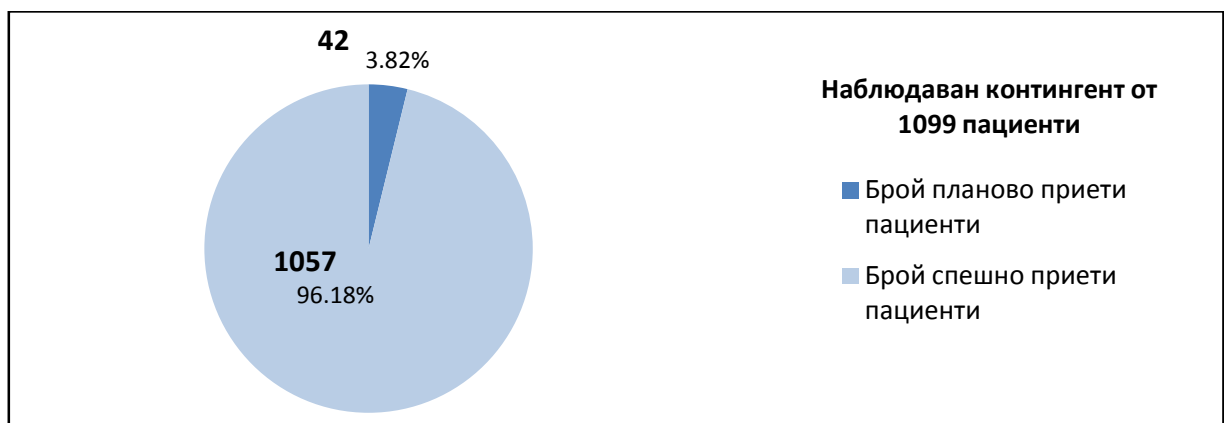
*Лапароскопските холецистектомии са високоефективни и сигурни. Пациентите с тези операции могат да се наблюдават постоперативно в амбулаторни условия. Хирургичните процедури по КП 185 са подходящи за ЕХ.*

*Конвенционалните холецистектомии не са подходящи за едnodневна хирургия, дори и при планови пациенти.*

#### 5.4. Клиничен статус на лекуваните пациенти по клинична пътека 179 “Оперативни процедури върху апендикс”

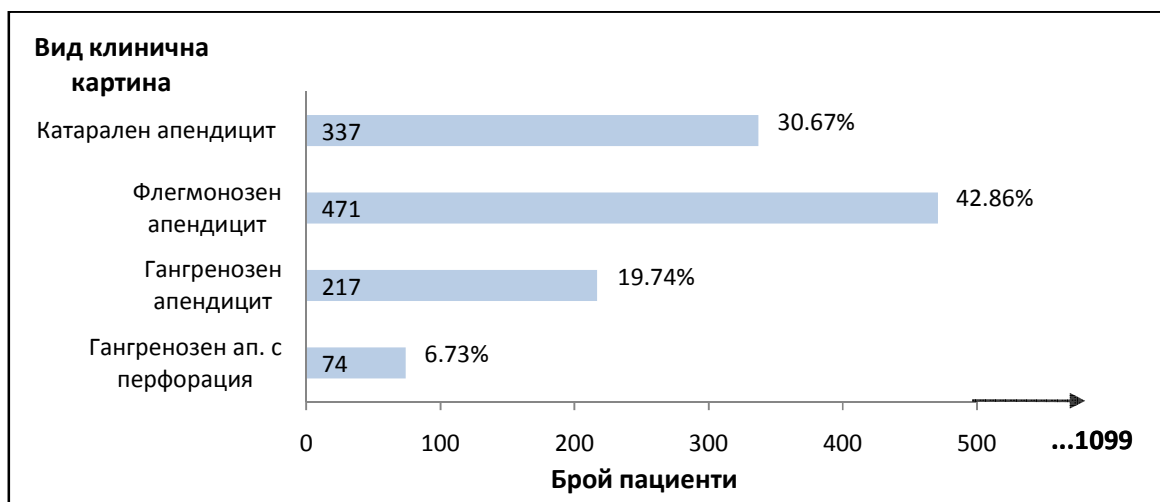
Обект на наблюдението са 1099 пациенти, за периода от 2005 г. до 2012 г. От тях 525 (47,77%) са мъже и 574 (52,23%) са жени. Възрастта на пациентите е от 15 г. до 83 г.

На Фигура 4 е посочено разпределението на лекуваните по клинична пътека 179 пациенти в зависимост от срока на приемане. От изнесените данни се вижда, че от приетите по тази клинична пътека 1099 пациенти, 1057 (96,18%) са приети по спешност. В планов порядък са приети 42 пациенти или 3,82%.



Фиг. 4 Разпределение по срок на приемане на лекуваните пациенти по клинична пътека 179

На Фигура 5 е посочено разпределението на лекуваните по клинична пътека 179 пациенти в зависимост от клиничната картина. От изнесените данни се вижда, че от лекуваните 1099 пациенти, при 337 (30,67%) е установен катарален апендицит, при 471 (42,86%) апендицитът е бил флегмонозен, гангренозен апендицит е установен при 217 (19,74%) пациенти и гангренозен апендицит с перфорация е намерен при 74 (6,73%).



Фиг. 5 Разпределение на лекуваните пациенти по клинична пътека 179 в зависимост от клиничната картина

В зависимост от вида на използваната оперативна техника при преобладаващата част от пациентите – 1062 (96,63%) е приложена конвенционална оперативна техника.

На Таблица 13 са посочени наблюдаваните усложнения при лекуваните по КП 179. От изнесените данни се установява, че при оперираните 1099 пациенти, усложнения са наблюдавани при 117 (10,64 %) от тях. От тези усложнения, 115 (10,87%) са наблюдавани при оперираните по спешност пациенти. При планово оперираните пациенти усложнения се наблюдават при 2 (4,76%) от тях.

