

**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ
КАТЕДРА ЗДРАВНА ПОЛИТИКА И МЕНИДЖМЪНТ**

Д-Р КРУМ КИРИЛОВ КРУМОВ

**РОЛЯТА НА ДИАГНОСТИЧНО-КОНСУЛТАТИВНИТЕ
ЦЕНТРОВЕ ЗА ИНТЕГРИРАНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ**

ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД

За присъждане на образователна и научна степен

„ДОКТОР”

**ОБЛАСТ НА ВИСШЕ ОБРАЗОВАНИЕ „ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ И СПОРТ”
ПРОФЕСИОНАЛНО НАПРАВЛЕНИЕ:**

7.4. „ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ”

**НАУЧНА СПЕЦИАЛНОСТ „СОЦИАЛНА МЕДИЦИНА И ОРГАНИЗАЦИЯ НА
ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО И ФАРМАЦИЯТА”**

НАУЧЕН РЪКОВОДИТЕЛ

Проф .Д-Р ТАТЯНА ВЕЛИКОВА БЕНИШЕВА-ДИМИТРОВА - дмн.

СОФИЯ, 2015

СЪДЪРЖАНИЕ

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ	4
1.ВЪВЕДЕНИЕ.....	5
2.ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР – РАЗВИТИЕ, СЪСТОЯНИЕ, ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОБЛЕМИ ПРЕД ИЗВЪНБОЛНИЧНАТА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ	7
2.1. ИСТОРИЧЕСКА СПРАВКА.РАЗВИТИЕ НА СЕКТОРА НА ИЗВЪНБОЛНИЧНАТА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ В БЪЛГАРИЯ.....	7
2.2. НИВА НА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ-МЯСТО И РОЛЯ НА СПЕЦИАЛИЗИРАНАТА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ	11
2.3. ЗАКОНОВИ ИЗИСКВАНИЯ КЪМ ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ ЗА ИЗВЪНБОЛНИЧНА ПОМОЩ.....	13
2.4.КЛАСИФИКАЦИЯ НА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ ЗА ИЗВЪНБОЛНИЧНА ПОМОЩ.....	17
2.5. ЛЕЧЕБНИ ЗАВЕДЕНИЯ ЗА ИЗВЪНБОЛНИЧНА ПОМОЩ.....	19
2.5.1. ЛЕЧЕБНИ ЗАВЕДЕНИЯ ЗА ИЗВЪНБОЛНИЧНА ПОМОЩ В БЪЛГАРИЯ	19
2.5.2. ЛЕЧЕБНИ ЗАВЕДЕНИЯ В ОБЛАСТ ВРАЦА 2010 – 2013Г.....	23
2.6. НЕРЕШЕНИ ОРГАНИЗАЦИОННИ ПРОБЛЕМИ НА ДОБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ.....	24
2.7.БЕНЧМАРКИНГ В ИЗВЪНБОЛНИЧНАТА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ	39
2.8.ПРОБЛЕМЪТ ЗА ИЗВЪНБОЛНИЧНАТА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ В НАЦИОНАЛНИТЕ ЗДРАВНИ СТРАТЕГИИ	42
3. ЦЕЛ,ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ НА ПРОУЧВАНЕТО	45
3.1. ЦЕЛ.....	45
3.2. ЗАДАЧИ.....	45
3.3. ОБЕКТ НА ПРОУЧВАНЕТО.....	46
3.4. МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ:	46
4. РЕЗУЛТАТИ ОТ СОБСТВЕНОТО ПРОУЧВАНЕ	47
4.1.СИТУАЦИОНЕН АНАЛИЗ НА ДКЦ-1 ВРАЦА ЕООД.....	47
4.1.1. МИСИЯ, ЦЕЛИ И ОРГАНИЗАЦИОННА СТРУКТУРА НА ДКЦ – 1 ЕООД ВРАЦА.....	47
4.1.2.ОБЕМ И СТРУКТУРА НА ДЕЙНОСТТА НА ДКЦ-1 ВРАЦА ЕООД ЗА ПЕРИОДА 2010-2012Г.	49
4.1.2.1 АМБУЛАТОРНИ ПРЕГЛЕДИ И ДОМАШНИ ПОСЕЩЕНИЯ ЗА ПЕРИОДА 2010-2012Г.	50
4.1.2.2. ДИСПАНСЕРНИ ПРЕГЛЕДИ ЗА ПЕРИОДА 2007-2012Г.....	53
4.1.2.3. КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ ЗА ПЕРИОДА 2007-2012Г. В ДКЦ-1ВРАЦА ЕООД.....	53
4.1.2.4. ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧНА ДЕЙНОСТ В ДКЦ-1 ВРАЦА ЕООД ЗА ПЕРИОДА 2010-2012Г.	56
4.1.3. SWOT – АНАЛИЗ НА ДКЦ 1 ВРАЦА	57
4.2. АНАЛИЗ НА ДАННИТЕ ЗА ОБЕКТИВИЗИРАНЕ НА КАЧЕСТВЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛ „ЕФЕКТИВНОСТ”, ЧРЕЗ КОЛИЧЕСТВЕНА ОЦЕНКА НА ИЗВЪНБОЛНИЧНАТА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ.....	59
4. 2.1. АМБУЛАТОРНИ ПРЕГЛЕДИ	59

4.2.2 ОПРЕДЕЛЯНЕ НА МЯСТОТО И РОЛЯТА НА ДКЦ-1 ВРАЦА В СИСТЕМАТА НА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ ЗА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ОБЛАСТ ВРАЦА	76
4.2.3.ПРОФИЛАКТИЧНИ ПРЕГЛЕДИ	91
4.2.4.ДИСПАНСЕРНО ОБСЛУЖВАНЕ	97
4.2.5.ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧНА ДЕЙНОСТ	98
4.2.6. ЛАБОРАТОРНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ.....	101
5. ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	115
5.1. ИЗВОДИ.....	115
5.2 ПРЕПОРЪКИ И ПРЕДЛОЖЕНИЯ	117
6.ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА.	119

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

ГП	Групова практика
ДКЦ	Диагностично –консултативен център
ЗЛЗ	Закон за лечебните заведения
ИП	Индивидуална практика
ЛЗ	Лечебно заведение
МДЛ	Медико-диагностична лаборатория
МЦ	Медицински център
МЗ	Министерство на здравеопазването
НЗОК	Национална здравно-осигурителна каса
НСИ	Национален статистически институт
НЦЗИ	Национален център за здравна информация
НЦОЗА	Национален център за обществено здраве и анализи
ОПЛ	Общо-практикуващ лекар
ОПРР	Оперативна програма регионално развитие
РЗИ	Регионална здравна инспекция
РЦЗ	Районен център по здравеопазване
СИМП	Специализирана извън болнична медицинска помощ
ТЗ	Търговски закон

1.ВЪВЕДЕНИЕ

Правилната оценка на ефективността в здравеопазването,изразява най-рационалното използване на предоставените ресурси върху уязвимите групи и подобряването на достъпа до здравни услуги В този контекст се налага разглеждането и анализирането на една от структурите на извънболничната медицинска помощ /ИБМП/ – Диагностично-консултативният център, която е рентабилно, удобно ,поливалентно звено за оказване на специализирана извънболнична медицинска помощ.

Диагностично-консултативните центрове са лечебните заведения за извънболнична медицинска помощ по смисъла на Закона за лечебните заведения, на чиято територия са представени лечебни заведения за първична медицинска помощ, лечебни заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ, медико-диагностични лаборатории и специализираната медицинска помощ, оказвана от самите специалисти на диагностично-консултативния център. ДКЦ са мястото, където в най-пълна степен пациентите следва да получат достъпна и качествена извънболнична медицинска помощ.

В страната няма публични анализи как се осъществява този процес и как се развива този сектор от възникването на ДКЦ като структурна единица на обществения здравен сектор от формирането им от началото на 2000г.

Идеята е да се направи проучване в този сектор, като се обхванат ДКЦ-сектора и да се анализират нормативни и медико-статистически и други показатели, които повлияват развитието на този сектор.

В същото време ролята и мястото на този тип лечебни заведения до момента остава в страни от приоритетите за развитие на здравната система у нас.Задълбоченото проучване и анализът на ролята и мястото на ДКЦ в системата на здравеопазването и в частност в сектора на извънболничната медицинска помощ могат да станат основа за изграждане на цялостна концепция за тяхното развитие.Доказването на ролята на ДКЦ като центрове за интегрирана медицинска помощ може да обоснове необходимостта от тяхното модернизиране и апаратурно обновяване както и да доведе до преосмисляне на някои нормативно регламентирани положения в сектора на специализираната извънболнична медицинска помощ

Определянето на мястото и ролята на диагностично-консултативните центрове в интегрираната медицинска помощ изисква на първо място определяне на тяхната роля в сектора на извънболничната медицинска помощ.

Големият брой и организационно-структурното и функционално многообразие на лечебните заведения за извънболнична помощ, дефинирани в Закона за лечебните заведения поставят въпроса за ефективността и конкурентоспособността на всяко едно от тях.

Изследването на мястото и ролята на ДКЦ в сложната система на взаимодействие и конкурентни отношения с другите лечебни заведения със сходен предмет на дейност в този сектор спомага за изясняването на функционирането на цялото многообразие от лечебни заведения.

Въпреки очевидните предимства на ДКЦ в оказването на специализирана диагностична и консултативна помощ, не може да не се обърне внимание на общонационалните фактори, касаещи здравеопазването в България, както и законовите разпоредби, детерминиращи дейността и финансирането му.

2.ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР – РАЗВИТИЕ, СЪСТОЯНИЕ, ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОБЛЕМИ ПРЕД ИЗВЪНБОЛНИЧНАТА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

2.1. ИСТОРИЧЕСКА СПРАВКА.РАЗВИТИЕ НА СЕКТОРА НА ИЗВЪНБОЛНИЧНАТА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ В БЪЛГАРИЯ.

Държавната система на здравеопазване в България се формира след Руско-турската война от 1877-1878г.Тогава са поставени основите на извънболничната и болничната помощ в България.Нормативно са регламентирани устройството, управлението, функциите и взаимовръзките между различните лечебни заведения.Основните принципи, заложи в тази система на демократичност и подчиненост на конкретни правила са актуални и до днес.С „Временни правила за устройството на медицинската част в България” от 01.02.1879г., утвърдени от императорският комисар Дондуков –Корсаков се определя структурата и организацията на здравеопазната система в страната към момента. Статутът на болниците е определен в отделен раздел.Болниците са разделени в три групи:”Болници от първа степен в губернските градове с 60 легла;2.Болници от втора степен в окръжните градове с дружини и с 40 легла;3.Болници в окръжните градове без дружини с 10 легла”(4).

Периодът след Освобождението се характеризира с развитие на болничното дело в България.Основа за това развитие са поредица от закони приети в тези години:

- Санитарен закон от 1888г.-определя отговорността на държавата за здравеопазването, като делегира тази отговорност на административните власти;
- Закон за опазване на общественото здраве от 1903г.- определя т.нар. „санитарни околии”.Това са лекарски здравни участъци, обхващащи население от 6000 до 8000 души.
- Закон за обществените осигуровки от 1924г.- с него се въвежда задължителното здравно осигуряване.На такова осигуряване подлежат”всички работници и служители в държавни, обществени и частни заведения”.
- Закон за здравето от 1924г.-очертава насоките за развитие на здравеопазването;
- Закон за настаняване на работа и осигуряване при безработица от 1925г-Регламентира свободен избор на лекар при осъществяване на медицинска помощ;

- Закон за народното здраве от 1929г.-регламентира създаването на Български лекарски съюз със статут на лекарска камара”
- Закон за Институт за обществено осигуряване от 1941г.- разширява обхвата на общественото осигуряване;
- Закон за Фонд лечебни сгради от 1942г.-регламентира изграждането на сграден фонд за лечебни цели;
- Закон за кооперативно изграждане на лечебни заведения от 1945г.;
- Закон за Фонд застраховка на служители от 1945г.- разширява кръга на осигурените лица ;

Всички тези закони създават правна среда и предпоставки за реформа в здравеопазната система, свързана с променените общественно-политически условия в страната и нейното развитие. (5)

Към 09.09.1944г.здравеопазната дейност в България се извършва от 174 болници, които разполагат с 11082 легла.(4) През 1948г. след разкриване на нови и окрупняване на съществуващи здравни заведения броят на болниците е намален на 120 с 15634 легла. Към онзи исторически момент данните за обема на извършените прегледи в болничните и поликлинични заведения и амбулатории през 1949г.показват значителен обем”4 606 405 консултативни прегледи, 6 539 471 амбулаторни, 627 520 домашни посещения или общо 11 778 406”. (5)

Периодът след 1944г. се характеризира с „ликвидирането на частните и на различните религиозни организации болници, клиници, аптеки, лаборатории и превръщането им в държавни” . След 1956г. грижата за опозване и укрепване здравето на населението е превърната в приоритет на държавната политика.Тя е насочена към удовлетворяване на медицинските потребности на населението,чрез прилагане на квалифицирана медицинска помощ.Този период се характеризира с развитие на здравната мрежа, нарастване броя на специализираните звена и доближаване на специализираната медицинска помощ до населението.Грижите за майките и децата се превръщат в основна задача. В периода 1944-1984г. е извършено коренно преустройство в областта на медицината и здравеопазването..В този период са осъществени значителни промени в системата на здравеопазване: (1)

- Издига се нивото на медицинската наука,чрез материална и морална подкрепа.
- Осъществена е концентрация и интеграция на научните кадри и институти.

- През 1972г. е създадена Медицинска академия.
 - Здравеопазването е издигнато до нивото на първостепенна грижа на държавата.
 - Въведена е безплатната медицинска помощ за цялото население (1951г.)
 - Принципът на профилактиката става основен в изграждането на здравеопазната система.
 - Създадена е стройна мрежа от диспансерни заведения. Принципът на диспансеризация е водещ в дейността на здравните заведения.
 - Грижите за майчиното и детското здраве са основополагащи.
 - Забранена е частната лекарска практика през 1972г.
 - Приет е Закон за народната здраве (1973г.)
 - Развива се международното здравно сътрудничество.
 - Разширени са възможностите за амбулаторно-поликлинично обслужване.
- Ликвидирането на частната лекарска практика води до:
- ✓ По-добра защита на здравните интереси на населението.
 - ✓ Елиминиране на материалните взаимоотношения между лекарите и пациентите.
 - ✓ Създаване на предпоставки за подобряване на амбулаторно-поликлиничната и стационарната помощ.
 - ✓ Принципът на безплатно и общодостъпно медицинско обслужване става основен.

Броят на лечебните заведения се увеличава в периода 1970-1975г., когато са построени и въведени в експлоатация множество окръжни и районни болници. Мрежата от здравни заведения за обслужване на селското население се разширява и достига 32 селски поликлиники, 197 селски здравни служби и 1028 селски здравни участъка. (1)

Броят на профилактичните прегледи в периода 197-1975г. нараства значително. Само през 1975г. са извършени над 2 милиона флуорографски прегледа и повече от 300 хиляди профилактични прегледа. Извършва се масова диспансеризация на населението, чрез активно издирване на рискови контингенти, нуждаещи се от укрепване на здравето. Към поликлиниките се създават отделения за масово профилактично обследване. Броят на тези отделения от 1 през 1971г. нараства до 72 през 1975г. През 1975г. тези отделения обследват над 1 милион и 400 хиляди души, 136 хиляди от които са взети под диспансерно наблюдение. (1)

През 1981г. са извършени 58.1 милиона посещения при лекарите и 5 милиона посещения на лекари по домовете на болни.Диспансеризирани са 4.5 милиона души, което е над 50% от населението към онзи момент.(1) Обемът на оказаната медицинска помощ нараства, както и достъпността и качеството се повишават.(62) През 2000г. в страната функционират вече 299 лечебни заведения с 60 552 легла. (5)

Промените извършени в резултат на стартираната през 2000г. здравна реформа доведоха до кардинални промени в системата на здравеопазване в България.С приетия Закон за лечебните заведения (ЗЛЗ),/ обн. ДВ, бр.62 от 9 юли 1999г. се поставя началото на процеса на преобразуване на съществуващите до този момент публични лечебни заведения (болници, поликлиники,диспансери) в лечебни заведения от нов тип. Ролята на определящ фактор за разделянето на лечебните заведения на два сектора /за болнична и за извънболнична медицинска помощ/ играе функционалната специфика на всяко лечебно заведение. Болничната помощ се извършва в лечебни заведения за болнична помощ, които могат да бъдат болници, диспансери,домове за медико-социални грижи Извънболничната помощ се извършва в множество по вид и различни по функция лечебни заведения.

Най-общо лечебните заведения за извънболнична помощ са разделени на две групи: амбулатории за първична извънболнична помощ и амбулатории за специализирана извънболнична помощ. От своя страна амбулаториите за първична извънболнична помощ се делят на индивидуални и групови практики за извънболнична помощ.

Амбулаториите за специализирана извънболнична медицинска помощ се делят на : индивидуална практика за специализирана медицинска помощ, групова практика за специализирана медицинска помощ, медицински център , дентален център , медико-дентален център, диагностично-консултативен център, самостоятелни медико-диагностични и медико-технически лаборатории. Замисълът на предприетата здравна реформа предвижда лечебните заведения за извънболнична помощ да играят ролята на регулиращ фактор за достъп на пациентите до болнична помощ. Основен момент в тези промени заема изискването за регистриране на новосъздадените и преобразувани лечебни заведения по Търговския закон.

През 2001 г в страната са регистрирани общо 1190 лечебни заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ, в т.ч.диагностично-консултативни

центрове-104, медицински центрове - 328, дентални центрове-70, медико-дентални центрове - 26, самостоятелни медико-диагностични и медико-технически лаборатории - 592./ по данни на НСИ. (96)

В периода 2001-2013г. броят на регистрираните лечебни заведения за извънболнична помощ в страната нараства значително. По данни на НСИ към 31.12.2013г. те са общо-1886, от които: диагностично-консултативни центрове-117, медицински центрове -604, дентални центрове-48, медико-дентални центрове-39, самостоятелни медико-диагностични и медико-технически лаборатории -1078. (96)

Според данни от анализ на МЗ, озаглавен „Здраве и здравеопазване – актуално състояние” и публикуван като приложение на Националната здравна стратегия 2014-2020г.” Към 31.12.2012г. по данни на НЦОЗА са функционирали 9144 лечебни заведения за първична извънболнична медицинска помощ (ПМП) от които 3798 за първична медицинска помощ и 5396 лечебни заведения за първична дентална помощ. Индивидуалните практики за първична извънболнична помощ са 3575, а груповите практики за първична медицинска помощ- 223бр. Броят на груповите практики за ПМП е незначителен и възлиза на едва 6% от общият брой на този вид лечебни заведения. (59). По данни от същия доклад специализирана извънболнична медицинска помощ (СИМП) през 2012г. в страната са извършвали 4054 лечебни заведения. Диагностично-консултативни центрове - 121, медицински центрове -575, групови практики за СИМП - 149, индивидуални практики за СИМП - 3050. (59)

2.2. НИВА НА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ-МЯСТО И РОЛЯ НА СПЕЦИАЛИЗИРАНАТА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

Съществуват три нива на медицинската помощ: първична (базова) медицинска помощ, вторична (специализирана) медицинска помощ и третична (суперспециализирана, свръхспециализирана) медицинска помощ. Първите две нива принадлежат към системата на извънболничната помощ. Третото ниво принадлежи към системата на болничната помощ. (9)

В българските условия първичната (базова) медицинска помощ се осъществява от института на общопрактикуващия лекар-(ОПЛ). Общопрактикуващите лекари могат да реализират дейността си като регистрират лечебни заведения-амбулатории за

първична медицинска помощ съгласно ЗЛЗ, които могат да бъдат индивидуални или групови практики.

Второто ниво на медицинска помощ се представя от специализираната извънболнична медицинска помощ. В това ниво са включени множество лечебни заведения с различна структура, функции и изисквания за регистрация:

- Индивидуална практика за специализирана медицинска помощ.
- Групова практика за специализирана медицинска помощ.
- Медицински център, дентален център и медико-дентален център.
- Диагностично-консултативен център.

Към това ниво е коректно да принадлежат и самостоятелните медико-диагностични и медико-технически лаборатории (чл.8, ал1 т.3 от ЗЛЗ), независимо, че не са посочени изрично при изброените в чл.8, ал.1, т.2 по-горе лечебни заведения за СИМП.

Третото ниво (третична) медицинска помощ е представено от болничната медицинска помощ.

В структурно отношение специализираната извънболнична медицинска помощ е разположена като междинно ниво между базовата (първична) медицинска помощ и болничната (третичната) свръхспециализирана медицинска помощ. Това място в структурен план определя и функционалната характеристика на специализираната извънболнична медицинска помощ. Тя се явява като посредник, медиатор междинно звено между първичната и болничната медицинска помощ. (18) От тук произтича и нейната **координираща функция**. СИМП осъществява лечебно – диагностични дейности по отношение на пациенти, насочени от ОПЛ от първичната медицинска помощ както и към такива потърсили помощ директно, прескачайки първото ниво на системата. По отношение на третото ниво на системата (болничната помощ) СИМП реализира двупосочно въздействие. СИМП насочва за хоспитализация пациенти, чийто здравни проблеми не могат да бъдат решени в условията на първото и второ ниво (ПМП и СИМП). Тази функция е на „пазач на входа” на болничната помощ. В същото време СИМП извършва лечебни, консултативни, диспансерни и други дейности на пациенти след изписването им от лечебни заведения за болнична помощ. Тази функция е на „продължител и приемник и изпълнител” в лечебно-диагностичния процес на дехоспитализирания пациент. Има и трета функция на „транслатор”, свързана с

насочване за наблюдение и грижи от ОПЛ на дехоспитализирания пациент. Важна характеристика на специализираната извънболнична медицинска помощ е нейната „двойственост”, породена от специфичните функции, които изпълнява. Тези функции са свързани с нейната позиция на второ ниво на извънболничната помощ.

Един от основните приоритети на Европейската здравна политика е **интегралният подход** в управлението и функционирането на здравеопазването. Както подчертава проф. Борисов **”Интегритетът е ключов проблем на здравната система”**(9). Ролята на интегралното взаимодействие между трите нива на медицинската помощ е изведено като основен принцип за ефективното функциониране на здравната служба от същия автор.

2.3. ЗАКОНИ ИЗИСКВАНИЯ КЪМ ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ ЗА ИЗВЪНБОЛНИЧНА ПОМОЩ

Новите обществено-икономически и политически условия в България след 1989г. поставят необходимостта от промени в правната рамка на здравеопазването. Приети са пакет от закони от Народното събрание с които се регламентират нови отношения в здравеопазването. Лечебните заведения се преобразуват в търговски дружества. Новият статут на лечебните заведения им предоставя юридическа и финансова самостоятелност(24). Приетите здравни закони определят нова номенклатура на лечебните заведения. Законово е регламентирано отделянето на до болничната (извънболничната)помощ от болничната. Извършено е формулиране на понятията ”специализирана извънболнична помощ”, ”медицински център”, „диагностично-консултативен център”. По този начин медицинските услуги, оказвани до момента в болниците са изнесени за извършване в лечебните заведения за извънболнична помощ.(24)

Извършените законодателни промени водят до цялостна промяна в структурата , организацията и функционирането на лечебната мрежа. Създават се множество различни по вид, структура и функции лечебни заведения за извънболнична помощ. Прекъсва се връзката между лекарите, работещи в болничната помощ и тези, работещи само в извънболничната помощ.

Законът за лечебните заведения (ЗЛЗ) е в основата на осъществените промени в организацията на дейността на лечебните заведения. Публичните здравни

заведения, диспансерите и болничните диагностично –лечебни структури към висшите медицински училища са преобразувани със заповед на министъра на здравеопазването в еднолични търговски дружества до 1.09.2000г. (чл.101, ал.6 от ЗЛЗ). Публичните здравни заведения за извънболнична помощ са преобразувани в лечебни заведения със статут на еднолични търговски дружества.(24)

Преобразуването на здравните заведения за извънболнична помощ е извършено от съответните оторизирани органи на държавната и местна власт, съгласно техните компетенции и правомощия. Тези органи са министърът на здравеопазването и съответните общински съвети, на чиято територия са разположени преобразуваните заведения. До сключването на договори с НЗОК (РЗОК) преобразуваните лечебни заведения се финансират от общинските бюджети. (24)

Законът за лечебните заведения регламентира възможността лекарите и стоматолозите, работещи в преобразуваните лечебни заведения за извънболнична помощ, при поискване от тяхна страна да могат да наемат помещения, обзавеждане и медицинска апаратура. Същото право е предвидено и за лечебните заведения , учредени от тези лекари и стоматолози. Отдаването под наем се извършва от управителните органи на преобразуваните лечебни заведения на преференциални условия- по цени в размер 10 на сто от наемната цена , определена от компетентния общински съвет по реда на Закона за общинската собственост. Апаратурата и обзавеждането се отдават под наем по цени равни на месечните амортизационни отчисления, определени по реда на чл.20 от Закона за счетоводството. Помещения могат да се отдават под наем и на други лечебни заведения при наличие на свободни незаети помещения(чл.102, ал.5 от ЗЛЗ)(24). Законовата рамка, очертана от ЗЛЗ става движеща сила за регистрация на множество разнородни по вид и функция лечебни заведения за извънболнична помощ. (24)

Въпросът за мястото и ролята на диагностично-консултативните центрове в интегрираната медицинска помощ датира от момента на тяхното правно-нормативно дефиниране, извършено през 1999г. в Закона за лечебните заведения(ЗЛЗ)/ДВ, бр.62 от 9 юли 1999г./В този закон се урежда устройството и дейността на лечебните заведения в Република България в условията на продължаваща здравна реформа. (101)

Със ЗЛЗ са въведени понятията **извънболнична** и **болнична помощ**, с което се дава началото на реструктуриране на съществуващите до момента публични

лечебни заведения в лечебни заведения от нов тип, които могат да се създават от държавата, общините и от други юридически и физически лица. Разделянето на лечебните заведения на посочените две групи се определя от вида на извършваната в тях медицинска дейност. Извършваната до 1999г. амбулаторно –поликлинична дейност в различните видове болници с промените заложи в закона се предоставя за осъществяване от множество по вид и разнородни по структура и функции лечебни заведения за извънболнична помощ.(101)

Амбулатория за индивидуална практика е организационна форма на лечебно заведение, при която един лекар/стоматолог извършва медицинска дейност индивидуално(чл.8, ал.1 „б.”а” и ал.2, б.”а” от ЗЛЗ). Той е единствен собственик на лечебното заведение и работи самостоятелно. По своя преценка лекарят може да наеме и помощен персонал. Амбулаторията за индивидуална практика подлежи на административен регистрационен режим.(25) До края на 2010г. тази регистрация е извършвана в Регионалните центрове по здравеопазване в съответните региони. От началото на 2011г. след преобразуването на РЦЗ и РИОКОЗ в Регионални здравни инспекции (РЗИ), регистрацията се извършва в съответните РЗИ, съгласно действащия устройствен правилник на РЗИ (Обн.ДВ бр.6 от 18 Януари 2011г., изм и доп.ДВ бр.34 от 09 Април 2013г.) и Закона за здравето (Обн.ДВ.бр.70 от 10 Август 2004г., изм ДВ., бр.98 от 2010г., в сила от 01.01.2011г.).

Амбулаторията за групова практика е по-сложна форма на лечебно заведение за извънболнична медицинска помощ. В нея работят поне двама лекари или стоматолози. Базисно изискване за обединение на лицата в групова практика е те да имат **еднаква специалност**. Освен това те трябва да регистрират търговско дружество или кооперация(чл.14, ал.1 и 2 от ЗЛЗ). Законът определя изискването за еднаква специалност да важи и за двата вида групови практики- за първична и за специализирана помощ. Когато лечебното заведение е регистрирано като амбулатория за групова практика за първична медицинска помощ всички лица трябва да притежават специалност”обща медицина”. Когато лечебното заведение е регистрирана като амбулатория за групова практика за специализирана медицинска помощ всички лица трябва да притежават една и съща придобит а специалност. Законът не позволява хипотезата две лица с различна специалност да извършват съвместно специализирана медицинска помощ.(25)

Медицинският център, като форма на лечебно заведение за извънболнична специализирана медицинска помощ е регламентиран в чл.16 на ЗЛЗ. Дейността в този вид лечебно заведение се осъществява от **минимум 3 лекари с 3 различни специалности**. Този критерий е и основната разлика на медицинския център от груповата практика за специализирана извънболнична медицинска помощ, където се извършва медицинска дейност само по една специалност(25).

Медицинският център може да бъде учреден като търговско дружество както от медицински специалисти, така и от други лица. Този пункт е също отлика от груповата практика за СИМП, която може да бъде учредена като търговско дружество само от лица медицински специалисти. Управлението на медицинския център се извършва от лекар с призната специалност.

Диагностично-консултативният център е най-сложната от гледна точка на устройство и учредяване форма лечебно заведение за извънболнична помощ. Базисно изискване за неговата регистрация е в него да работят **най-малко 10 лекари с различни специалности**(чл.17 от ЗЛЗ). Второ важно изискване към него е да разполага с **медико-диагностична лаборатория и апаратура за образна диагностика**. Трето специфично изискване се отнася до управителя на лечебното заведение(чл.17, ал.2 от ЗЛЗ). Той трябва да бъде лекар с придобита специалност и квалификация по „здравен мениджмънт” или висше икономическо образование „магистър” по управление и придобита специалност по медицинска информатика или здравен мениджмънт.(25)

Самостоятелните лаборатории, регламентираны в Закона за лечебните заведения са два вида-**медико-диагностична** и **медико-техническа**(чл.18 от ЗЛЗ). Те са самостоятелни лечебни заведения за извънболнична помощ. Законът изисква в лабораторията да работи минимум един лекар с призната специалност по профила на лечебното заведение. **Медико-техническата лаборатория** осъществява технически дейности и произвежда специализирани медицински и помощни средства. Управлението и се извършва от лекар, стоматолог или специалист по профила на лабораторията(чл.18, ал.4 от ЗЛЗ). Лабораториите подлежат на административна регистрация по реда на чл.40 от Закона за лечебните заведения.(25)

2.4. КЛАСИФИКАЦИЯ НА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ ЗА ИЗВЪНБОЛНИЧНА ПОМОЩ:

Видовете лечебни заведения за извънболнична помощ са регламентирани в чл.8 на ЗЛЗ (101). Основно те са разделени на три групи(Фиг.1):

Фигура 1. Класификация на лечебните заведения за извънболнична помощ



❖ Амбулатории за първична медицинска помощ

Амбулаториите за първична медицинска помощ се разделят на :

Амбулатории за **индивидуална практика** за първична медицинска помощ;

Амбулатории за **групова практика** за първична медицинска помощ;

❖ Амбулаториите за специализирана медицинска помощ се подразделят на :

Индивидуална практика за специализирана медицинска помощ;

Групова практика за специализирана медицинска помощ;

Медицински център, стоматологичен център и медико-стоматологичен център;

Диагностично-консултативен център;

❖ Самостоятелни медико-диагностични и медико-технически лаборатории;

Класификацията на лечебните заведения може да се базира на различни **водещи признаци**. Някои автори предлагат следната класификация(25):

Според **вида на формата за регистрация:**

- Амбулатории за индивидуална и групова практика;
- Медицински център;
- Диагностично- консултативен център;

Според **броя на упражняващите медицинска дейност** в тях:

Амбулаториите се делят на:

- ✓ Амбулатории за **индивидуална** практика;
- ✓ Амбулатории за **групова** практика;

Според **вида на специалността на практикуващите лекари** те биват:

- Амбулатории за оказване на **първична** медицинска помощ от общопрактикуващи лекари/стоматолози(лекари по дентална медицина);
- Амбулатории за оказване на **специализирана** медицинска помощ от лекари/стоматолози (лекари по дентална медицина);

Забележка: Пропуск в тази класификация е невключването на самостоятелните медико-диагностични и медико-технически лаборатории.