Табл. 13 Наблюдавани усложнения при лекуваните пациенти по клинична пътека 179

Наблюдаван контингент и пациенти с усложнения КП и срочност на приемане	Наблюдаван контингент	Брой пациенти с усложнения
Клинична пътека 179	1099 (100%)	117 (10.64%)
Клинична пътека 179 – планово приети	42 (100%)	2 (4.76%)
Клинична пътека 179 – спешно приети	1057 (100%)	115 (10.87%)

Най-честите усложнения са сероми и супуроми, хематоми на оперативната рана, кървене от коремна стена, кървене от коремен орган, белодробна тромбоемболия и многоорганна недостатъчност. При 98 (83,76%) от 117 пациенти с усложнения е проведено амбулаторно лечение, а при 19 (16,24%) се е наложила рехоспитализация. Най-честите причини за рехоспитализация са тежки супурации, променена хемостаза, тазов абцес, перкутанен дренаж и частична чревна непроходимост.

Средният брой леглодни при 808 (73,52%) пациенти, оперирани за катарален и флегмонозен апендицит е 1,5. При оперираните 217 (19,74%) пациенти с гангренозен апендицит без разпространен перитонит, пролежаните леглодни са 2,5. Най-дълго са пролежали оперираните 74 (6,74%) пациенти чрез срединна лапаротомия с развит разпространен перитонит – 14 леглодни.

На Таблица 14 е посочено разпределение по изход от заболяването при лекуваните по клинична пътека 179 пациенти.

Табл. 14 Разпределение по изход от заболяването по клинична пътека 179

<b>Наблюдаван контингент, оздравели и починали</b>	<b>Наблюдаван контингент</b>	<b>Брой оздравели пациенти</b>	<b>Брой починали пациенти</b>
<b>КП и срок на приемане</b>			
КП 179	1099 (100%)	1097 (99,82 %)	2 (0.18%)
КП 179 – планово приети	42 (100%)	42 (100%)	-
КП 179 – спешно приети	1057(100%)	1055 (99.81%)	2 (0.19%)

От изнесените данни се вижда, че при 1097 (99,82%) пациенти лечението е приключило с оздравяване. Починали са 2 (0,18%) пациенти. Разпределението в зависимост от срока на приемане показва, че при планово приетите 42 пациенти няма починал. При приетите по спешност 1057 пациенти са починали 2 (0,19%) пациенти.

На Таблица 15 са посочени данни за оперираните от дисертанта пациенти по КП 179. От изнесените данни се вижда, че от общо 1099 пациенти, лекувани по тази клинична пътека, дисертантът е оперирал 224 (20,38%). Разпределени в зависимост от срочността на приемане се установява, че от лекуваните в планов порядък 42 пациенти, дисертантът е оперирал 13 (30,95%) от тях. От приетите и оперирани по спешност 1057 пациенти, дисертантът е оперирал 211 (19,96%) от тях.

Табл. 15 Оперирани пациенти от дисертанта по клинична пътека 179

<b>Наблюдаван контингент и оперирани от дисертанта пациенти</b>	<b>Наблюдаван контингент</b>	<b>Оперирани от дисертанта пациенти</b>
<b>Клинични пътеки и срочност на приемане</b>		
Клинична пътека 179	1099 (100%)	224 (20.38%)
Клинична пътека 179 – планово приети	42 (100%)	13 (30.95%)
Клинична пътека 179 – спешно приети	1057(100%)	211 (19.96%)

*Операциите при заболявания на апендикса са кратки и рутинни. При планово приетите пациенти рядко се наблюдават усложнения. Усложненията при пациентите, приети по спешност се повлияват добре в амбулаторни условия. Дейностите по КП 179 са подходящи за ЕХ.*

### **5.5. Показания и противопоказания за коремна едnodневна хирургия**

Критериите, съответно показанията и противопоказанията за коремна едnodневна хирургия, трябва да се разглеждат в тяхната съвкупност, оценявайки хирургичното лечение като един извънредно динамичен и променящ се процес. Показанията и противопоказанията могат да бъдат хирургични, анестезиологични, медико-легални и социални, както и специфични за различните нозологични единици.

## **Общи показания за едnodневна коремна хирургия**

### **Хирургични показания за едnodневна коремна хирургия**

- операции с очаквана продължителност не повече от 60 - 90 минути оперативно време;
- операции, които не водят до нарушения в основни жизнени функции;
- операции с нисък риск от масивно кървене;
- операции, които не водят до риск от профузно гадене и повръщане, дълго следоперативно обезболяване.

### **Анестезиологични показания за едnodневна хирургия**

- пациенти в клас ASA 1 и 2, а пациенти в клас ASA 3 по изключение;
- възраст – подходящи са пациенти на възраст до 75 години;
- липса на анамнеза за проблеми при предходни операции/ анестезии;
- липса на вродени и наследствени заболявания, създаващи риск за анестезия;
- възможност за купиране на болката следоперативно (опиоиди).

### **Медико-легални и социални показания за едnodневна хирургия**

- културното и социалното ниво на пациента да позволява сътрудничество;
- наличие на подписано предоперативно информирано съгласие от пациента;
- отдалеченост на болничното заведение на не повече от 30-50 км, до 60 мин;
- наличие на телефонна връзка с болнично заведение и/или ЦСМП;
- битови условия подобни на болничното заведение;
- наличие на придружител в следоперативния период;
- лицензирано болнично заведение за дейността.

## **Специфични противопоказания за коремна едnodневна хирургия**

### **Противопоказания за едnodневна хирургия на ануса и перианалното пространство**

- тежко възпалени хеморoidни възли с наличие на инкарцерация и некрози и/или пролапс на ануса и ректума, лезия на аносфинктерния апарат;
- предоперативен анемичен синдром и профузна ректохеморагия;
- наличие на пелвиоректален и подковообразен абсцес, Гангрена на Форние;
- съмнение за анаеробна инфекция;
- наличие на големи гнойни колекции, изискващи множество инцизии;
- пациенти с висок риск от тромбози и/или разстройства в хемостазата.

### **Противопоказания за едnodневна хирургия при хернии**

- големи ингвиноскротални хернии, рецидивни, постоперативни и вентрални хернии с големина на дефекта над 10 см и/или рецидивни такива;
- пациенти с локален или генерализиран гноен перитонит;
- пациенти, при които ще се поставят дренажи за повече от 24 часа;
- поява на фебрилитет над 38°C.

### **Противопоказания за едnodневна хирургия при операции на жлъчния мехур**

- конвенционална хирургична техника или предходна такава;
- пациенти с предоперативни прояви на перитонит, билиопанкреатит, механичен иктер и механичен илеус;
- голяма интраоперативна кръвозагуба, налагаща кръвопреливане;
- интраоперативно нараняване на жлъчни пътища и/или други органи;
- пациенти с голям риск от тромбози или разстройство в хемостазата.

### **Противопоказания за еднокдневна хирургия при апендицит**

- предоперативни данни за разлят перитонит, механичен илеус, друго заболяване в коремната кухина и предходно оперативно лечение;
- интраоперативна картина на гноен перитонит, масивна хеморагия, големи интраоперативни лезии на коремни органи, перфорация на чревен дивертикул, гинекологично тежко възпаление;
- пациенти с големи лапаротомни разреза и дълги оперативни вмешателства;
- пациенти с висок риск от тромбози и/или разстройство в хемостазата.

## **6. Ползи от въвеждане на ЕХ. Предпоставки и концепция за разгръщане на ЕХ в България.**

### **6.1. Ползи от въвеждане на ЕХ**

#### **Медицински ползи**

Пациентите, претърпели хирургични дейности, извършени като ЕХ и възстановявайки се в домашни условия, сред познатата фамилна микробиота са с намален риск от постоперативни възпалителни усложнения и вътреболнични инфекции. В този аспект еднокдневната хирургия осигурява по-добро качество на здравната услуга.

Възстановявайки се в домашна обстановка, пациентите имат възможност за по-добро хранене в зависимост от индивидуалните вкусови предпочитания, съобразено с предписаната диета.

Възстановяването на пациента в семейната му среда е свързано с по-малко психически травми, както за него, така и за семейството и близките му.

Въвеждането на ЕХ в България води до повишаване квалификацията на лекарите и медицинските специалисти в тази област и придобиване от тях на

клиничен и административен опит. Това увеличава конкурентноспособността на българските медици в ЕС и другите развити страни.

По отношение на спешната и планова ЕХ – дългогодишният практически и административен опит на българските хирурзи показва, че при добра техническа и кадрова база, организация на здравните услуги, добри връзки между ИПСМП, ГПСМП и ОПЛ, правилна селекция на пациентите и точно определяне на показания и противопоказания за ЕХ, спешна хирургична дейност може да се извършва като ЕХ.

### **Социални ползи**

Възможността за възстановяване на пациента в домашни условия води до повишаване на емоционалния комфорт на пациента и близките му.

Качеството на живот на пациента в домашна среда е по-добро в сравнение с това в болнична обстановка.

Добрите резултати от едnodневната хирургия и по-големият брой доволни пациенти повишават професионалната и емоционална удовлетвореност на екипа, осъществяващ този вид медицинска дейност.

### **Икономически ползи**

Хирургичните дейности, извършени като ЕХ, са икономически по-целесъобразни в сравнение със същите, извършени в стационара поради липсата на разходи за болничен престой.

Въвеждането на ЕХ може индиректно да намали използването на човешки, материални, финансови и времеви ресурси за лечение на вътреболнични инфекции, възникнали при пациенти с дълъг болничен престой след хирургични дейности.

В условията на ЕХ, хирургът и екипът му са с повишена трудоспособност и могат да обслужват по-голям брой пациенти и съответно да получават по-високо заплащане.

След хирургична дейност, извършена като ЕХ, пациентите се възстановяват по-бързо и могат да се върнат по-рано към стандартния си начин на живот, съчетаващ труд и почивка. Това съкращава разходи за временна нетрудоспособност, както на държавата и обществото, така и на пациента.

Военните конфликти в Близкия Изток водят до засилване на бежанска вълна към Европа и създаване на многобройни бежански центрове в държавите от ЕС, вкл. и България. Това може да доведе до напрежение в здравните системи и да ги натовари допълнително. В този смисъл, въвеждането и развитието на ЕХ е една от възможностите за облекчаване на този проблем.

## **6.2. Предпоставки и концепция за разгръщане на ЕХ в България**

### **Нормативна база**

Като страна член на ЕС ние имаме възможност да черпим практически и административен опит от други развити страни и страни членки на ЕС, в които вече повече от 50 години са създадени и действат структури по ЕХ. В различните държави тези дейности по ЕХ са съобразени с действащата здравна система в дадената страна. У нас, ние трябва да се съобразим със специфичните условия на здравеопазването днес.

В България съществуват действащи Медицински стандарти за хирургичните специалности. Можем да започнем масово въвеждане на ЕХ като само допълним съществуващите вече стандарти и след придобиване на

клиничен и административен опит да се създаде отделен стандарт по ЕХ. Създаването и въвеждането на отделен стандарт по ЕХ е дълъг и трудоемък процес и е свързан със сложна междудисциплинарна комуникация между специалисти от различни специалности и първоначално не е наложително.

Към Министерство на здравеопазването съществува официален акредитиращ орган на лечебните заведения - Акредитационният съвет към Министерство на здравеопазването. Той прави оценка на отделни медицински и други дейности. Лесно може дейността на този орган да се разшири с процедури по акредитация на дейността еднокласна хирургия.

В приетия през 2017 г. НРД, НЗОК урегулира всички оперативни дейности. В Приложения № 16, 18 и 19 на НРД 2017 г. изцяло е имплементирана Наредба № 2 от 2016 г. за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК. Наредба № 2 дава точни определения на „Клинична пътека”, „Клинична процедура” и „Амбулаторна процедура”:

„Клинична пътека” е система от определени с Национален рамков договор за медицинските дейности изисквания и указания за поведение на различни видове медицински специалисти при изпълнението на определени по вид и обхват дейности по отношение на пациенти със заболявания, изискващи хоспитализация и непрекъснат болничен престой не по-кратък от 48 часа.