Предложена е и една по-обща класификация, която разделя **типовете лечебни заведения** за извънболнична помощ на (18):

- ✓ Амбулатории за **първична** медицинска помощ;
- ✓ Амбулатории за **специализирана** медицинска помощ;
- ✓ **Самостоятелни** медико-диагностични и медико-технически **лаборатории;**

Допълнителни **по-общи критерии** за класификация могат да бъдат:

Формата на собственост:

- ✓ Публични;
- ✓ Частни;

Административния режим на създаването им:

- ✓ Подлежащи на административна регистрация;
- ✓ Подлежащи на разрешителен режим;
- ✓ Подлежащи на акредитация

Към настоящият момент всички лечебни заведения за извънболнична помощ подлежат само на административна регистрация в съответната териториална Регионална здравна инспекция. Режимът на акредитация не е задължителен за лечебните заведения за извънболнична помощ и се прилага по желание на управителните им органи, освен в случаите, когато извършват обучение. (61).

2.5. ЛЕЧЕБНИ ЗАВЕДЕНИЯ ЗА ИЗВЪНБОЛНИЧНА ПОМОЩ**2.5.1. ЛЕЧЕБНИ ЗАВЕДЕНИЯ ЗА ИЗВЪНБОЛНИЧНА ПОМОЩ В БЪЛГАРИЯ**

Развитието на системата за извънболнична помощ в България стартира с приемането на ЗЛЗ през 1999г. за периода от тогава до 2013г. броят на ЛЗ за извън болнична помощ нараства. Данните за динамиката на този процес са представени на табл. . ,, Според проф. Гладилев и доц. Делчева през 2007г. по данни на НЦЗИ, в здравната мрежа на страната функционират 22 530 лечебни заведения за извънболнична помощ, в т.ч. медицински центрове, диагностично-консултативни центрове, самостоятелни медико-диагностични и медико-технически лаборатории, лечебни заведения за извън болнична помощ към др.ведомства.” . (16)

Според същите автори ,, в здравеопазването продуцирането на медицинска помощ зависи в най-голяма степен от броя на медицинските кадри и степента на тяхната квалификация, броя, вида и мощността на здравните заведения и тяхното разпределение. Имайки предвид състоянието на тези компоненти на медицинската

служба , следва да се търси най-ефективния и едновременно с това най-икономичния модел на производство на здравна помощ. (16)

Основната задача на здравната политика е да подпомогне здравните политици и мениджъри при взимането на решения, като им предоставя в систематизиран вид научни доказателства за клиничните, социалните , икономическите , етичните и общосистемните последици от инвестирането и използването на различни технологии и форми на организация в здравеопазването. Събирането на необходимите и достатъчни доказателства за построяването на здравна политика, има за цел да се направи оценка и анализ на организацията и управлението на конкретната здравна система / като цяло и на нейните компоненти/ и на тази основа да се разкрият нивото на ефективност, структурната адекватност, отношението разход/ефективности потребността от реформи. В крайна сметка здравната политика базирана на доказателства е насочена към постигането на възможно най-добра медицинска, икономическа и социална ефективност”. (11)

Терминът ДКЦ , както казва проф.Борисов е създаден да подмени предишния термин „Поликлиника”. „ Самото наименование ДКЦ , подсказва ,че там не се извършва лечение и профилактика, а само диагноза и консултация... Иначе според Закона за лечебните заведения ДКЦ е главното действащо лице в извънболничната медицинска помощ”.(10)

Дискутабилната роля на мястото на ДКЦ в системата на здравеопазването и в частност в специализираната извън болнична помощ, определя необходимостта от неговото задълбочено проучване и определяне на мястото и ролята му в този сектор на здравеопазването.

Периодът след 2000г. до момента се характеризира с непрекъснато увеличаване на лечебните заведения за извънболнична медицинска помощ както в национален, така и в регионален мащаб. По данни на НСИ броят на лечебните заведения за извънболнична медицинска помощ в страната от 1190 (2001) нараства до 1715 (2009), за да достигне 1886 (2013). Важно е да се посочи , че в този източник са представени данни само за регистрираните лечебни заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ- диагностично-консултативни центрове, медицински центрове, дентални центрове, медико-дентални центрове и самостоятелни медико-диагностични и медико-технически лаборатории. В него не е отразена динамиката на индивидуалните

и групови практики за специализирана извънболнична медицинска помощ/СИМП/ за периода.(96)

Броят на диагностично – консултативните центрове нараства бавно от 104(2001) на 115(2009) и достига 117(2013). Броят на медицинските центрове нараства бързо от 328(2001) до 590(2009) като достига 604(2013).Броят на самостоятелните медико-диагностични и медико-технически лаборатории нараства от 592(2001) на 928(2009) като достига до 1078(2013). (96)

Броят на лекарите практикуващи в лечебни заведения за СИМП показва трайна тенденция към нарастване за периода 2000-2013г. Техният брой е удвоен спрямо 2000г. През 2010г. достига до над една трета от всички лекари . Според Зл.Петрова и Стр.Генев това се дължи на постоянно нарастващия брой на сключените договори от НЗОК за извънболнична помощ с болнични лекари. По данни на същите автори, цитиращи данни на НЗОК броят на лечебните заведения за СИМП нараства за периода 2000-2010г. (61)

Индивидуалните практики от 951(2000г.) на 2392(2010г.), груповите практики от 7(2010) на 120(2010). Подобна е картината и при другите лечебни заведения за СИМП-медицинските центрове от 157(2000г.) на 520(2010г.),центрове от 12(2000г.) на 49(2010г.).Най-малък е темпът на нарастване на диагностично-консултативните центрове от 89(2000г.) на 113(2010г.). Динамиката в развитието на мрежата от лечебни заведения за извънболнична помощ за периода 2000-2009г. е представена на Таблица 1.(96) .

В периода 2009-2013г. се запазва тенденцията на нарастване на регистрираните лечебни заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ. Само през 2010г. има леко намаление в общия брой на регистрираните лечебни заведения за СИМП-1613(2010) спрямо 1715(2009). Броят на регистрираните медицински центрове достига до 604(2013г.), докато общият брой на регистрираните ДКЦ нараства незначително и достига 117.(2013г.) Броят на самостоятелните медико-диагностично лаборатории достига до 1078.(2013г.) Броят на медико-денталните центрове нараства до 39(2013г.), а този на денталните центрове остава относително постоянен 48(2013г.), спрямо 49.(2009г.)

Динамиката на развитие на лечебните заведения за извънболнична помощ в Р България в периода 2009-2013г. е представена на Таблица 2 . (96)

Таблица №1 Лечебни и Здравни заведения за периода 2001-2009г. в Р. България/.

Заведения	2001		2004		2005		2006		2008		2009	
	брой	легла	брой	легла	брой	легла	брой	легла	брой	легла	брой	легла
Лечебни заведения за извънболнична помощ ²	1190	367	1489	669	1 554	819	1 685	1 380	1 679	961	1715	856
Диагност.-консултативни и центрове	104	103	107	204	105	268	104	254	115	287	115	283
Медицински центрове	328	116	454	440	495	518	575	1 102	588	643	590	541
Дентални центрове	70	-	56	4	53	4	52	4	51	6	49	8
Медико-дентални центрове	26	13	44	21	47	29	47	20	37	25	33	24
Самостоятелни медико-диагностични и медико-технически лаборатории	592	-	828	-	854	-	907	-	888	-	928	-

Източник:НСИ,<http://www.nsi.bg/bg/content/3280/,/3310/> дата на достъп-02.08.2014 (96)

Таблица №2 Лечебни заведения за извънболнична помощ в Р. България (2009 -2013г.)

Заведения	2009		2010		2011		2012		2013	
	брой	легла	брой	легла	брой	легла	брой	легла	брой	легла
Лечебни заведения за извънболнична помощ ²	1715	856	1 613	938	1770	924	1 804	838	1886	986
Диагностично-консултативни центрове	115	283	113	287	121	263	121	228	117	245
Медицински центрове	590	541	520	624	559	617	575	588	604	706
Дентални центрове	49	8	49	4	49	6	49	7	48	9
Медико-дентални центрове	33	224	29	223	35	38	33	15	39	26
Самостоятелни медико-диагн. и медико-технически лаборатории	928	-	902	-	1006	-	1026	-	1078	-

Източник:НСИ,<http://www.nsi.bg/bg/content/3280/,/3310/> дата на достъп-02.08.2014(96)

Динамиката в броя на регистрираните лечебни заведения за СИМП в страната за периода 2000- 2013г. е с изразена тенденция към нарастване.

2.5.2. ЛЕЧЕБНИ ЗАВЕДЕНИЯ В ОБЛАСТ ВРАЦА 2010 – 2013г

Динамиката в ръста на лечебните заведения за извънболнична медицинска помощ в област Враца следва същия тренд както в национален план за периода след 2000г. До момента се характеризира с непрекъснато увеличаване на лечебните заведения за извънболнична медицинска помощ в регионален мащаб. По данни на НСИ(88) броят на лечебните заведения за извънболнична медицинска помощ в област Враца от 15(2001) нараства до 31(2009), за да достигне 37(2013). Важно е да се посочи, че в този източник са представени данни само за регистрираните лечебни заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ- диагностично-консултативни центрове, медицински центрове, дентални центрове, медико-дентални центрове и самостоятелни медико-диагностични и медико-технически лаборатории. В него не е отразена динамиката на индивидуалните и групови практики за специализирана извънболнична медицинска помощ/СИМП/ за периода.

Таблица №3: Лечебни и здравни заведения в област Враца за периода 2010-2013г.

ЛЕЧЕБНИ И ЗДРАВНИ ЗАВЕДЕНИЯ НА 31.12 в Област Враца				
	2010	2011	2012	2013
Заведения	Брой	Брой	Брой	Брой
Лечебни заведения за болнична помощ	13	14	13	13
Многопрофилни болници	6	7	6	6
Специализирани болници	4	4	4	4
Диспансери	-	-	-	-
Лечебни заведения за извънболнична помощ	39	39	40	37
Диагностично-консултативни центрове	1	1	1	1
Медицински центрове	17	17	18	17
Дентални центрове	-	-	-	-
Медико-дентални центрове	1	1	1	1
Самостоятелни медико-диагностични и медико-технически лаборатории	20	20	20	18
Други лечебни и здравни заведения	4	3	3	3

Източник:НСИ,<http://www.nsi.bg/bg/content/3312/>, дата на достъп-02.08.2014.(97)

Броят на диагностично –консултативните центрове остава без промяна от 1(2001) на 1(2009) и 1(2013). Броят на медицинските центрове нараства бързо от 9(2001) до 15(2009) като достига 17(2013). Броят на самостоятелните медико-диагностични и медико-технически лаборатории нараства от 3(2001) на 14(2009) като достига до 18(2013).(97)

2.6. НЕРЕШЕНИ ОРГАНИЗАЦИОННИ ПРОБЛЕМИ НА ДОБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

Здравните услуги, оказвани от специализираната извънболнична медицинска помощ имат значителен дял в разходите за здравеопазване. Затова всяка държава е заинтересована да намали излишното използване на тези услуги и да стимулира ОПЛ в тяхната регулираща и координираща роля, при условие, че се поддържа качество на оказваната помощ (Гл.Комитов, Стр.Генев).

Приоритетът на извънболничната медицинска помощ, според редица наши експерти, през последното десетилетие е неоправдано подценен (6,7,13, 19, 20).

Националният консултант по здравен мениджмънт проф. Ц.Воденичаров подчертава, че в цялата национална здравна система и особено в извънболничната помощ е нужно реализирането на здравна политика, базирана на доказателство. (13) Този акцент е очевиден и в анализите на чуждестранни автори (117,126,137)

Тогава, когато пациентите имат свободен достъп до второто ниво на системата – СИМП, те много често търсят консултация по неясни проблеми и за неточно определени симптоми, които в повечето случаи нямат връзка с конкретна диагноза. Това води до излишни консултации, назначаване на повече и излишни медико-диагностични изследвания и оттам на завишаване на разходите. Обратно, ако специалистът работи предимно с пациенти, изпратени след преглед от ОПЛ, би следвало процентът на действително болните от селектираните пациенти да е значително по-голям и лекарят концентрира своята работа върху по-ясно представени симптоми и състояния.

Реализирането на разнообразните медицински дейности е затруднено, поради редица нерешени организационни проблеми на извънболничната медицинска помощ.

Преди всичко липсва прецизна координация между извънболничната помощ и болничната помощ, както и между отделните заведения за извънболнична помощ.

Липсва необходимата интеграция в този вид помощ, което особено се подчертава от Ч. Еленков (24).

Интеграцията на грижи се очертава като основно предизвикателство за предоставянето на здравни грижи, особено при пациенти с множествени, сложни хронични заболявания. Интегрираните грижи (integrated care programme) са структурирани планове, които фиксират подробно съществените стъпки в лечението на пациенти със специфичен клиничен проблем чрез мултидисциплинарен подход. Те са също и средство за подобряване на системното събиране на клинични данни за медицински одит и за насърчаване на иновациите в практиката (19,24,30,47)

В публикацията на С. Генов „Подходи за ефективен мениджмънт на ресурсите в извънболничната медицинска помощ в условията на здравно осигуряване” се представят някои международни данни за извънболничната помощ в ЕС и САЩ .

Таблица №4 : Параметри на достъпа в Р България и някои европейски страни

Филтрираща роля на ОПЛ		Препращания към специалист / на 1000 посещения при ОПЛ/		Интервал между датата на направлението и датата на прегледа от специалиста /в дни/	
Финландия	Да	Норвегия	80.5	Унгария	1.5
Унгария	Да	Италия	66.2	Франция	6.3
Холандия	Да	Югославия	63.7	Германия	6.9
България	Да	България	63.0	България	1.0 – 3.0
Великобритания	Да	Португалия	55.6	Белгия	7.5
Дания	Да	Германия	55.1	Холандия	10.8
Ирландия	Да	Испания	54.6	Испания	12.0
Италия	Да	Великобритания	47.2	Швейцария	12.5
Испания	Да	Холандия	44.2	Дания	26.2
Австрия	Не	Ирландия	42.0	Ирландия	27.4
Белгия	Не	Швейцария	38.4	Португалия	28.5
Франция	Не	Белгия	37.5	Португалия	33.7
Германия	Не	Унгария	34.6	Великобритания	36.3

Източник: Хервас Х., Общопрактикуващият лекар – пазач на входа на системата. Медицинска практика, №1, 2001.

Достъпът на ЗЗОЛ до извънболнична помощ е осигурен във висока степен и като процент препращания на пациенти от ОПЛ към СИМП е по-висок, отколкото в други държави в ЕС, в които съществува gatekeeping – над 55% средно от пациентите

получават едно направление месечно, а близо 7% получават по четири направления месечно. № само се слага тук Анализът на Гл.Комитов и Стр.Генев обобщено показва следното:

Времетраенето на интервала, през който пациентите посещават специалист с направление от ОПЛ е много по - нисък в сравнение с други страни. Резултатите от анкетата сочат, че между 60,91% и 71.0% от пациентите са прегледани още в деня на получаване на направлението.

Желанието на пациентите да се прегледат при специалист е прието и съобразено от ОПЛ, който е издал направления при 63,80 % до 84.3% от анкетираниите. Това говори за висока удовлетвореност на предпочитанията на пациента, като разбира се неясен остава въпроса наистина ли е имало обективна необходимост за препращане към специалист. Продължителността на прегледите в ПИМП и СИМП в България – 20 мин. не се различава от тази в САЩ и Европейския съюз, която е средно 20-21 минути.