„Клинична процедура” е система от определени с Национален рамков договор за медицинските дейности изисквания и указания за поведение на различни видове медицински специалисти в специализирани структури на лечебни заведения за болнична помощ при изпълнението по отношение на пациента на определени по вид и обхват дейности самостоятелно и/или

преди, по време на или след болнично лечение по клинична пътека. Клиничната процедура е с продължителност до 24 часа.

„Амбулаторна процедура” е система от определени с Национален рамков договор за медицинските дейности изисквания и указания за поведение на различни медицински специалисти при изпълнението на определени по вид и обхват дейности в лечебни заведения за болнична помощ, комплексни онкологични центрове, центрове за кожно-венерически заболявания и лечебни заведения за извънболнична помощ с легла, съответно диализни постове (диализни места) по отношение на пациенти, чието състояние не налага непрекъснат престой в лечебното заведение.

Обемите и цените на закупуваните от НЗОК дейности за „Амбулаторните процедури” и „Клиничните процедури” са точно определени в чл. 331 и чл. 332 на НРД 2017 г. За тези процедури не съществува и лимит за заплащане от НЗОК. В „Амбулаторни процедури” са включени и някои хирургични дейности, които до този период са изпълнявани като „Клинични пътеки” - оперативно отстраняване на катаракта, хирургично лечение на глаукома, малки оперативни процедури на таза и долния крайник и др. В „Клинични процедури” са включени само четири дейности, никоя от които не е хирургична.

Всички дейности в областта на коремната хирургия са включени като клинични пътеки в НРД 2017. Оперативните процедури, които могат да бъдат изпълнявани като ЕХ в областта на коремната хирургия са със следните клинични пътеки, продължителност и стойност:

КП № 179 Оперативни процедури върху апендикс – продължителност минимум 2 дни, стойност – 558 лв;

КП № 181 Хирургични интервенции на ануса и перианалното пространство – продължителност минимум 2 дни, стойност – 426 лв;

КП № 182 Оперативни процедури при хернии – продължителност минимум 2 дни, стойност – 574 лв;

КП № 183 Оперативни процедури при хернии с инкарцерация – продължителност минимум 2 дни, стойност – 601 лв;

КП № 185 Лапароскопска холецистектомия – продължителност минимум 2 дни, стойност – 880 лв;

Конвенционалната холецистектомия, обект на клиничното наблюдение, не е подходяща за ЕХ, поради наблюдавания дълъг болничен престой.

Съществуващите вече клинични пътеки за хирургични процедури, които могат да бъдат изпълнявани като ЕХ могат да се изменят и допълнят с две стъпки, първата от които може да бъде изпълнена като клинична процедура.

В България действа Закон за здравното осигуряване (Обн. ДВ. бр. 70 от 19 Юни 1998 г., последно изм. ДВ. бр. 98 от 9 Декември 2016 г.). В него се урегулират Задължителното здравно осигуряване и Доброволното здравно осигуряване. Задължителното здравно осигуряване предоставя пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК. Доброволното здравно осигуряване е дейност по поемане на рискове, свързани с финансовото обезпечаване на определени здравни услуги и стоки срещу заплащане на премии, въз основа на застрахователни договори, сключени с лицензирани застрахователни дружества.

В България действа браншова организация – Български лекарски съюз. Той участва при създаването и подписването на НРД и клиничните пътеки. Лечебните заведения са си създали браншови организации като Българска

болнична асоциация, Сдружение на общинските болници, Национално сдружение на частните болници и др. Специалистите от различните медицински специалности създават дружества по специалност, например Българско хирургическо дружество.

**Мениджмънт на ресурсите в здравеопазването за разгръщане на концепцията за ЕХ.**

**Материални ресурси за разгръщане на концепцията за ЕХ**

Еднодневната хирургия може да стане широкодостъпна като се използва наличната материална база на съществуващите многопрофилни болници за активно лечение. Структурите по ЕХ могат да се изградят като интегрирани отделения към МБАЛ или като сектори към хирургичните отделения чрез преустройство на съществуващия сграден фонд. Предимството на изграждане на самостоятелно отделение по ЕХ е намаляването на риска от ВБИ. Предимството на интегриран сектор по ЕХ към съществуващи хирургични отделения е лесното и бързо преустройство и възможността за оптимално използване на наличната материална база, медицинско оборудване и персонал. Тъй като ВБИ са от изключително значение за пациента, концепцията за развитие на ЕХ в самостоятелно отделение е с по-големи здравни и социални ползи за болните и финансови за болниците.

**Човешки ресурси за разгръщане на концепцията за ЕХ**

Човешки ресурси за създаване на структури по ЕХ са налични и достатъчни в лечебни заведения, които имат сключен договор с РЗОК по хирургични клинични пътеки. Сключеният договор с РЗОК за съответните хирургични клинични пътеки означава, че даденото лечебно заведение

разполага с необходимия брой специалисти хирурзи, анестезиолози, медицински сестри и санитарни.

Отделенията или секторите по ЕХ в началото на своето създаване и развитие могат да извършват планови операции и постепенно да включват спешни операции на определени нозологични единици.

С цел оптимално успешно въвеждане и развитие на ЕХ в България трябва да се разработят и проведат програми за обучение по ЕХ на лекари специалисти хирурзи и анестезиолози, ОПЛ, здравни мениджъри и медицински специалисти. Най-подходящо е тези обучения да бъдат извършвани в Медицинските университети, както и обучението по ЕХ да бъде заложено в програмата за обучение на студенти по Медицина, Здравен мениджмънт и Здравни грижи.

#### **Времеви ресурси за разгръщане на концепцията за ЕХ**

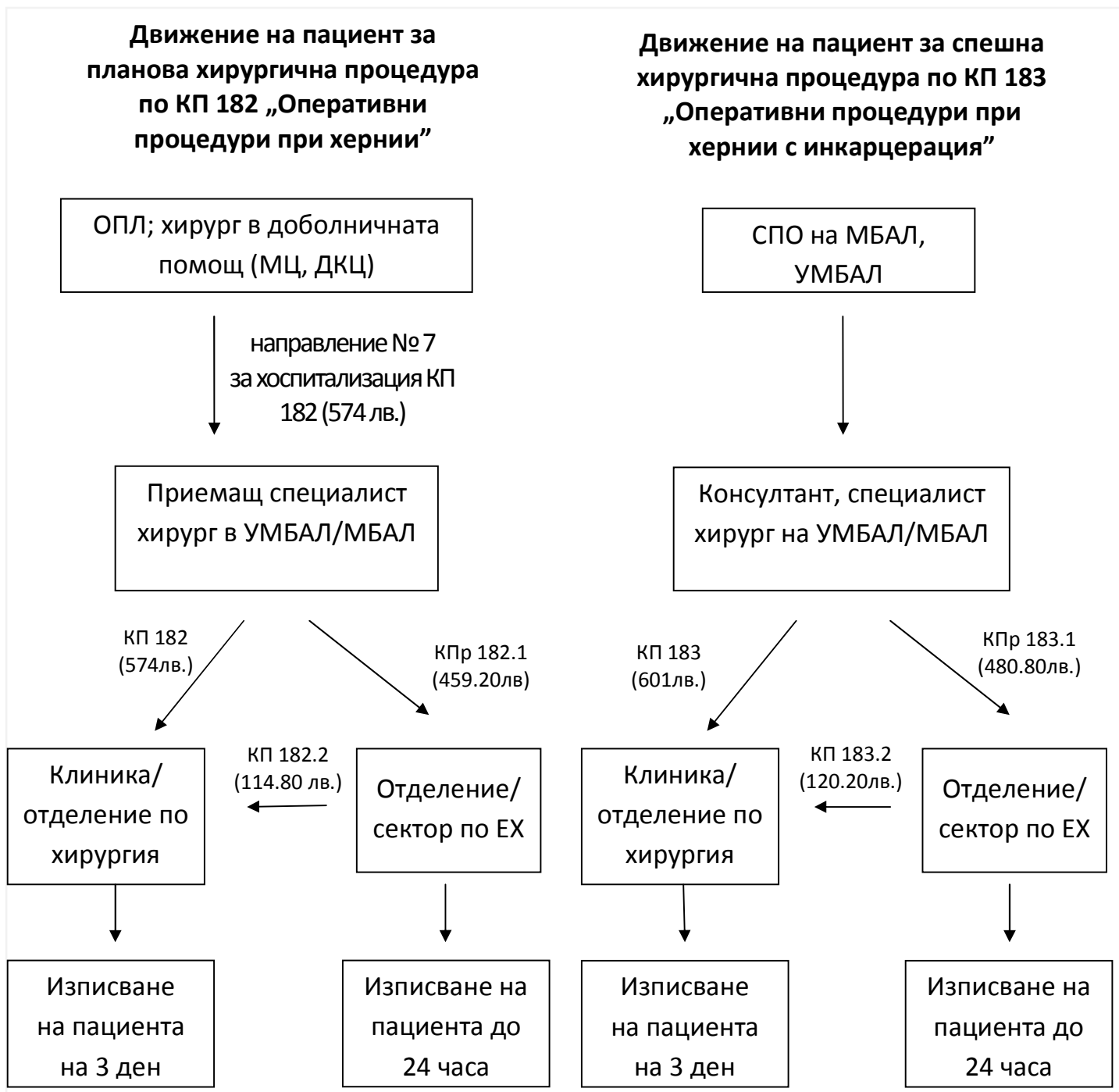
С цел оптимална организация в отделенията/секторите по ЕХ, плановите хирургични процедури по ЕХ трябва да се извършват по график. За спешните такива съществува разположение на хирургичен екип.

Изключително ниският брой усложнения при процедури по ЕХ и липсата на болничен престой позволяват оптимизация на времето на екипа в отделението/сектора по ЕХ и извършването на по-голям брой операции.

#### **Финансови ресурси за разгръщане на концепцията за ЕХ**

Отделенията/секторите по ЕХ в България могат да бъдат финансирани по сега действащия НРД с минимални корекции и реструктуриране на съществуващите КП за нозологични единици, подходящи за ЕХ и разширяване на номенклатурата на клиничните процедури. Клиничните пътеки могат да се допълнят с 2 стъпки, първата от които може да се извърши като клинична процедура. Например, ако пациентът се нуждае от

хирургична процедура по КП 182 „Оперативни процедури при хернии”, която е на стойност 574 лв. и продължителност на болничен престой 2 дни, специалистът хирург в хирургичния приемен кабинет преценява дали този пациент е подходящ за едnodневна или конвенционална хирургия. Ако има противопоказания за ЕХ, пациентът се хоспитализира в клиниката/отделението по коремна хирургия. Клиниката/отделението по коремна хирургия получава от РЗОК цялата стойност на КП 182, т.е. 574 лв. За целите на ЕХ, КП 182 се допълва с две стъпки – клинична процедура (КПр) 182.1 и КП 182.2. КПр 182.1 е за „Оперативни процедури при хернии”, извършвани като ЕХ и е на примерна стойност 80% от общата стойност на КП 182, т.е. 459,20 лв. Това изчисление на стойността на хирургични процедури, извършвани като ЕХ, е аналогично на изчислението на КП, отчетени като АПр, съгласно чл. 330, ал. 3 на НРД 2017 г, който гласи „За случай по КП, отчетен като АПр „Предсрочно изпълнение на дейностите по КП...” по приложение № 11 на Наредба № 2 от 2016 г. се заплаща 80% от цената на съответната КП. Ако пациентът е подходящ за ЕХ, той се приема в Отделението/сектора по ЕХ за КПр 182.1. Отделението/секторът по ЕХ получава стойността от КПр 182.1, т.е. 459,20 лв. Ако по време на операцията или след нея до 24-тия час възникнат усложнения и се наложи хоспитализация, пациентът се превежда или хоспитализира в Клиниката/отделението по коремна хирургия по КП 182.2, която е на примерна стойност 20% от КП 182, т.е. 114,80 лв. Клиниката/отделението по коремна хирургия получава финанси отговарящи на стойността на КП 182.2 – 114,80 лв. На Фигура 6 е визуализирано движението на пациентите, които се нуждаят от планова или спешна хирургична процедура по предложения по-горе двустъпков модел на вече съществуващи КП.