Анкета на двамата автори показва, че най-голяма част от анкетираниите пациенти – 63,2% биха отишли на платен преглед при специалист, ако 90% от сумата за прегледа им бъде възстановена. 20,1% не биха отишли на такъв преглед, защото смятат, че трябва да им бъде възстановена цялата сума. Не малък е делът и на тези, които не могат да преценят – 15%. (21) Гл.Комитов и Стр.Генев правят следните *основни изводи*:

Инфраструктурата на извънболничната помощ в страната, осигуреността с медицински персонал и излизането на повече изпълнители на пазара на медицински услуги предоставя възможности за осигуряването на равен достъп за населението и създава благоприятна конкурентна среда с оглед подобряване на качеството на услугите;

Осигуреността на медицинската помощ, в т.ч. и на извънболничната помощ в страната с лекари е дори по – висока, отколкото в други държави от ЕС. Изключително ниска е осигуреността със специалисти по здравни грижи (по данни на НСИ през 1990 г. в страната ни е имало 53 810 медицински сестри, а през 2008 година техният брой е едва около 29 000); (61)

Броят на лечебните заведения – изпълнители на ПИМП и СИМП надвишава значително регламентираниите в Националната здравна карта държавни стандарти;

Здравните проблеми, поради които пациентите посещават ОПЛ са основание за препращане в специализираната помощ във висок процент; (61)

Достъпът до нивата на извънболнична помощ в страната ни е изключително широк, като за СИМП, той е на четвърто място по ниво на достъп за Европа. Подобен достъп, като времетраене на интервала не се наблюдава в Европейския съюз, с изключение само в Унгария – 1,5 дни. Този резултат е свързан вероятно с липса на точни анализи и изследвания в България на здравните потребности за СИМП, неясни разчети за необходимия брой направления за СИМП, осигурявани от НЗОК и отсъствието на мотивация в ОПЛ за получаване на средства, заплащани за реално извършени дейности;(61)

Пациентите традиционно желаят преглед при повече от един лекар, като предпочитанията им са за едновременни консултации с ОПЛ и специалист;

Съществуват серия **нерешени проблеми в извънболничната помощ**, които според Гл. Комитов и Стр. Генов са следните:

Достъпът до СИМП се влияе по-скоро **от броя направления** за консултация и съвместно лечение, с които разполага един ОПЛ, а не толкова от неговата професионална преценка;

В СИМП за периода **се увеличава относителният дял** на заплащането за първични прегледи – консултации. Намалява дялът на заплащането за вторичните диспансерни прегледи, което формира тенденция на намалена активност за извършване на диспансерни дейности в специализираната помощ.

Системата на регулативни стандарти е механизъм за финансова регулация, която се основава на медико-статистически и икономически данни за обръщаемостта към ПИМП, препращанията по вид и брой за консултации в СИМП, назначените медико-диагностични изследвания, необходимостта от диспансерно наблюдение и др. и е в по-силна зависимост от рамките на утвърдения бюджет на НЗОК, а не толкова от реалните здравни потребности, оценени по държавна и нормативно утвърдена методика;

В светлината на резултатите от анкетните проучвания, че от 63,80% до 84.3% от анкетиранията пациенти получават направление за специализираната помощ възниква следния въпрос – наистина ли този висок процент от пациентите са имали **здравна потребност** (обективната и осъзната нужда) от медицински услуги в специализираната

помощ или това е следствие на традиционното желание на българския пациент да бъде непременно прегледан и от специалист;

Съществуването на **високи възможности и капацитет на извънболничната помощ** до настоящия момент не изпълнява нейната основна мисия - изграждането на мощна система за първично (базово) и вторично специализирано здравно обслужване, които да доведат до качествени промени в здравеопазната система и здравето на нацията;

Отсъства **нормативно утвърдена методика за оценка** на лечебните заведения. При финансирането на извънболничната помощ не се отчита ефективността на извършените разходи по отношения на здравния ефект от извършваните медицински дейности;

В НРД не са посочени индикатори за **качество** в извънболничната помощ. Заплащанията в ПИМП и СИМП се извършват на основание на отчетена дейност, като към настоящия момент не е възможно да се вземе предвид качеството на предлаганите здравни услуги;

Акредитационната оценка не служи, като инструмент за договаряне на дейност или за определяне на нива на заплащане;

Към настоящия момент са утвърдени **медицински стандарти** за малък брой специалности. Почти изцяло са покрити хирургичните специалности, докато при терапевтичните, медицинските стандарти са по-скоро изключения. Напр. от профилните специалности на вътрешни болести стандарт има само по ендокринология и болести на обмяната. Стандартите по обща медицинска практика, бяха утвърдени едва през януари 2006 година;/

Не са разработени **диагностично-лечебни алгоритми**, протоколи, указания (guidelines) за извънболничната помощ. Липсата на публично достъпни диагностично-лечебни алгоритми /протоколи/, като правила за добра медицинска практика водят до затруднения при решаването на здравните проблеми, невъзможност за оценка на дейността на лечебните заведения, неясни рамки на пакета от медицински и немедицински дейности, които се заплащат и трудности в осигуряването на качество на здравната помощ; (61)

В **СИМП** само около една пета от лекарите специалисти работят в индивидуални практики. Всички останали работят в **мултикепни форми** на

организация на лечебно заведение - групови практики, медицински центрове или диагностично-консултативните центрове. В цитираните ЛЗ (преобладаващи в страната ни), които са общинска собственост, съгласно Закона за лечебните заведения (ЗЛЗ), управителят се назначава. Това означава, че участниците в екипа нямат глас в мениджмънта на лечебното заведение. В частните МЦ и ДКЦ обикновено управителят се явява собственик или доверено лице на собственика на лечебното заведение и екипът отново няма глас в избора на стратегията за мениджмънт. (61)

Според цитираните автори възможностите за подобряване на извънболничната помощ са:

Участие на пациентите в управлението и контрола на средствата за извънболнична помощ, чрез въвеждане на система за реимбурсиране на заплащания от пациента на лекаря. Наред със сега съществуващата система може да се създаде и паралелен достъп до СИМП, който се регулира и контролира от и чрез пациента. По желание пациентът “прескача” ОПЛ и посещава директно лекаря специалист. След извършване на необходимия преглед и процедури пациентът заплаща тази дейност на лекаря по цени, определени от обществения фонд - каса и еднакви с тези при другия път на достъп. Лекарят издава финансов документ, по който общественият фонд възстановява заплатената сума до определено ниво, като това става непосредствено след извършване на прегледа. Нивото на реимбурсиране може да се определи, като съответно на нивата в някои други държави от ЕС. Например в Словения е 85%, а във Франция 80%, като останалите 15 – 20 % са за сметка на допълнително здравно осигуряване в доброволни фондове или остават за сметка на пациента. В отчетния период лекарят отчита в касата извършения преглед и процедури по установения ред. Самото възстановяване може да става в офисите на касата, а също така и в търговски обекти, намиращи се непосредствено до лечебното заведение – книжарници и магазини. Финансовият документ се превръща в универсална ценна книга. Необходимо е да се предвидят и минимални средства, които ще се отчислят от оставащите 15 – 20 % за търговците, желаещи да възстановяват суми, т.е. да извършват услугата и ще сключат договор с НЗОК. Предимствата на тази система са няколко:

- Пациентите участват в управлението и контрола на собствените си пари, както и на действително извършената дейност от лекарите при решаване на здравен проблем. В случай, че лекарят не е извършва качествено дейността, отделя по-

малко време за преглед в сравнение с нормативно регламентираното времетраене или изобщо не я извършва, пациентът не заплаща.

- Лекарите получават незабавно сумите за извършените прегледи и процедури без да се чака отчетния период.
- Системата използва високият капацитет и възможности на извънболничната помощ, като натоварва оптимално лечебните заведения.
- Пациентите сами избират начина на своя достъп до СИМП – с направление от ОПЛ или чрез системата за реимбурсиране.

Необходимо е да се намери баланс между размера на капитационната сума и сумата заплащана за дейност в СИМП. Капитационното заплащане трябва да е достатъчно, за да поддържа финансовата стабилност на практиките и да осигурява посрещане на разходите по осъществяване на първичната помощ. От друга страна неговият размер трябва да е такъв, че да стимулира лекарите към изпълнение на дейности, които се заплащат извън капитацията - провеждането на профилактика, превенция, промоция на здравето, прегледи, назначаване на изследвания, извършване на манипулации на здравноосигурените лица, попадащи в листата на ОПЛ.

Разработването на **нормативно утвърдена методика за остойностяване на здравните дейности в извънболничната медицинска помощ** е изключително важно с оглед, както при прогнозирането и планирането на средства, така и при отчитането и заплащането на дейността.

Съществуват възможности за проучване и разработване на други системи на заплащане – виртуален (индивидуален) бюджет; финансово участие на здравноосигурените лица - допълнително осигуряване (доосигуряване), доплащане, франшиз, заплащането на разликата (balance billing); системи за влагане на средства в сектора на първични здравни грижи; амбулаторно-свързани групи и др. Световният опит показва, че липсва напълно сигурна система за мениджмънт на ресурсите и овладяване на експанзията на разходите. Вероятно един смесен модел, в който са включени елементи от посочените по-горе системи, ще покрие оптимално изискванията за ефективна система за управление.

Необходимо е да се разработят и внедрят диагностично-лечебни алгоритми, правила за добра медицинска практика (guidelines) или протоколи, които са задължителни за всички медицински специалности. Те трябва да съдържат план за

прилагане на предварително определени и разработени по образец “Evidence – Based Medicine” дейности, разписани във времева рамка с оптимална последователност, които се извършват при дадени състояния и заболявания. Този план за действие, включва в себе си както стандартизирани и ресурсно осигурени елементи на диагностично - лечебният процес, така и конкретно посочени отговорности на специалистите и мястото им процеса. Към настоящия момент в страната съществуват някои единични разработки на диагностични и терапевтични процедури по образец “Evidence – Based Medicine”.

Разработване на нормативна методика за оценка на дейността на лечебните заведения за ПИМП и СИМП, която да бъде обвързана с финансово стимулиране на развитието на практиката, както и обратното – при дълготрайна и непроменяема във времето негативна оценка на дейността лекарят да бъде освобождаван от лечебното заведение, води до нецелесъобразно и неефективно управление на ресурсите.

Вземането на решения за ефективно управление и разпределение на финансовите ресурси в извънболничната помощ е въпрос с неотменима важност, особено при сегашното състояние на този вид здравна помощ (Гл.Комитов, Стр. Генов, 2010).

Съобразно всичко казано до сега , от голяма значимост за развитието на ИБМП и в частност ДКЦ , е мнението на пациентите за организацията, качеството, откриване на пропуските в здравното обслужване и коригирането им.

На 62 сесия на СЗО – регионален комитет за Европа е разгледана доказателствената база на здравеопазването до 2020 г. (СЗО – РЕГИОНАЛЕН КОМИТЕТ НА ЕВРОПА -62 СЕСИЯ, Malta, 10–13 September 2010 г.)

На сесията е приета политическата рамка на здравеопазването за 2020 г., и е създадена ръководна група за формиране на политиката за развитие на процеса. Тази ръководна група се състои от редица изтъкнати експерти в регионални и национални процеси на здравната политика за развитие, включително „Здраве за всички“ 2000 г., HEALTH21 здраве във всички политики, Хартата от Талин , Здравни системи за здраве и благосъстояние на процеса и други важни процеси в Европа. В ръководната група , членовете на висшето ръководство са представители на ключови технически области на работа в рамките на Регионалния

офис на СЗО за Европа.

Ръководна група препоръчва редица съществени стъпки, за да се гарантира, че развитието на Здравеопазването 2020 ще стъпи на основата на съпоставяне на най-добрите налични доказателства:

1. Картографиране на целия Европейски фонд за идентифициране на най-добрите решения, които работят за справяне с предизвикателства за общественото здраве в региона, както и възможностите за насърчаване на здравето и благосъстоянието.

2. Въвеждането в експлоатация на редица нови изследвания, както и установяване на връзки с проучвания са в основата на напредъка при решаване на основните здравни проблеми до 2020.

3. Създаването на работна група, която съветва относно структурата и съдържанието на основния пакет Здравни документи .

4. Изграждане на основното текущо ниво на стратегически механизъм за консултации с държавите-членки.

От гледна точка на тези постулати при дефиниране на ДКЦ като интегративен фактор в здравеопазването , трябва да се обърне внимание кои видове интервенции ще са от значение за здравето и благосъстоянието на **населението в региона**; дали предложените стратегии и интервенции са най-перспективните и също чувствителни към контекста и с нуждите на ниски, средни и високи доходи пациенти . Необходимо е събиране и анализиране на наличната информация получена от анкети и статистическа информация.

Това е процес, на базата на доказателства и обучение относно подобряване на здравето и благосъстоянието на индивидите и общностите.. Извършването на проучвания относно проблемни области, е от решаващо значение за реализирането на здравната политика в контурите на ДКЦ. **Консултативни събития , чрез постоянен диалог между изследователите и пациенти биха довели до откриване на нови подходи в организацията на ЛЗ.**

Тези изследвания се отнасят до:

- проучване относно управлението на здравето на пациентите в региона
- преглед на социалните детерминанти на здравето и разделение на здравето в по-

бедните слоеве на населението.

- преглед на начина на провеждане на междусекторно управление и организация на работата в ДКЦ
- преглед на ангажиментите на МЗ и Общината относно профилактиката на заболяванията и финансиране на медицинските услуги. / 156/

Kickbusch в своя статия „Управление за здравеопазване в 21-ви век” казва , че трябва да се търсят нови подходи за управление, които се задвижват от променящия се характер на предизвикателствата на 21-ви век. Той уточнява , че събраната информация не трябва да се negliжира , а да се прави задълбочен анализ на повдигнатите от пациентите въпроси.

Той говори за модел на управление чрез дифузия на сътрудничество, който е ко-продуцент на управление между широка гама от държавни институции (министерства, парламенти, агенции, органи, комисии, и т.н.), обществото (Предприятия, граждани, обществени групи, световните медии, включително мрежови социални медии, фондации и т.н.), и наднационални (ЕС, ООН и т.н.) участници.

Изследванията показват, че разпространението управление не е игра с нулев сбор между държавата и обществото субекти, то наистина може да направи здравеопазването по-ефективно. Като власт, става все по-разпространено в обществото ролята на държавните промени, но те подлежат на критичност и се разширяват в много нови области.

Управление на здравеопазването изисква синергичен набор от политики, много от които се намират в сектори различни от здравето, както и извън правителството и трябва да бъдат подкрепени от структурите и механизъм, който да позволи сътрудничество.

Ангажираността на гражданите е определящ фактор.

В цялото правителство и цялото общество подходите подчертават не само необходимостта от по-добра координация и интеграция на дейността на правителството за здраве, но борбата за здраве да достигане отвъд правителството, те допринасят заедно с други - всеобхватните цели на обществото като просперитет, благоденствие, справедливост и устойчивост. Те включват отчетност за здравето и собствения капитал чрез широк спектър от механизми за мониторинг.

Въз основа на преглед на казуси на нови подходи за управление на здравеопазването това Kickbusch в свое проучване предлага пет вида на интелигентното управление на здравеопазването, които следва да се считат:

- Доказателства , че няколко направления подходи може да бъдат до два пъти по-ефективни , когато се явяват като навременна намеса
- Управление чрез сътрудничество
- Управление чрез граждански ангажимент;
- Управление чрез комбинация на регулирането
- Управление чрез нови независими агенции и експертни органи и на
- Управление чрез адаптивни политики, еластични структури и далновидност.

Фаза II на това проучване разглежда опит в управлението , за здраве, в съответствие с подходите за интелигентно управление очертани през Фаза I на това проучване.

Предизвикателството сега е да се преориентира към умно управление за здравето чрез лидерство - развитие, чрез политически дебати, обучение и научни изследвания в сътрудничество с националните институти в много дисциплини. (156).

В публикацията на Иванка Стамболова и Стефан Стамболов, „Актуални проблеми в мениджмънта на общата практика (по мнение на ОПЛ)” четем за проучване , чиято цел е била да се идентифицират приоритетни проблеми в мениджмънта на общата лекарска практика за осъществяване на ефективни медицински грижи в условията на реформиращото се здравеопазване . Изследването е проведено чрез едностепенна гнездова извадка включваща 60 индивидуални и групови практики за Първична медицинска помощ на територията на ДКЦ XXX, ДКЦVIII и ДКЦ XXIV в София. Анкетирани са 60 лекари, регистрирани като общопрактикуващи в периода 01.09.2009 – 30.11.2009 г.

„Съществен проблем в дейността на ОПЛ е отпускането на направления за прегледи при специалист на пациентите. Лимитирането на талон №3 е широко дискутиран в обществото и сред медиците проблем, чието разрешаване през миналата година се наложи да се реши по съдебен ред. Отпускането на талони за преглед при специалист става предпоставка за междуличностни проблеми и конфликти между ОПЛ и пациента, за последваща смяна на лекаря и дори за инциденти от влошаване на

състоянието на пациента вследствие на нереализиран преглед при специалист. Всички тези причини, настоящи или евентуални получават развързка в интерес на пациента и в ущърб на лекаря... (66)

Въпреки, че проучването е проведено относно дейността на ОПЛ, се получава и косвена информация за СИМП. Установява се, че наличния проблем касае и двете звена за ИБМП и като цяло рефлектира върху пациентите. (66)

„Надвишаването на лимитите за тези талони е съпроводено с проверка от здравната каса и заплащане на извършените на пациента прегледи от специалист, лично от лекаря, който е издал талона за преглед. Така ОПЛ ежедневно се натоварва /психически и финансово/ със ситуации за издаване на талон за преглед, за който счита, че не е необходим и да не се конфронтира с болния човек. Този проблем съпътства ежедневието на повече от 90 % от лекарите в първичната медицинска помощ.