Фиг. 6 Движение на пациенти за планова и спешна хирургична процедура като КП и КПр

Базирайки се на действащата нормативна уредба – НРД 2017 г. и Наредба № 2 на МЗ от 2016 г. е разработен модел на клинична процедура за „Оперативни процедури при хернии” при пациенти над 18 г. Тази КПр може да бъде разширена с лечение на пациенти на възраст под 18 г. след дискусия със специалисти детски хирурзи. КПр „Оперативни процедури при хернии” е с продължителност до 24 часа и съдържа следните раздели:

- Кодове на основни процедури
- Условия за сключване на договор и за изпълнение на клинична процедура
- Индикации за хоспитализация и лечение
- Документиране на дейностите по клиничната процедура
- Информация за пациента

Финансирането на предоперативната подготовка на пациента (параклинични изследвания, рентгенография, ЕКГ и др.) се заплаща от НЗОК и се извършва от ОПЛ при планови хирургични процедури по ЕХ и в отделението/сектора по ЕХ при спешни.

При клинични пътеки на хирургични процедури, при които се налага използване на медицински консуматив (например при КП 182 - платно) и този консуматив не подлежи на реимбурсиране от НЗОК, съответният консуматив може да бъде заплатен от фонд за допълнително доброволно здравно осигуряване при наличие на застрахователен договор на пациента.

Основно предимство на двустъпковия модел на вече съществуващи КПр и несъздаването на нови такива, а само разширяването им с клинични процедури, е че отделните лечебни заведения могат да се включват поетапно към отделните стъпки на клиничната пътека след като са изградили сектор по ЕХ към съществуващите хирургични отделения или самостоятелно

отделение по ЕХ и са преминали акредитация. До този момент те могат да работят по съществуващата клинична пътека.

Друго предимство на двустъпковия модел на вече съществуващи КП и разширяването им с КПр е, че поетапно могат да се включват и нови хирургични процедури като ЕХ към съответните съществуващи КП, като те бъдат само допълнени с две стъпки.

Поради липса на болничен престой при повечето хирургични процедури, проведени като ЕХ, отделението/секторът по ЕХ може да извършва значително по-голям брой операции, което ще доведе до по-голямо финансиране от КПр и по-добро заплащане на работещите в тази структура. За това допринася и фактът, че съгласно сега действащия НРД 2017 г. за КП съществува лимит, а за АПр и КПр, НЗОК заплаща всички извършени процедури без лимит.

Въвеждането и остойностяването на двустъпков модел на някои КП, подходящи за ЕХ и изпълняването им като КПр, не само в областта на коремната хирургия, а и в други хирургични специалности, ще доведе до освобождаване на финансови средства и насочването им към други недофинансирани от НЗОК дейности, като достойно заплащане на лекарския труд.

Съгласно чл. 330 от НРД 2017 г., НЗОК и БЛС договарят закупуването на определени обеми за дейностите по КП, посочени по приложение № 9 към чл. 1, ал.1 от Наредба № 2/2016 г. Пет от шестте КП, които са обект на това проучване, могат да се извършват като ЕХ под формата на КПр. Приемаме прогнозно, че 80% от пациентите, които се нуждаят от съответната хирургична процедура и нямат противопоказания или усложнения могат да бъдат лекувани по КПр, а не по КП. В същото време, при стойност на КПр

80% от стойността на КП, биха се получили следните финансови резултати, показани на Таблица 16.

Табл. 16 Финансови резултати при въвеждане на КПр в коремната хирургия

Хирургична процедура	Бр. хир. пр. закупувани от НЗОК като КП	Единични стойности на КП (в лв.)	Обща стойност на КП (в лв.)	Прогнозен бр. хир. процедури, извършвани като КПр	Единични стойности на КПр (в лв.)	Обща стойност на КПр (в лв.)
Оп. пр. върху апендикс	2 743	558	1 530 594	2 194	446	978 524
Хир. интерв. на анус и перианално пространство	10 014	426	4 265 964	8 011	341	2 731 751
Оп. пр. при хернии	9 675	574	5 553 450	7 740	459	3 552 660
Оп. пр. при хернии с инкарцерация	2 139	601	1 285 539	1 711	481	822 991
Лапароскопска холецистектомия	2 962	880	2 606 560	2 370	704	1 668 480
Общо	27 533	3 039	15 242 107	22 026	2 431	9 754 406

Съгласно НРД 2017 г., НЗОК заплаща хирургичните процедури по КП 179, 181, 182, 183 и 185 с обща стойност **15 242 107 лв.** Тези хирургични процедури са подходящи за ЕХ и могат да бъдат извършени като КПр. Поради ниския брой противопоказания и усложнения, приемаме прогнозно, че 80% от хирургичните процедури могат да бъдат извършени като КПр. При стойност на КПр 80% от стойността на КП, НЗОК ще заплати за 80% от същите хирургични процедури, извършени като КПр - **9 754 406 лв.** За пациентите, които са противопоказани за ЕХ или при тези, при които са възникнали усложнения т.е. 20% от общия брой пациенти, НЗОК ще заплати цялата стойност на КП – **3 048 421 лв.** При въвеждане на двустъпковия модел на съществуващите КП и възможността за изпълняването им като КПр, общата стойност на тези хирургични процедури е **12 802 827 лв.** Създаването на клинични процедури в коремната хирургия ще доведе до съкращаване на разходите на НЗОК с **2 439 280 лв** за една година.

*Предложението за въвеждане на концепцията за двустъпков модел за финансиране на КП и създаване на КПр за ЕХ може да бъде отправна точка за инициране на активен диалог между институциите за реструктуриране на системата. Използвайки междусекторен и институционален подход могат да се организират срещи, кръгли маси за широко обсъждане между институциите и заинтересованите страни – НЗОК, МЗ, ЛЗ, съсловни и пациентски организации. Един от належащите основни въпроси на социалната политика на здравеопазването в България е да се сложат нуждите на лекарите преди икономиката, разглеждана сега само във финансов аспект. Средствата, които се спестяват от НЗОК в следствие на въвеждането на двустъпковия модел на КП и създаването на КПр за ЕХ могат да бъдат използвани за промяна в начина на финансиране, реално остойностяване на недофинансираните КП и труда на лекарите и медицинския персонал. Това ще доведе до ефикасно оптимизиране на здравната система и повишаване авторитета на българския лекар.*

## **7. Проблеми в мениджмънта на ЕХ в България и SWOT-анализ**

### **7.1. Проблеми в мениджмънта на ЕХ в България**

Идентифицираните от СЗО пречки за развитие на ЕХ в голяма част се припокриват с проблемите в мениджмънта на ЕХ в България:

- Регулаторни – липса на актуални хирургични стандарти за ЕХ и правила за акредитация и контрол на ЕХ;
- Икономически – липса на КПр за ЕХ като форма на финансиране от НЗОК;
- Образователни – липса на масово въвеждане на образователни програми по ЕХ за студенти в Медицинските университети и следдипломна квалификация;

- Проектиране на съоръженията – необходимост от преустройство на наличните здравни съоръжения към УМБАЛ/МБАЛ за създаване на отделения/сектори по ЕХ;
- Информационни – необходимост от преодоляване на професионалната инертност и консерватизъм в медицинския бранш и обучение на пациента чрез популяризиране на силните страни, преимущества и ползи от широкодостъпна ЕХ;
- Организационни – слаба мултидисциплинарна съвместна работа между административни органи (МЗ, НЗОК), браншови и пациентски организации и реално практикуващи хирурзи, анестезиолози, ОПЛ и медицински сестри.

## 7.2. SWOT-анализ

Актуалността на проблема за ЕХ налага разработване на SWOT-анализ, който е представен на Таблица 17.

Табл. 17 SWOT-анализ на ЕХ в табличен вид

Силни страни (Strengths)	Слаби страни (Weaknesses)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Възстановяване на пациента в домашна среда за по-добро качество на живот и намаляване на психическия стрес, както на него, така и на близките му;</li> <li>• Намален риск от ВБИ;</li> <li>• Повишена конкурентоспособност на медицинските специалисти от екипа на ЕХ;</li> <li>• Повишаване на професионалната и емоционална удовлетвореност на екипа;</li> <li>• Повишаване на трудоспособността на екипа и повишаване броя на операциите;</li> <li>• Повишаване заплащането на екипа, поради увеличен оборот;</li> <li>• Намаляване изтичането на кадри към други държави;</li> <li>• Намаляване разходите на лечебните заведения за болничен престой и храна.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Липса на изградени структури за ЕХ;</li> <li>• Липса на правила за акредитация на ЕХ;</li> <li>• Липса на актуални медицински стандарти за ЕХ;</li> <li>• Липса на регулиране на КП за ЕХ;</li> <li>• Липса на масови образователни програми както на студентите в университетите, така и като следдипломна квалификация на медицинските специалисти;</li> <li>• Липса на обучение на пациентите за ползите и предимствата от ЕХ.</li> </ul>

<b>Благоприятни възможности (Opportunities)</b>	<b>Заплахи (Threats)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Наличие на богат професионален и клиничен опит на медицинските специалисти;</li> <li>• Наличие на действащи медицински стандарти и КП за нозологични единици, които могат да се осъществяват като ЕХ;</li> <li>• Наличие на действаща номенклатура и определение за АПр и КПр;</li> <li>• Наличие на административен капацитет и контролни органи;</li> <li>• Наличие на структури за обучение на медицински специалисти и здравни мениджъри;</li> <li>• Наличие на големи болнични лечебни заведения с добра материална база, лесна за преустройство;</li> <li>• Наличие на съвременно високотехнологично медицинско оборудване и съвременни лекарства за анестезия и обезболяване, необходими за ЕХ;</li> <li>• Възможности за обмяна на опит между България и други страни членки на ЕС;</li> <li>• Свободно пътуване и възможност за работа и специализация на лекари и мед. сестри в други държави от ЕС;</li> <li>• Желание и готовност на медицинските специалисти и пациентите за разгръщане на ЕХ.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Професионална инертност и консерватизъм в бранша;</li> <li>• Нежелание от страна на ръководствата на ЛЗ за реформа;</li> <li>• Липса на политическа воля за разгръщане на ЕХ;</li> <li>• Трудна комуникация между различните административни, финансови и браншови структури в здравеопазването;</li> <li>• Масово изтичане на медицински кадри в чужбина;</li> <li>• Страх на пациента от автономност в ранен постоперативен период.</li> </ul>

Направеният SWOT-анализ за разгръщане на ЕХ в България показва, че предложената по-горе концепция за масово въвеждане на ЕХ е лесен и бързо осъществим подход за реализиране на ЕХ при наличните административни, финансови, материални и кадрови условия в България.

Тази концепция за разгръщане на ЕХ е приложима, защото разгледаните налични силни страни показват необходимостта от масово въвеждане на ЕХ у нас.

Положителната нагласа на обществото и медицинското съсловие благоприятства разгръщането на ЕХ в България. Нашите лекари и медицински специалисти са високообразовани с богат професионален и клиничен опит и са високо ценени и търсени по цял свят. В България днес съществува административна, материална и кадрова готовност на здравната система с минимални промени да се въведе широкодостъпна ЕХ.

Разгледаните слаби страни са лесно преодолими чрез допълнение и изменение на съществуващите вече нормативна база и административен капацитет.

Масовото разгръщане на ЕХ в България може да бъде затруднено както до сега, така и в дългосрочен план поради липса на политическа воля, трудна комуникация между различните административни, финансови и браншови структури в здравеопазването и професионална инертност в бранша.