В търсене на причините за това поведение установихме, че най-често то се оправдава с желанието на лекаря да се избегне открит конфликт с пациентите, които настояват, че след като са здравноосигурени трябва да могат да ползват правата си за получаване на компетентно становище от специалист за тяхното заболяване. Широката информационна кампания на НЗОК за правата на пациентите доведе до повишаване на тяхната правна култура, но недостатъчните ресурси в здравната система не могат да покрият претенциите на потребителите на здравни услуги. Средствата с които разполага касата са достатъчни едва за един талон годишно на пациент, а желанията на пациентите са значително по-големи. ОПЛ като филтър на системата за достъп на пациентите до специализирана помощ става пресечна точка на недоволството на пациентите и възможностите на здравната каса по този въпрос. Така издадените “допълнителни” по настояване на пациенти направления за специалист са според данните от анкетата около 16%.

В статията на **К. Пасхалидис** „Сравнителни анализи на здравните реформи” се обсъжда проблемът за ефективното управление на организационната промяна в здравеопазването и ролята на сравнителния анализ. За целите на подобен анализ е нужна надеждна достоверна информация за процесите на промяна в здравеопазването на различните страни. Сравнителният анализ може да се осъществява в различни аспекти – международен сравнителен анализ, сравнителен анализ на обществената и професионална удовлетвореност от здравната реформа и други. Обективна е

необходимостта от системно кумулиране на сравнима информация по единни индикатори за хода на здравните реформи в различните страни. (77)

Съвременните здравни реформи са типична проява на фундаментална организационна промяна в здравната политика, в приоритетите, структура и дейността на здравеопазването на всяка една страна. Според нас здравната реформа е фундаментална организационна промяна в дадена национална здравна система, а не само частична промяна от типа на усъвършенствуване, т.е. промяна, която засяга само отделни аспекти и части на здравеопазването.

Ето защо всяка здравна реформа трябва да се основава на определена концепция, на ясна визия за целите и приоритетите, които намират конкретен израз в специално разработена здравна стратегия и план за действие. Без подобна стратегия провеждането на здравната реформа ще бъде подложено на много случайни фактори и промяната няма да доведе до желани позитивни резултати. : (77 – стр 92)

В. Борисов посочва, че неуспехите на провежданите здравни реформи в редица страни са симптом на липсващ стратегически мениджмънт в тяхната концепция и в реализацията им. Колкото една организационна промяна е по-всеобхватна и по-дълбока, толкова нуждата от добре разработена стратегия, от стратегически мениджмънт е по-наложителна и по-голяма. (6)

За успешното управление на здравната реформа е нужна определена **информационна база данни**, които отразяват различните аспекти на осъществената промяна – промяната в целите и структурата на здравната система, в методите и организацията на дейността, в здравната култура, в показателите за динамиката на общественото здраве.

Тъй като всяка здравна реформа непременно се отразява върху взаимоотношенията между здравните професионалисти и пациентите (населението), то специално внимание следва да се отдели на информацията и мониторинга на общественото мнение, на обществените нагласи, очаквания и оценки за хода на промяната на здравеопазването. Трябва да се признае, че има сериозен дефицит на подобна информация. По данни на Т. Веков, М. Попов, Зл. Петрова и други автори, анализът на информация за общественото мнение много рядко се използва за целите на управлението на организационната промяна в здравеопазването, което прави това управление в крайна сметка неефективно. (2,3,)

Ограничен е броят на публикациите и експертните анализи върху обществената оценка на проблемите, свързани със здравната реформа. Този факт синхронизира с ограничения обем на обществения дебат в процеса на замисъла и самото провеждане на организационната промяна в националните здравни системи.

Друг важен аспект в анализа на здравните реформи е свързан с общата тенденция към глобализация на здравеопазните проблеми в съвременния свят. Здравните реформи не са изолирани явления в отделните страни. Те имат редица сходни черти и проблеми, чието решаване изисква съответно сходни управленски подходи и стратегии.

Това обстоятелство обосновава нуждата от информационен обмен между националните здравни системи, от широки международни сравнителни анализи на здравните проблеми, на здравните системи и на здравните политики, които регулират тяхната организационна промяна и развитие. **Може определено да се каже, че съвременен научен анализ на здравните реформи не е възможен без посочения сравнителен международен анализ и международни оценки.** В тази насока е нужна надеждна достоверна информация за процесите на промяна в здравеопазването на различните страни. Без такава информация сравнителните международни анализи и обмяната на опит в управлението на здравните реформи са невъзможни. Сравнителният анализ на здравните реформи може да се осъществява в различни аспекти:

- Международен сравнителен анализ – основан на информация за стратегията и процеса на здравните реформи в различни страни.
- Регионален сравнителен анализ – основан на информация за проблемите на здравната реформа в различни територии на дадена страна.
- Времеви (исторически) сравнителен анализ – оценка на състоянието и ефективността на здравната система преди и след нейната организационна промяна.
- Сравнителен анализ на здравната реформа според мнението на различни групи от населението – **оценка на пациентите, оценка на здравните професионалисти, от експерти по здравен мениджмънт и т.н. (публична и професионална оценка).**

Като обща характеристика в литературата доста слабо са застъпени тези типове сравнителен анализ на здравните реформи. Международните сравнителни анализи се срещат главно в публикации на Световната здравна организация . Регионалните сравнителни анализи почти липсват в литературата. Същото може да се каже и за времевите (историческите) сравнителни анализи на здравните реформи.

През последните години сравнително по-чест е сравнителният анализ на здравната реформа според мнението на пациентите и на здравните професионалисти (публична и професионална оценка).

Авторите реализират сравнителен анализ на общественото мнение за здравната реформа в две страни – Гърция и България, преди последната да стане член на Европейския съюз(4). Данните показват, че гръцките граждани в по-малка степен очакват негативни ефекти от здравната реформа (24,8%) в сравнение с българските граждани (64,4%). Както българските, така и гръцките граждани дават неблагоприятна оценка на готовността за здравна реформа – тя е започнала без достатъчна концептуална, политическа, професионална и организационна готовност - според 67,1% от анкетиранияте българи и според 70,1% от анкетиранияте гръцки граждани. ()

Обстоен сравнителен анализ на мнението на пациентите и на професионалистите за здравната реформа прави Т. Веков Той установява значителна неинформираност за различните аспекти на здравната реформа, която е по-силно изразена у анкетиранияте пациенти в сравнение с лекарите. Този феномен авторът определя като информационната асиметрия, която е един от изходните фактори за неефективност на здравната реформа, тъй като води до продължаващо консумативно отношение към здравеопазването и максималистични (нереалистични) очаквания от промяната. Данните на автора показват различия между оценките на пациентите и на лекарите относно достъпността, отзивчивостта, домашното обслужване и корупцията («черния пазар»). При тези четири индикатора негативните отговори на пациентите са значително повече в сравнение с тези на лекарите. Пациентите са категорични, че здравната реформа е **задълбочила корупцията** в здравеопазването, което говори за дефицит на нормални пазарни взаимоотношения и наличието на псевдопазар като негативен резултат от промяната . Изхождайки от този анализ, Веков препоръчва да се улесни дейността на неправителствените пациентски организации с

оглед превръщането им в полезен коректив и регулатор на процесите на здравната реформа.

Един важен аспект на сравнителен анализ на здравните реформи почти не се среща в литературата - паралелен анализ на мнението на експертите по здравен мениджмънт (експертна оценка) и мнението на други категории от населението – пациенти, лекари, друг медицински персонал и т.н. Нужно е в бъдеще по-регулярно да се събира информация и да се анализира експертната оценка за процесите на здравната реформа.

Ефективното управление на здравните реформи в съвременния свят изисква периодично осъществяване на сравнителни анализи на процесите на промяна в различни аспекти – международен, регионален, времеви, професионален, публичен и др.

Макар и в ограничен брой, досегашните сравнителни анализи показват интересни данни и тенденции, които следва да бъдат съобразявани при вземането на коригиращи решения за оптимизиране процеса на здравната реформа.

Целесъобразно е да се регламентира системен мониторинг и оценка на процесите на организационна промяна в здравеопазването. За тази цел е нужно периодично да се събира информация по различни индикатори за хода на здравната реформа.

Особено належаща е нуждата от анализ на обществената оценка и удовлетвореност от здравната реформа в сравнение с професионалната оценка и удовлетвореност.

2.7.БЕНЧМАРКИНГ В ИЗВЪНБОЛНИЧНАТА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

Световната здравна организация /СЗО/ дефинира бенчмаркинга като „Процес , при който се измерва крайният продукт на друга организация или служба в съответствие с определени стандарти, за сравнение със собствените резултати и за подобряване на собствения продукт или услуга.” (79).

Друго определение за бенчмаркинг е „Системен подход за търсене на най-добрите практики, които да осигурят върхова реализация”(EUR Commission 2009)(79).Според Зл.Петрова, К.Чамов и Ст.Гладилов:”Бенчмаркингът представлява

непрекъснат системен процес, който има за цел да установи и анализира съществуващите най-добри чужди практики в определена област като ги адаптира и внедрява в организацията реципиент.”(79)

В “ Управление на болнични ресурси“, 2011г., София проф. Борисов подчертава ,че бенчмаркингът не е сравнителен конкурентен процес, а непрекъснато наблюдение на качеството и подобряване на продуктите и услугите спрямо най-добрите практики , с цел придобиване на конкурентно предимство. За разлика от традиционните конкурентни анализи които са насочени към производството , бенчмаркингът обхваща ключовите процеси , които имат съществено значение върху дейността на организацията(5).

Бенчмаркингът не означава просто наблюдение на прогресивни практики отстрани и копирането им. За да може и съответната прогресивна и добра практика да заработи ефективно в конкретната организация, е необходимо тя да се подобри или да се адаптира. Бенчмаркингът е процес на управляема промяна. (5)

Методът се заключава в непрекъснато усъвършенстване на дейности от всякакъв вид и ниво чрез сравнение с еталон. Важен момент е ,че еталонът не остава непроменен и постоянен. Той съответства на вътрешните и външни условия и по този начин динамичните промени във всяка една организация, биха могли да повдигнат нивото на измерваните параметри и или да изведат друга организация с по-добри показатели като еталон.

Концепцията за бенчмаркинга обединява стремежът на организациите към процес на самоусъвършенстване.

Системата на бенчмаркингът притежава следните елементи:

- Продължителен сравнителен анализ на практиката между дадената организация и „най-добрите”.

- Предприемане на действия за усъвършенстване на дейността на организацията на базата на дейността от сравнението.

Важна особеност на бечмаркинговите анализи е да се научи не само кой какво прави най-добре , но също и да се разбере как се получават тези най-добри резултати.

В практически план се определят три разновидности на бенчмаркинга:

- ❖ Бенчмаркинг на най-добрите практики;
- ❖ Бенчмаркинг на процеси и технологии;

❖ Конкуренстен бенчмаркинг;(79)

Бенчмаркингът на най-добрите практики се прилага при оценка на диагностични, лечебни, организационни и др. дейности. Бенчмаркингът на процеси и технологии намира приложение в здравната политика и мениджмънта на лечебните заведения. Конкурентният бенчмаркинг намира приложение при анализа на конкуренцията в търговията и производството. (79)

Според мястото на реализация бенчмаркингът се дели на :

- ❖ Вътрешен
- ❖ Външен
- ❖ Функционален
- ❖ Международен

Вътрешният бенчмаркинг се реализира в границите на здравната организация реципиент. Външният бенчмаркинг се реализира извън здравната организация с друга подобна , произвеждаща същите продукти. Функционалният маркетинг сравнява сходни функции и процеси с такива осъществявани в друг сектор. При международният бенчмаркинг се осъществяват сравнения в международен план. (79)

Основните групи показатели, намиращи приложение в бенчмаркинга могат да бъдат(79):

- ✓ Социално- икономически
- ✓ Описващи националната здравна политика
- ✓ Демографски
- ✓ Здравни
- ✓ За начина на живот и здравните навици
- ✓ За околна среда и здраве
- ✓ За здравните разходи и финансирането
- ✓ За здравните ресурси
- ✓ За дейността на изпълнителите на медицинска помощ и здравните служби
- ✓ За качество на медицинската помощ.

Етапите в процеса на бенчмаркинг могат да се класифицират така:

- ❖ Планиране
- ❖ Събиране на данни

- ❖ Анализ на данните
- ❖ Внедряване и адаптиране на най-добрата практическа дейност(5).

В здравеопазването бенчмаркингът трябва да се прилага чрез елиминиране на всякакви политически и икономически влияния върху процеса.

2.8.ПРОБЛЕМЪТ ЗА ИЗВЪНБОЛНИЧНАТА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ В НАЦИОНАЛНИТЕ ЗДРАВНИ СТРАТЕГИИ

Ако искаме да разгледаме ДКЦ като интегративен фактор в диагностиката и лечението , трябва да подчертаем ,че дейността му се подчинява на законодателството на Република България и реализира практически очертаните приоритети от Министерство на здравеопазването / МЗ/, за дадения период.

Извършеният анализ на здравното състояние на населението в страната и функционирането на здравната система дава основание за очертаването на следните ПРИОРИТЕТИ на сегашния етап от развитие на здравеопазването в Република България:

Внедряване на подхода "Здраве във всички политики".

Подобряване здравното състояние на населението чрез провеждане на активни ефективни и ефикасни промотивни, профилактични лечебни и рехабилитационни дейности с акцент към социално-значимите заболявания.

Създаване и развитие на човешките ресурси и повишаване техния социален и икономически статут.

Осигуряване на финансова устойчивост на системата на здравеопазването.

Подобряване достъпа, качеството и ефективността на спешната и извънболничната медицинска помощ.

Преструктуриране, оптимизиране и ефективно управление на болничната помощ.

Създаване на интегрирана система за електронен обмен на данни в здравеопазването.

На основата на тези приоритети са разработени стратегическите цели на Националната здравна стратегия. /стр.25/

Съгласно точка 5 от Националната здравна стратегия (2008-2013г.) е необходим анализ и обсъждане на данните от РЗОК и РЗИ, касаещи ЛЗ за ИМП в даден регион. Сравнителният анализ ще допринесе не само за описание на системата за ИБМП в момента, но и чрез бенчмаркинг ще формира по-добра политика на управление на извънболничната медицинска помощ и в частност на ДКЦ.

Чрез Националната здравна стратегия "По-добро здраве за по-добро бъдеще на България" за периода 2001 - 2010 г. се създадоха закони, които дават възможност за извършване на промяна във формата на собственост и структурата на здравните и лечебните заведения. Промени се принципът на финансиране на здравната система. Въведоха се нови механизми на финансов контрол на дейностите за предоставяне на здравни услуги. Извършиха се редица процедури по хармонизиране на българското законодателство с правото на Европейската общност в областта на общественото здраве. Натрупаха се знания за работещите и неработещите схеми и програми в здравеопазването и здравната система.

В същото време се очертаха нови проблеми и въпроси. Основен проблем на здравеопазването в световен мащаб е конфликтът между ограничените ресурси и постоянно увеличаващите се разходи (в резултат на демографски промени, нарастващи потребности и непрекъснато въвеждане на нови, все по-скъпи методи на лечение).

Във всяка държава политиците са изправени пред дилемата, как по **възможно най-добрия начин да използват ограничените средства и да повишат качеството на здравните услуги**, да подобрят взаимоотношенията между отделните нива на здравната система и между различните участници в процеса на предлагане и ползване на здравните услуги и да осигурят финансова и структурна устойчивост на здравната система.