## **8. Изводи**

1. Разцветът и широкото приложение на едnodневната хирургия в напредналите страни безспорно доказват необходимостта от развитие на такъв вид хирургична дейност, нейната ефективност и значение за медицината и обществото.
2. Въвеждането на едnodневната хирургия като част от рутинната медицинска практика води до значими здравни, медико-социални и икономически ползи за пациенти, лекари, общество и здравна система.
3. Действащата нормативна база в областта на хирургията, богатият професионален опит на медицинските специалисти и добрата материална база със съвременно техническо оборудване и иновативните медикаменти са предпоставки за разгръщане на едnodневната хирургия в България.
4. Въвеждането на предложената концепция за двустъпков модел на КП за ЕХ може да доведе до оптимизиране на здравната система в България.
5. Преодоляването на регулаторните и организационни проблеми в мениджмънта на едnodневната хирургия в България изисква междусекторен и институционален подход.
6. Клиничното проучване при 3941 пациента, от които 685 лично оперирани, показва, че хирургични интервенции като операции на апендицит, анус и перианално пространство, хернии и лапароскопски холецистектомии могат да бъдат обект на едnodневна хирургия.

## **9. Приноси**

### **Приноси с потвърдителен характер**

1. Медицинските, социални и икономически ползи от широкото прилагане на едnodневната хирургия потвърждават актуалността на проблема.
2. Потвърждава се значението на нормативната уредба в България за разгръщане на едnodневна хирургия.
3. Потвърждава се, че идентифицираните от СЗО пречки за развитие на ЕХ в голяма част се припокриват с проблемите в мениджмънта на едnodневната хирургия в България.
4. Извършено е мащабно клинично проучване на 3941 пациенти, от които 1099 са с оперативни процедури върху апендикс, 448 са с хирургични интервенции на ануса и перианалното пространство, 889 са с оперативни процедури при хернии или хернии с инкарцерация, 1505 са с конвенционална или лапароскопска холецистектомия. Дисертантът е оперирал лично 685 пациенти.

### **Приноси с научно-теоретичен и научно-методичен характер**

5. Разгърната е съвременна концепция за широко прилагане на едnodневната хирургия в България на базата на съществуващата нормативна уредба и е предложен модел на клинична процедура.
6. Разработеният SWOT-анализ за едnodневната хирургия в България допринася за разгръщане на стратегическия мениджмънт в тази област.

7. Направеното клинично проучване показва, че оперативни процедури върху апендикс, хирургични интервенции на ануса и перианалното пространство, оперативни процедури при хернии или хернии с инкарцерация, лапароскопска холецистектомия могат да бъдат извършвани като едnodневна хирургия.
8. Клиничният опит при 3941 пациенти, подложени на гореописаните хирургични процедури, от които 1695 са планово приети и 2286 са приети по спешност, показва че едnodневната хирургия може да се прилага и при пациенти, приети по спешност.

## 11. Списък на научните публикации във връзка с дисертационния труд

1. **Александров Г.**, Е. Белоконски, Н. Величков, Р. Михов, С. Джеджев, Д. Димитров, М. Табаков, „Аноректални абсцеси – еднокдневна хирургия в условията на спешност”, Медицина и Фармация, 2009, бр. 1 (41), стр. 31-32
2. Petrov N., **G. Aleksandrov**, M. Peneva, Newly found origin of probiotics in the Balkans, Beneficial Microbes 5 Supplement 1, S14, May 2014
3. Georgieva M., **G. Alexandrov**, M. Peneva, N. Manolov, Lactobacillus Bulgaricus – The Contribution To Modern Healthy Nutrition, Scripta Scientifica Pharmaceutica, Medical University – Varna, volume 1, number 1, 2014, p. 25
4. Georgiev K., M. Georgieva, I. Iliev, M. Peneva, **G. Alexandrov**, Antiproliferative effect of Bulgarian spring water probiotics (Laktera Nature probiotic) against human colon carcinoma cell line, World journal of Pharmacy and Pharmaceutical science, Vol 4, issue 06, 2015, p130-136
5. **Alexandrov G.**, K. Georgiev, M. Georgieva, I. Iliev, M. Peneva, Anticancer activity of probiotics – experimental and clinical studies, 6<sup>th</sup> Southeast European Conference on Chemotherapy and Infection, November 13-15, 2015, Thessaloniki, Greece, Symposium 14
6. **Aleksandrov G.**, M. Peneva, Application of Lactobacillus Bulgaricus in Clinical Practice, 3<sup>rd</sup> Biennial Conference of Probiotic Association of India, International Symposium on Stress, Microbiome & Probiotics, March 11-13, 2016, p 23-24
7. В. Мутафчийски, К. Къосев, С. Чипева, П. Иванов, Г. Коташев, Г. Григоров, К. Василев, И. Теодосиев, А. Милчев, **Г. Александров**, Х. Петров, Д. Пенчев, М. Табаков, Г. Попиванов „Отворена или лапароскопска апендектомия? Анализ на случаите, лекувани във ВМА за периода 2012-2017г.”, VI Регионална конференция по хирургия, Свиленград 2017г.

## **12. SUMMARY**

The bloom of the day surgery in the developed countries shows that today a consensus has been reached between the health, economic and social benefits of the day surgery and there is a public need for development of such kind of surgical activity in our country. A clinical study was conducted in the Military Medical Academy for a period of five years in 3941 patients with abdominal surgeries, 1695 of whom were shedually operated and 2286 were urgently admitted. Of all observed patients, 685 were personally operated by the PhD student. The clinical study shows that surgical interventions such as operations of appendicitis, anus and perianal space, hernia and laparoscopic cholecystectomy may be subject to day surgery. Day surgery can also be applied to emergency patients. Conventional cholecystectomy is not suitable for day surgery. Introducing the day surgery as a part of the routine medical practice leads to significant health, medical, social and economic benefits for the patients, physicians, society and health system. Current regulatory framework in the field of health insurance and surgery, the rich professional experience of the medical specialists and the good facilities with modern technical equipment and innovative medicines are prerequisites for the deployment of day surgery in Bulgaria. A modern concept for the wide application of day surgery in Bulgaria has been developed on the basis of the National Framework Contract 2017 and a model of a clinical procedure is proposed. The developed SWOT-analysis for day surgery in Bulgaria contributes to the deployment of strategic management in this field. Overcoming of the regulatory and organizational problems in the day surgery management in Bulgaria requires a cross-sectoral and institutional approach.