Обобщение на обзора:

Прегледът на литературните източници очертава динамиката на развитие на системата на извънболничната помощ в България в нейното многообразие, сложност и функционална обвързаност. Остава неизяснен **въпросът за мястото и ролята** на отделните типове лечебни заведения както в отделните нива на извънболничната

помощ, така и по отношение на взаимовръзката им с другите лечебни заведения от същото ниво. Интерес представлява въпросът коя от формите на лечебно заведение за извънболнична помощ е най-подходяща, адекватна и ефективна по отношение на своите функции за удовлетворяване здравните потребности на населението. В литературата няма отговор на този въпрос. Изследването и определянето на мястото и ролята на отделните типове лечебни заведения за извънболнична помощ и на техния принос в извършения обем здравни услуги ще предостави ценна информация на органите вземащи управленски решения, както на регионално така и на национално ниво.

Изследването на мястото и ролята на ДКЦ в системата на извънболничната медицинска помощ на територията на една област- област Враца е предмет на тази дисертация.

3. ЦЕЛ,ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ НА ПРОУЧВАНЕТО

3.1. ЦЕЛ.

ЦЕЛ: Да се анализира ролята на диагностично-консултативните центрове за интегрирана медицинска помощ на територията на област Враца и да бъде съпоставена с дейността на лечебните заведения за извънболнична специализирана медицинска помощ, регистрирани в област Враца за периода 2010-2012г.

3.2. ЗАДАЧИ

1. Да се изследва системата на извънболничната медицинска помощ в област Враца за периода 2010 - 2012г на база на годишните медико-статистически отчети на лечебните заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ, осъществявали дейност на територията на област Враца за определения период 2010-2012г.

2. Да се установи делът и обемът на извършените медико-диагностични и клинично-лабораторни дейности в ДКЦ-1 Враца ЕООД като част от общия обем дейности, извършени от лечебните заведения за извънболнична медицинска помощ, регистрирани на територията на област Враца за периода 2010-2012г.

3. Да се установи съотношението на натовареността на специалистите на ДКЦ-1 Враца ЕООД спрямо останалите медицински специалисти в специализираната извънболнична помощ в предоставянето на медицински услуги.

4. Да се установи ролята на медицинските специалисти на ДКЦ-1 Враца ЕООД в предоставянето на медицински услуги и неговия дял в интегрираната медицинска помощ в област Враца за периода 2010-2012г.

3.3. ОБЕКТ НА ПРОУЧВАНЕТО

Обект на проучването е ДКЦ1 –Враца ЕООД и ЛЗ за СИМП в област Враца за периода 2010г.-2012г.

3.4. МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ:

При проучването са използвани следните методи:

1. Документален метод – изследване обработка и анализ на медико-статистическа информация от Годишни отчети на лечебни заведения за извънболнична медицинска помощ в област Враца за период от 3 години.

Проучването включва отчети предоставени на РЗИ за посочения период и обхваща дейността на лечебните заведения за извънболнична медицинска помощ, регистрирани на територията на област Враца за периода от 2010 до 2012г. включително. Проучени са:

- 168 бр.годишни медико-статистически отчети за 2010г.,
- 175 бр.медико-статистически отчети за 2011г.и
- 198 бр.за 2012г.
- Общо за периода - 541бр.

В проучването са обхванати всички лечебни заведения за извънболнична специализирана медицинска помощ, регистрирани на територията на област Враца и предали годишни медико-статистически отчети за посочения период.

2. Графични методи – обобщаване на данните и представянето им в съответстващи таблици и диаграми.

3. Метод на ситуационния анализ- обхваща определени периоди и години, за които е направен анализа. Анализът е проведен за период от 3 години (2010-2012г.) и обхваща дейността на лечебните заведения за специализирана извънболнична помощ в област Враца. Специално внимание е отделено на ДКЦ-1 Враца ЕООД, като единствено лечебно заведение за специализирана извънболнична медицинска помощ от този тип, регистрирано на територията на област Враца.

4. РЕЗУЛТАТИ ОТ СОБСТВЕНОТО ПРОУЧВАНЕ

4.1. СИТУАЦИОНЕН АНАЛИЗ НА ДКЦ-1 ВРАЦА ЕООД

4.1.1. МИСИЯ, ЦЕЛИ И ОРГАНИЗАЦИОННА СТРУКТУРА НА ДКЦ – 1 ЕООД ВРАЦА

Медицинско обслужване на равнището на най- добрите постижения в медицината, при осигурени равни възможности за диагностика и лечение на пациентите на нивото на добра медицинска практика, с цел повишаване качеството на живота им.

Подобряване на здравословното състояние на населението и повишаване удовлетвореността на пациентите от предоставените медицински услуги. Постигане висока степен на професионализъм на персонала, чрез ефективно използване на ресурсите на лечебното заведение, при минимален риск за пациента и оказване на положително влияние върху здравето.

Съчетаване на пазарното и социалното начало в здравеопазването, чрез постигане на баланс между интересите на медицинския персонал и пациентите. Поставяне на пациента в центъра на вниманието и дейността на лечебното заведение и превръщане на задоволяването на неговите потребности от медицински услуги в основен приоритет. Осигуряване на максимален по обем, с високо качество пакет от здравни услуги, договорени с РЗОК и ДЗОФ, базирани на кадровата и апаратурна обезпеченост на “ДКЦ –I” ЕООД гр.Враца.

Организационната структура на “ДКЦ-I Враца” ЕООД гр.Враца е съобразена с изискванията на Търговския закон и Закона за лечебните заведения. Тя е регламентирана в “ Правилник за устройството, дейността и вътрешния ред” на лечебното заведение и е пряко свързана с характера и предмета на дейността му – извършване на специализирана извънболнична медицинска помощ. (101) Тази структура отразява многообразните функции, които осъществява лечебното заведение. Структурните звена на ДКЦ осигуряват реализирането на мисията на този тип лечебно заведение съобразно закона и потребностите на пациентите от медицинска помощ.

СТРУКТУРА НА ДКЦ-1 ВРАЦА ЕООД

ДКЦ-1 Враца ЕООД е структурирано в 6 основни структурни звена , включващи: управление, администрация, консултативно-диагностични кабинети, медико-диагностични звена, информационно звено и помощно звено. Консултативно-диагностичната и лечебна дейност се извършва в 14 консултативно-диагностични кабинета. Медико-диагностичните изследвания се извършват в клинична лаборатория и кабинети за образна диагностика. (Табл.5)

Таблица №5: Структура на „ДКЦ1-Враца”ЕООД гр.Враца

№ по ред	Наименование на структурното звено	Наименование на подразделенията/ длъжностите
1.	Управление	1. Управител 2. Главна мед. Сестра
2.	Администрация	1. Главен счетоводител 2. Управление ЧР и деловодител 3. Счетоводител-касиер
3.	Консултативно-диагностични кабинети по	1. Педиатрия 2. Вътрешни болести 3. Хирургия 4. Ортопедия 5. Акушерство и гинекология 6. Ото-рино-ларингология 7. Офталмология 8. Неврология 9. Кардиология 10. Неврология 11. Урология 12. Психиатрия 13. Гастроентерология и диететика 14. Физикална и рехабилитационна медицина
4.	Медико-диагностични звена	1. Клинична лаборатория 2. Кабинети за образна диагностика и фотолаборатория
5.	Информационно звено	1. Касиер гише
6.	Помощно звено	1. Шофьор- снабдител 2. Телефонна централа 3. Работник ремонт и поддръжка 4. Санитари

Източник: Правилник за устройството, дейността и вътрешния ред на ДКЦ-1 Враца ЕООД, утвърден 2008г. (Архив)

Всички консултативно- диагностични кабинети са оборудвани и осъществяват дейността си в съответствие с утвърдените медицински стандарти. Лечебното заведение е акредитирано от комисия на Министерство на здравеопазването през 2009г. и е получило оценка ”Много добра” за преиод от 4 години за цялостна дейност.

УПРАВЛЕНИЕ НА ДКЦ-1 ВРАЦА ЕООД

Едноличен собственик на капитала на “ДКЦ 1- Враца” ЕООД е Община Враца, чиито права се упражняват, чрез Общински съвет гр. Враца. ДКЦ се ръководи от Управител, избран от Общинският съвет, след провеждане на конкурс по реда на Наредба №9/26.06.2000г. на МЗ, с който Кметът на Община Враца сключва Договор за управление за срок от три години. **Управителят на ДКЦ** реализира стратегическото и оперативно управление на лечебното заведение.

Към 30.09.2010г. на територията на община Враца са регистрирани 45 практики на общопрактикуващи лекари, 33 от които упражняват дейността си в сградите на “ДКЦ 1- Враца” ЕООД. В първа база като наематели работят 19 бр. ОПЛ, а във втора база - 14. В първа база практикуват и 8 бр. изпълнители на СИМП, съответно по специалностите : Алергология, Педиатрия, Неврология, Нефрология, Дерматология и Ендокринология. Във втора база работят 8 бр. индивидуални практики за СИМП-по: ортопедия – 2бр., дерматология -1бр., кардиология – 1 бр., ревматология -1 бр., хематология – 1 бр., неврология – 1 бр. и психиатрия – 1 бр.

“ ДКЦ 1- Враца” ЕООД поддържа добро взаимодействие с ОПЛ, работещи на неговата територия, както и с МБАЛ ”Хр. Ботев” АД гр. Враца, КОЦ- Враца ЕООД гр. Враца, СБРССЗ ЕООД гр. Мездра.

4.1.2.ОБЕМ И СТРУКТУРА НА ДЕЙНОСТТА НА ДКЦ-1 ВРАЦА ЕООД ЗА ПЕРИОДА 2010-2012Г.

Извършена е съпоставка между обемът дейност, извършен от ДКЦ-1 Враца, като лечебно заведение за специализирана извънболнична медицинска помощ и обемът дейност на всички останали лечебни заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ от област Враца за периода 2010-2012г.

Показатели за сравнение, които са използвани в проучването са следните:

- Брой извършени амбулаторни прегледи за 1 календарна година;
- Брой извършени профилактични прегледи за 1 календарна година;
- Брой извършени диспансерни прегледи за 1 календарна година;
- Брой извършени клинично-лабораторни изследвания за 1 календарна година;
- Брой извършени рентгенови изследвания за 1 календарна година ;

-Брой извършени физиотерапевтични процедури за 1 календарна година;

Показателите за сравнение, които са използвани в проучването измерват дейността на отделните видове лечебни заведения за извънболнична медицинска помощ, обхванати в изследването, осъществявали дейност на територията на област Враца и предали годишни медико-статистически отчети за периода 01.01.2010г.-31.12.2012г.

4.1.2.1 АМБУЛАТОРНИ ПРЕГЛЕДИ И ДОМАШНИ ПОСЕЩЕНИЯ ЗА ПЕРИОДА 2010-2012Г.

Амбулаторната дейност на ДКЦ-1 Враца ЕООД за периода 2007-2012г. е представена на таблица № 6.

Таблица №6 Амбулаторни прегледи на ДКЦ-1 Враца ЕООД (2007-2012г.)

Амбулаторна дейност на ДКЦ 1Враца						
	2007г.	2008г.	2009г.	2010г.	2011г.	2012г.
Посещения в ДКЦ 1	2007г.	2008г.	2009г.	2010г.	2011г.	2012г.
Общ брой посещения	41086	43489	44522	55750	43811	40748
Деца до 17г.	11446	11890	13250	16779	14165	13234
Профилактични	5418	3754	4042	1749	1789	423
Проф. деца до 17г.	698	1728	1622	1749	87	92
Посещения в дома	217	276	320	2524	0	3

Източник:Годишни медико-статистически отчети на ДКЦ-1 Враца ЕООД 2007-2012г. (Архив)

Анализът на данните от извършените за периода 2010-2012г. **амбулаторни прегледи** в ДКЦ-1 Враца ЕООД показва че през 2010г. е постигнат връх от 55750 броя прегледи в лечебното заведение, който се последва от изразена тенденция на спад в броя на извършените амбулаторни прегледи, съответно до 43811 броя за 2011г. и 40748 броя за 2012г. Изразено в проценти спадът в броя на извършените амбулаторни прегледи през 2011г е 21.41% на годишна база.Тенденцията за спад в броя на извършените прегледи се задържа, но не е така силно изразена както за предходната година като намалението е само 6.99% .

Анализът на броят на извършените **амбулаторни прегледи на деца** на възраст 0-17г показва сходна картина. През 2010 г. е постигнат максимум от 16679 броя

прегледи на деца на възраст 0-17 г., който се последва от изразен спад в броя на прегледите , който води до 14165 броя прегледи на деца за 2011г. и 13234 броя прегледи на деца на възраст 0-17г. през 2012г. Изразено в проценти спадът в броя на извършените амбулаторни прегледи на деца на възраст 0-17г. през 2011г възлиза на 15.07% на годишна база спрямо 2010г. Тенденцията на спад в броя на извършените амбулаторни прегледи на деца на възраст 0-17г.в лечебното заведение се задържа и през 2012г. но не е така силно изразена както за предходната година като отбелязва намаление от 6.57 %.

Броят на извършените **профилактични прегледи** в лечебното заведение през наблюдавания период 2010-2012г. показва леко нарастване през 2011г. спрямо 2010г като абсолютните стойности са съответно 1749 броя през 2010г и 1789 броя през 2011г.,което е увеличение от 2.28% . През 2012г. се отбелязва изразен спад до 423 броя прегледи. Изразен в проценти спадът през 2012г. спрямо 2011г. възлиза на 76.35%. Броят на извършените профилактични прегледи на деца възлиза на 1749 през 2010г., след което бележи силно изразен спад до 87 през 2011г. и незначително увеличение до 92 през 2012г. Спадът в броя на извършените профилактични прегледи за деца на възраст 0-17 през 2011г. на годишна база възлиза на 95%. Установеното незначително увеличение в броя на извършените профилактични прегледи на деца на възраст 0-17г. през 2012г. спрямо 2011г.е 5.75%.

Броят на извършените посещения в дома на пациентите от лекари на ДКЦ-1 Враца ЕООД за периода 2010-2012г. показва че през 2010г.е постигнат връх от 2524 броя домашни посещения на пациенти от специалисти на центъра, който се последва от рязко изразен спад до 0 броя през 2011г. и незначително нарастване до 3 броя през 2012г. Намалението на посещенията в дома на пациента през 2011г.възлиза на 100% и може да бъде обяснено единствено с промени в действащата нормативна уредба, поставяща изискването за разкриване на „дежурни кабинети ” в амбулаторните практики за първична извънболнична медицинска помощ. Причина за наблюдаваното намаление в броя на извършените амбулаторни прегледи общо и по видове може да се търси и в увеличения брой лечебни заведения за СИМП, осъществявали дейност на територията на област Враца за периода на изследването.

Фигура 2:Общ брой посещения в ДКЦ-1Враца ЕООД (2007-2012г.)



1. През наблюдавания тригодишен период 2010 - 2012г. се наблюдава тенденция на спад в общия брой на извършените амбулаторни прегледи и в броя на извършените амбулаторни прегледи на деца на възраст 0-17г. (Фиг 2)

2. През наблюдавания тригодишен период 2010 - 2012г.се наблюдава тенденция на намаление на броят на извършените профилактични прегледи както на лица на възраст над 18г., така и на деца на възраст 0-17г.

3. През наблюдавания тригодишен период се наблюдава тенденция на спад в посещенията в дома на пациенти от специалистите на ДКЦ-1 Враца ЕООД. Тази динамика може да се обясни със свободата на пациентите да избират лечебно заведение за СИМП, в което да търсят медицинска помощ, както и на големия брой лечебни заведения за СИМП на територията на област Враца. Предлагането на голям брой еднотипни или сходни по вид медицински услуги от голям брой лечебни заведения за СИМП, които се конкурират за един и същ контингент от пациенти на една и съща територия води до намаляване на относителния пазарен дял на повечето от тях. Друг фактор за тази динамика биха могли да бъдат нормативни промени регламентиращи извършването на профилактични и диспансерни прегледи от ОПЛ, освен от лекар – специалист от СИМП. Трета група фактори е липсата на финансов мотивация у лекарите- специалисти от СИМП да извършват домашни посещения. Причина за намалението в броя на извършените профилактични прегледи може да бъдат и чисто

поведенчески стереотипи на населението да се търси медицинска помощ само при поява на здравословни проблеми.

4.1.2.2. ДИСПАНСЕРНИ ПРЕГЛЕДИ ЗА ПЕРИОДА 2007-2012Г.

Диспансерната дейност на ДКЦ-1 Враца ЕООД за периода 2010-2012г.показва колебания , но като цяло е на спад. Броят на диспансеризираните лица от 1602(2010г.) намалява с 23.41% до 1227(2011г.).През 2012г. този брой нараства до 1484, което е увеличение с 20.91% спрямо 2011г..За целия тригодишен период 2010-2012г. спадът е 7.37%.(Таблица 7)

Таблица №7: Диспансерна дейност на ДКЦ-1 Враца ЕООД (2007-2012г.)

Диспансеризирани пациенти 2007 - 2012г.						
Вид пациенти	2007г.	2008г.	2009г.	2010г.	2011г.	2012г.
Под наблюдение в началото на годината	5092	3044	1496	1602	1227	1484
Взети под наблюдение през годината	675	553	617	225	464	266
Снети от наблюдение	2723	2101	511	600	207	245
Под наблюдение в края на годината	3044	1496	1602	1277	1484	1505
В т.ч. деца до 17г.	21	12	6	0	23	3

Източник:Годишни медико-статистически отчети на ДКЦ-1 Враца ЕООД 2007-2012г.

Причина за тази динамика можеда се търси в нормативни промени даващи право на ОПЛ да извършват диспансерна дейност ,която в предходни години е извършвана само от лекари специалисти от лечебни заведения за .СИМП. Друга възможна причина е свободният избор на пациентите в кое лечебно заведение за СИМП да търсят помощ.

4.1.2.3. КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ ЗА ПЕРИОДА 2007-2012Г. В ДКЦ-1ВРАЦА ЕООД

Броят на извършените клинико-лабораторни изследвания в ДКЦ-1 Враца ЕООД за периода 2010-2012г. показва изразена тенденция на спад(Фиг. 3 и Табл. 8).

Достигнатият през 2010г. връх от 178679 броя клинико-лабораторни изследвания е последван от рязко изразено намаление през 2011г. при което са достигнати стойности от 82568 броя клинико-лабораторни изследвания.Тенденцията на намаление е

отслабнала през 2012г. като са извършени 81817 броя клинико- лабораторни изследвания .

Процентното намаление в броя на извършените клинико-лабораторни изследвания в ДКЦ-1 Враца ЕООД през 2011г. на годишна база спрямо 2010г. възлиза на 53.74%.Намалението в броя на извършените в ДКЦ-1 Враца ЕООД клинико-лабораторни изследвания през 2012г.спрямо 2011г. възлиза на 0.91%.

Параклиничните изследвания, извършени в ДКЦ-1 Враца ЕООД за периода 2007-2012г. са представени на Табл.№ 8

Таблица №8 Клинико –лабораторни (параклинични) изследвания в ДКЦ-1 Враца ЕООД (2007-2012г.)

Извършени параклинични изследвания /2007 - 2012г./							
№ по ред	Вид изследвания	2007г.	2008г.	2009г.	2010г.	2011г.	2012г.
1	Клинико-лабораторни	210829	121591	161727	178679	82568	81817
2	Рентгено-диагностични	17262	16822	13765	12848	10230	10897
3	Ехографии	2769	3322	2232	3367	3172	2875
4	Електрокардиографии	4780	2920	3407	2889	3050	3341

Източник:Годишни медико-статистически отчети на ДКЦ-1 Враца ЕООД 2007-2012г

Фигура 3:Общ брой клинико-лабораторни изследвания в ДКЦ-1Враца ЕООД (2007-2012г.)



Източник:Годишни медико-статистически отчети на ДКЦ-1 Враца ЕООД 2007-2012г(Архив)

РЕНТГЕНО – ДИАГНОСТИЧНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ ЗА ПЕРИОДА 2007-2012Г. В ДКЦ-1 ВРАЦА ЕООД

Броят на извършените рентгено-диагностични изследвания в ДКЦ-1 Враца ЕООД (Фиг. 4) за периода 2010-2012г. показва изразен спад през 2011г. спрямо предходната 2010г. като от 12848 през 2011г. спада до 10230 през 2011г. Процентното намаление в броя на извършените рентгено-диагностични изследвания възлиза на 20.38%. През 2012г се отбелязва леко увеличение в броя на извършените рентгено-диагностични изследвания като достига до 10897., което представлява ръст от 6.52%.

Фигура 4: Рентгено-диагностични изследвания в ДКЦ-1 Враца ЕООД (2007-2012г.)



ЕХОГРАФСКИ ИЗСЛЕДВАНИЯ В ДКЦ-1 ВРАЦА ЕООД ЗА ПЕРИОДА 2007-2012г.

Броят на извършените ехографски изследвания в ДКЦ-1 Враца ЕООД за периода 2010-2012г. показва тенденция на намаление като от 3367 броя за 2010г. спада до 3172 броя през 2011г. и достига 2875 броя през 2012г. (Фиг. 5). Процентното намаление в броя на извършените ехографии през 2011г. на годишна база спрямо 2010г. възлиза на 6.15%. Спадът в броя на извършените ехографии през 2012г. спрямо 2011г. възлиза на 9.36%.

Фигура 5:Ехографски изследвания в ДКЦ-1Враца ЕООД (2007-2012г.)



4.1.2.4. ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧНА ДЕЙНОСТ В ДКЦ-1 ВРАЦА ЕООД ЗА ПЕРИОДА 2010-2012Г.

Броят на извършените в ДКЦ-1 Враца ЕООД физиотерапевтични дейности за периода 2010-2012г. показва ръст. Най-значително е увеличението на извършените дейности през 2012г.-70070 броя.

Ръст отбелязват и медицинските центрове , като отново 2012г. е най-добра по брой извършени физиотерапевтични дейности-68050.Другите лечебни заведения за СИМП отбелязват лек ръст в дейността си, като броят на извършените от тях физиотерапевтични дейности през 2012г. достига до 13210 броя.

Физиотерапевтичната дейност, извършена в ДКЦ-1 Враца ЕООД за периода 2010-2012г. е представена на Табл.№ 9.

Таблица № 9:Физиотерапевтична дейност на лечебните заведения за СИМП(2010-2012г.) в област Враца

Физиотерапевтична дейност			
	ДКЦ	МЦ	др.СИМП
2010г.	26610	58925	12670
2011г.	29600	49424	12670
2012г.	70070	68050	13210

Източник:Годишни медико-статистически отчети на лечебните заведения за извънболнична помощ в област Враца(2010-2012г.

Ръстът във физиотерапевтичната дейност на ДКЦ-1 Враца ЕООД се дължи на повишеният обем регулативни стандарти определени от НЗОК за извършване на

физиотерапевтични процедури за периода 2010-2012г., както и на по-добро апаратурно оборудване на лечебното заведение . Същата причина обяснява и ръстът в дежността за физиотерапевтични процедури, извършени за периода 2010-2021г.в медицинските центрове и индивидуалните практики за СИМП.

4.1.3. SWOT – АНАЛИЗ НА ДКЦ 1 ВРАЦА

Извършеният в хода на проучването SWOT- анализ на ДКЦ-1 Враца ЕООД недвусмислено показва силните и слаби страни на лечебното заведение и възможностите и заплахите за неговото развитие. Силните страни са на единствено по рода си лечебно заведение за СИМП на територията на област Враца ДКЦ-1 Враца ЕООД съчетава добра материално- техническа база с висок професионализъм на лекари –специалисти предоставящи медицински услуги в над 16 медицински специалности. Лечебното заведение осъществява сравнително добра комуникация с другите лечебни заведения за извънболнична и болнична помощ в града и областта и извършва широк спектър дейности по промоция и превенция на здравето.

Анализът на данните от дейността на лечебното заведение установи като слаби страни липсата на цялостно изградена съвременна информационна система, липса на възможности за осъществяване на инвестиционна политика и ограничени възможности за поддържане на материално техническата база.

Възможностите за развитие на ДКЦ-1 Враца ЕООД са свързани с въвеждане и управление на програма за управление на качеството, работа по проекти и програми с европейско и национално финансиране и намиране на допълнителни източници за финансиране.

Анализът установи, че основните заплахи стоящи пред лечебното заведение са свързани с промени във външната среда от икономически, финансов и правно-нормативен характер. В този аспект е важен процесът на нарастване на броя на лечебните заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ както в регионален, така и в национален мащаб. Предлагането на нови , а често пъти и същите медицински услуги на един и същ контингент от населението в региона от нови лечебни заведения поставя предизвикателства пред утвърденото във времето лечебно заведение- ДКЦ.

Резултатите от SWOT- анализа са представени на Таблица 10.

Таблица № 10:SWOT-анализ на ДКЦ-1 Враца ЕООД

СИЛНИ СТРАНИ	СЛАБИ СТРАНИ
<ol style="list-style-type: none"> 1. Единствен диагностично-консултативен център в областта; 2. Утвърдено добро име на ДКЦ и на специалистите, работещи в него; 3. Висок професионализъм на специалистите; 4. Сравнително добра материално-техническа база; 5. Голям брой застъпени специалности в дейността; 6. Добра колаборация с други лечебни заведения; 7. Широкоспектърна дейност по превенция и промоция на здравето; 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Частично изградена съвременна информационна система; 2. Ограничени възможности за инвестиционна политика; 3. Недостатъчно средства за добро поддържане на сградния фонд; 4. Морално и физическо износване на част от медицинската апаратура 5. Липса на асансьор в сградата на Втора база;
ВЪЗМОЖНОСТИ	ЗАПЛАХИ
<ol style="list-style-type: none"> 1. 2. Разработване и въвеждане на програма за осигуряване и управление на качеството 3. Разширяване на спектъра на предлаганите медицински услуги 4. Търсене и намиране на допълнителни източници на финансиране 5. Работа по проекти и програми на ЕС, национално, регионално и общинско ниво 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Промени в икономическата среда; 2. Постоянно нарастване на разходите; 3. Неадекватно финансиране; 4. Изостряне на конкурентната борба на пазара на медицински услуги;

SWOT- анализът показва добри възможности за развитие на ДКЦ-1 Враца.

4.2. АНАЛИЗ НА ДАННИТЕ ЗА ОБЕКТИВИЗИРАНЕ НА КАЧЕСТВЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛ „ЕФЕКТИВНОСТ”, ЧРЕЗ КОЛИЧЕСТВЕНА ОЦЕНКА НА ИЗВЪНБОЛНИЧНАТА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ

4. 2.1. АМБУЛАТОРНИ ПРЕГЛЕДИ

Съвременната здравна политика е основана на доказателства и анализи. Тези анализи не трябва да остават абстрактни понятия , а да се използват за дългосрочно планиране и предвиждане на събитията. Здравеопазването като процес, който поддържа, опазва и подобрява здравето на населението е структурирано в звена, които изграждат здравната система. Едно от тези звена в българското здравеопазване е извън болничната медицинска помощ /ИБМП/.

В настоящата разработка се прави описание на ИБМП в област Враца за тригодишен период /2010-2012г./. Направено е аналитично, ретроспективно проучване на лечебните заведения за ИБМП. Кръстосано са съпоставени показатели с които се показва мястото на всеки вид лечебни заведения в ИБМП. Направен е опит за изясняване на причините за непостоянството в движението на специалистите от извънболничната медицинска помощ от един вид лечебно заведение в друг.

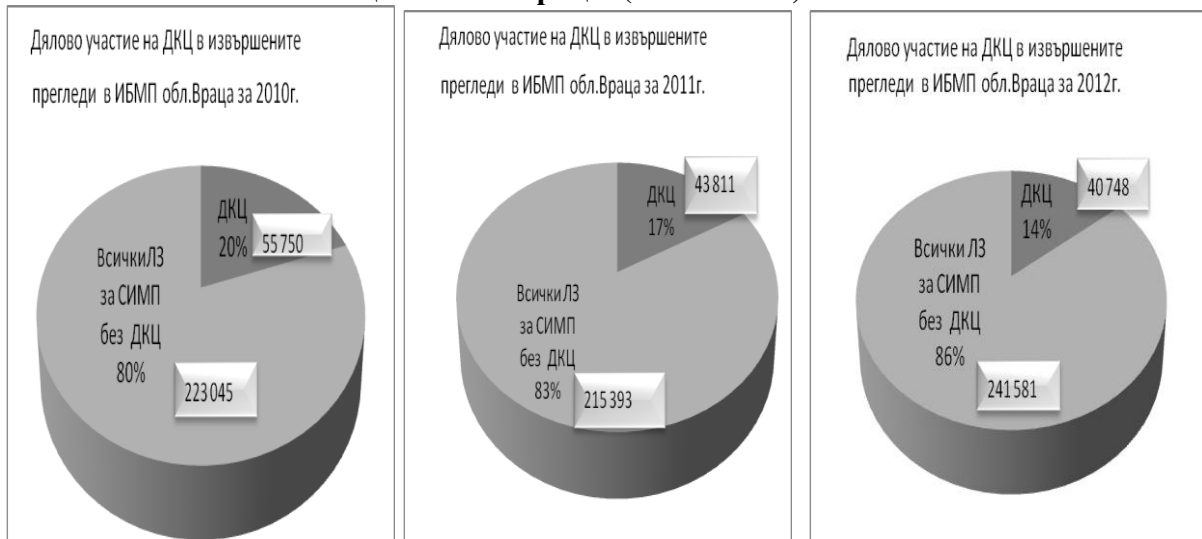
Как е структурирана ИБМП 13 години по-късно, след реалното ѝ създаване през 2000г.? Може ли да определим тенденциите в развитието ѝ и да определим кое е предпочитаното от пациентите лечебно заведение за извънболнична медицинска помощ за медицински услуги.

Настоящото проучване отразява фактическо събитие, което вече се е случило и не подлежи на промяна. При направения анализ се вижда ,че през последните 3 години се увеличава дяловото участие на всички други видове лечебни заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ и намалява процентното участие на ДКЦ. Коя е причината за това? Понижено качество в обслужването на пациентите или друга. Проучването проследява динамиката в броя на медицинските специалисти в лечебните заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ, работили на територията на област Враца за периода 2010-2012г. Проучена е динамиката в обема на извършената амбулаторна дейност в ДКЦ-1 Враца ЕООД и всички останали лечебни заведения от сектора на специализираната извънболнична помощ в областта.

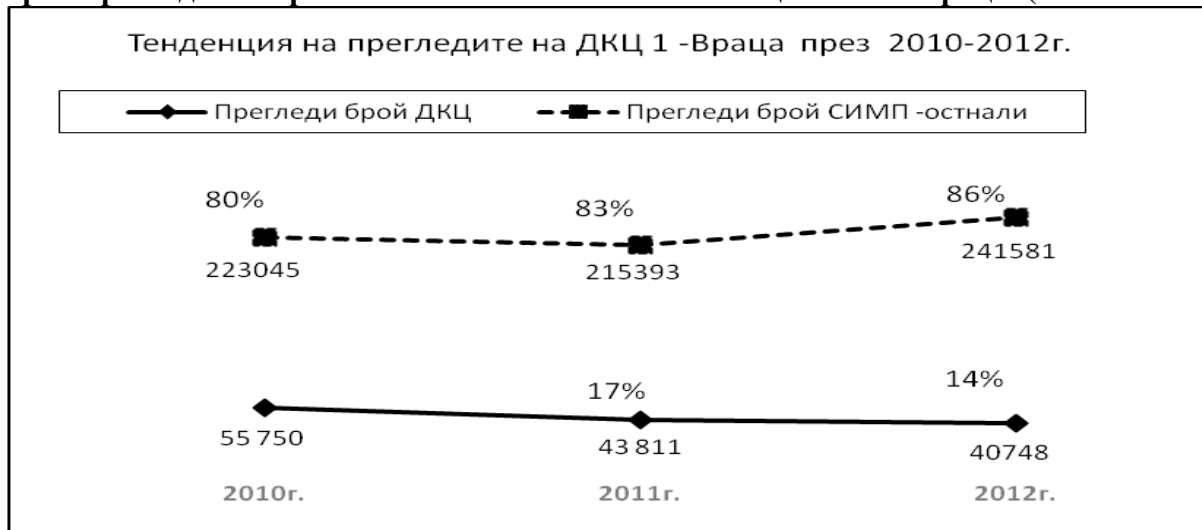
Делът на ДКЦ-1 Враца ЕООД в общия обем на извършените амбулаторни

прегледи в лечебните заведения за специализирана извънболнична помощ, работили на територията на област Враца за периода 2010-2012г. е представен на Фиг.6.

Фигура 6: Дял на ДКЦ-1 Враца ЕООД относно извършените прегледи в извънболничната помощ в област Враца (2010-2012г.)



Фигура 7: Тенденция на прегледите на ДКЦ-1 Враца ЕООД като дял от общия брой прегледи извършени в извънболничната помощ в област Враца (2010-2012г.)



Източник: Годишни медико-статистически отчети на лечебните заведения за извънболнична помощ в област Враца за периода 2010-2012г.

Резултатите от проучването за тригодишен период 2010-2012г. на дела на ДКЦ-1 Враца ЕООД в общия обем извършени прегледи в лечебните заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ, регистрирани на територията на

област Враца показват тенденция за намаление на дела на лечебното заведение. (Фиг.6 и 7).

През 2010г. делът на извършените в ДКЦ-1 Враца ЕООД амбулаторни прегледи възлиза на 20% от общия обем на извършените във всички лечебни заведения за извънболнична специализирана медицинска помощ, регистрирани на територията на област Враца амбулаторни прегледи. През 2011г. този дял намалява до 17%/намаление от 15% на годишна база спрямо 2010г./ През 2012г. делът на извършените в ДКЦ-1 Враца ЕООД амбулаторни прегледи възлиза на 14 % от общия обем на извършените във всички лечебни заведения за извънболнична специализирана медицинска помощ, регистрирани на територията на област Враца амбулаторни прегледи/намаление от 17.65% на годишна база спрямо 2011г. и от 30% за целия наблюдаван период 2010-2012г/. Подобна тенденция се установява и в клинично-лабораторната дейност на ДКЦ-1 Враца ЕООД. (Фиг. 8)

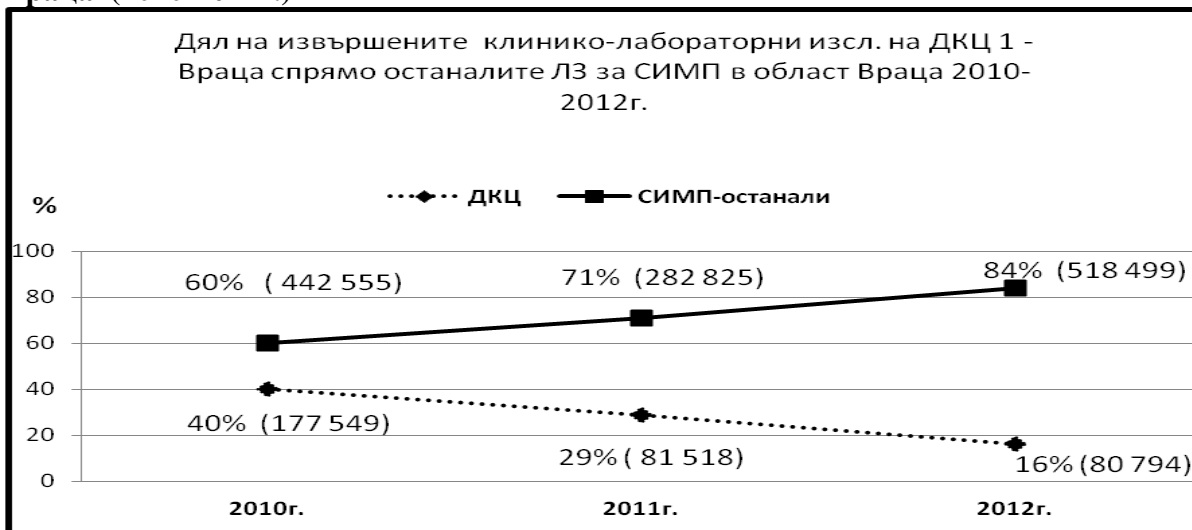
Анализът на данните за динамиката в броя на извършените амбулаторни прегледи в ДКЦ-1 Враца и като дял от общия обем извършени амбулаторни прегледи в лечебните заведения за СИМП в област Враца за периода 2010-2012г. показва тенденция на трайно намаление. Това се дължи на увеличаването на броя на лечебните заведения за СИМП както в национален мащаб, така и в регионален на територията на област Враца. Предлагането на еднородни по вид медицински услуги от нарастващ брой лечебни заведения за СИМП води до изостряне на конкуренцията на пазара нелоялни практики и намаляване на относителния дял на повечето от лечебните заведения. Пациентите са свободни да избират в кое лечебно заведение за СИМП да търсят медицинска помощ без ограничения, свързани с териториален признак. Свободата на избора и на движение на пациентите както и липсата на единна информационна система затруднява проследяването на движението на пациентите между различните лечебни заведения да СИМП, както в регионале така и в национален мащаб и извършването на прецизни анализи за реалните им предпочитания. Друга причина за пренасочването на пациентите към други лечебни заведения за СИМП може да бъде предлагането на по-нови и по- комплексни диагностични методи на изследване и лечение.

През 2010г. делът на извършените в ДКЦ-1 Враца ЕООД клинично-лабораторни изследвания възлиза на 40% от общия обем на извършените във всички лечебни

заведения за извънболнична специализирана медицинска помощ, регистрирани на територията на област Враца клинично-лабораторни изследвания. През 2011г. този дял намалява до 29%/намаление от 25.64% на годишна база спрямо 2010г./-. През 2012г. делът на извършените в ДКЦ-1 Враца ЕООД клинично-лабораторни изследвания възлиза на едва 16 % от общия обем на извършените във всички лечебни заведения за извънболнична специализирана медицинска помощ, регистрирани на територията на област Враца.

Резултатите показват трайна тенденция на намаление на дела на ДКЦ при извършваните клинично-лабораторни изследвания, спрямо частните МДЛ и МЦ, в които се осъществява същия тип дейност през изследвания период и това може да коментира, че очевидно пациентите все повече се ориентират към другите лечебни заведения за извънболнична помощ, които предоставят все повече комплексни услуги.

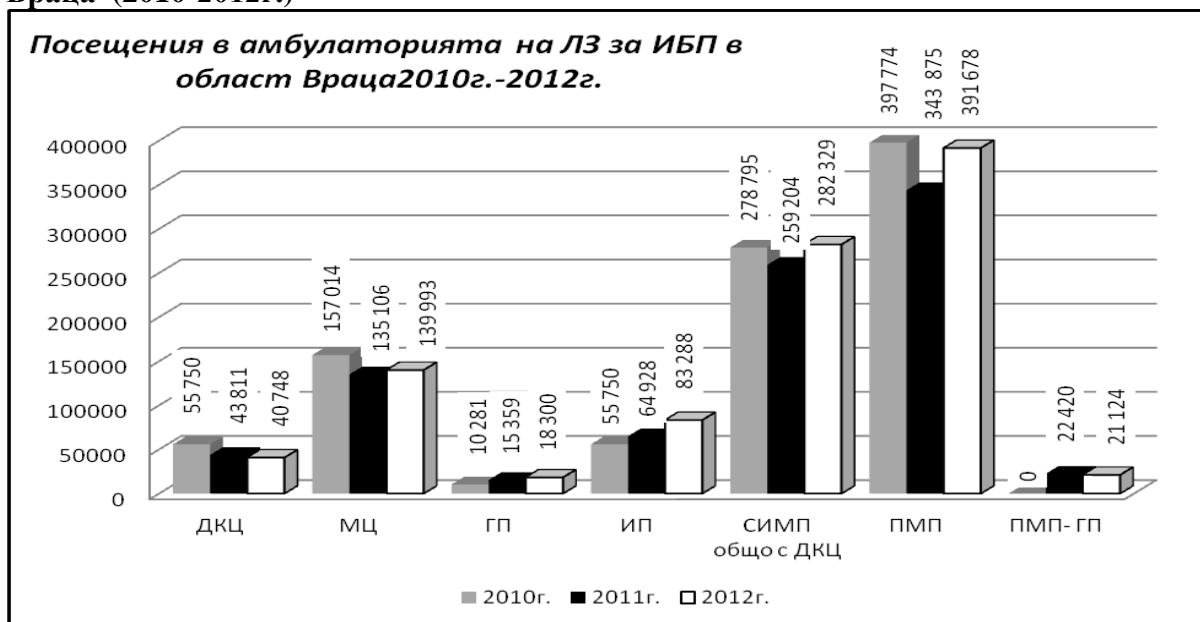
Фигура 8: Тенденция на клинично-лабораторната дейност на ДКЦ-1 Враца ЕООД като дял от общия обем дейност извършена в извънболничната помощ в област Враца (2010-2012г.)



Източник: Годишни медико-статистически отчети на лечебните заведения за извънболнична помощ в област Враца за периода 2010-2012г. (Архив)

Намалението на дела на ДКЦ-1 Враца ЕООД в извършените клинично-лабораторни изследвания за периода 2010-2012г. в област Враца е свързано с разширяващото се предлагане на медицински услуги от лечебни заведения със същия или сходен предмет на дейност в региона., което създава предпоставки за стремеж към подобряване на качеството на медицинските услуги за привличане на пациенти.

Фигура 9:Посещения в амбулаторията на ЛЗ за извънболнична помощ в област Враца (2010-2012г.)



Източник:Годишни медико-статистически отчети на лечебните заведения за извънболнична помощ в област Враца за периода 2010-2012г.

Тенденцията за намаление на броя на извършените амбулаторни прегледи в ДКЦ-1 Враца ЕООД за периода 2010-2012г.е съпътствана от възходяща тенденция в броя на извършените амбулаторни прегледи в лечебните заведения индивидуални практики за специализирана извънболнична медицинска помощ, регистрирани на територията на област Враца. Тази тенденция се дължи на увеличения брой регистрирани лечебни заведения индивидуални практики за СИМП за периода 2010-2012г. на територията на регион Враца. Друга възможна причина е възможността, която ЗЛЗ предоставя лекари, работещи и в болнични лечебни заведения и в лечебни заведения за СИМП по 2 и повече договори да преразпределят потока от пациенти, изписани от болница за последващи контролни прегледи в точно определени лечебни заведения за СИМП, въпреки разписаната свобода на избора на пациента. Тук е отворен и въпросът за нелоялната конкуренция между някои лечебни заведения за СИМП както и за използването на монополно положение в болнични структури на лекари за насочване на пациенти в специализираната извънболнична помощ.

Резултатите от проучването на дейността на лечебните заведения за извънболнична медицинска помощ,регистрирани на територията на област Враца за

периода 2010-2012г.по отношение на броя на извършените амбулаторни прегледи показват следното/Фиг. 9/

Резултатите от проучването за тригодишен период 2010-2012г. на дела на ДКЦ-1 Враца ЕООД в общия обем извършени прегледи в лечебните заведения за извънболнична помощ, регистрирани на територията на област Враца показват тенденция за намаление на дела на лечебното заведение. (Табл. 11)

През 2010г. делът на извършените в ДКЦ-1 Враца ЕООД амбулаторни прегледи възлиза на 55750 броя от общия обем на извършените във всички лечебни заведения за извънболнична специализирана медицинска помощ, регистрирани на територията на област Враца амбулаторни прегледи, който възлиза на 278795броя . (Табл.12).

През 2011г. този дял намалява до 43811 броя прегледи/намаление от 15% на годишна база спрямо 2010г./ при общ брой 259204 амбулаторни прегледа извършени общо на територията на област Враца от всички регистрирани лечебни заведения за извънболнична помощ.

През 2012г. броят на извършените в ДКЦ-1 Враца ЕООД амбулаторни прегледи възлиза на 40748 при общ обем на извършените във всички лечебни заведения за извънболнична специализирана медицинска помощ, регистрирани на територията на област Враца 282329 амбулаторни прегледи/намаление от 17.65% на годишна база спрямо 2011г. и от 30% за целия наблюдаван период 2010-2012г/. (Таблица12).

Таблица №11: Общ брой амбулаторни прегледи, извършени в ЛЗ за СИМП в област Враца(2010-2012г.)

	Прегледи брой		Лекари брой	
	ДКЦ	СИМП -останали	ДКЦ	СИМП -останали
2010г.	55750	223045	32	227
2011г.	43811	215393	31	208
2012г.	40748	241581	31	241

Източник:Годишни медико-статистически отчети на лечебните заведения за извънболнична помощ в област Враца за периода 2010-2012г.

Таблица №12: Общ брой амбулаторни прегледи, извършени в лечебните заведения за СИМП в област Враца (2010-2012г.), брой лекари и брой прегледи на 1 лекар

	Прегледи брой		Лекари брой		Брой прегледи на 1 лекар	Брой прегледи на 1 лекар
	ДКЦ	СИМП -общо	ДКЦ	СИМП -общо	ДКЦ	СИМП-общо
2010г.	55750	278795	32	259	1742.18	1076.43
2011г.	43811	259204	31	239	1413.26	1084.54
2012г.	40748	282329	31	272	1314.45	1037.97

Източник:Годишни медико-статистически отчети на лечебните заведения за извънболнична помощ в област Враца за периода 2010-2012г.

1. Общият брой на извършените в лечебните заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ, регистрирани на територията на област Враца за периода на проучването 2010-2012г. амбулаторни прегледи показва колебания.

2. Общият брой на извършените в ДКЦ-1 Враца за периода на проучването 2010-2012г. амбулаторни прегледи показва тенденция на константно намаление, като достига до най- ниска стойност през 2012г., което е спад с 26.91% за периода 2010-2012г.

3.Общият брой на извършените в лечебните заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ, регистрирани на територията на област Враца без ДКЦ за периода на проучването 2010-2012г. амбулаторни прегледи показва колебания идентични с тези описващи извършеният обем прегледи за цялата съвкупност от лечебни заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ.

4. Броят на лекарите, работещи в лечебните заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ, регистрирани на територията на област Враца за периода на проучването 2010-2012г. показва леки колебания ,като остава над 200, на фона на които броят на лекарите работещи в ДКЦ-1 остава константен.- средно 31 .

5. Анализът на данните от изследвания период 2010-2012г. по отношение на броят прегледи извършени от 1 лекар годишно в лечебно заведение за специализирана извънболнична медицинска помощ, регистрирано на територията на област Враца показва крива с променлив ход. Общата тенденция е към намаление, като след леко

статистически незначимо увеличение през 2011г. спрямо 2010 с 0.75% следва спад водещ до намаление за целия наблюдаван период от 3.57%. (Табл.12)

6. Тенденцията в стойността на този показател за ДКЦ-1 Враца ЕООД е трайно низходяща като отбелязва спад от 24.55% за периода 2010-2012г.

прегледа годишно.(Табл.12)

7. От таблицата (Табл. № 12) се вижда ,че през 2012г.:

- на 1 специалист в ДКЦ се падат средно **1314.45** прегледа годишно.
- на специалист от всички останали видове СИМП по **1002.41** прегледа годишно.

Анализът на данните от изследвания период 2010-2012г. показва трайна тенденция с низходящ тренд за показателя брой прегледи извършени от един лекар годишно в ДКЦ-1 Враца ЕООД. През 2010г. стойността на този показател е 1742.18. През 2011г. се понижава до 1413.26, което е спад от 18.88%. През 2012г.тенденцията на понижние продължава, като достига до стойност на показателя -1314.45., което е понижние от 6.99% на годишна база спрямо 2011г. и общо за периода 2010-2012г.- 24.55%.

Анализът на данните от изследвания период 2010-2012г. по отношение на броят прегледи извършени от 1 лекар годишно в лечебно заведение за специализирана извънболнична медицинска помощ, регистрирано на територията на област Враца показва крива с променлив ход.

- През 2010г. стойността на този показател е 982.58.
- През 2011г. се повишава до 1035.54, което е ръст от 5.39%.
- През 2012г. стойността на показателя е 1002.41., което е понижние от 3.20% на годишна база спрямо 2011г.

Общо за периода 2010-2012г. е налице увеличение на средният брой на прегледите, извършени от 1 лекар в лечебните заведения за СИМП на територията на област Враца изключвайки ДКЦ с 2.02 %.

Общият брой на извършените в лечебните заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ, регистрирани на територията на област Враца за периода на проучването 2010-2012г. амбулаторни прегледи показва колебания. През 2010г. този брой възлиза на 278795 амбулаторни прегледа, след което показва спад през

2011г. и достига до 259204 прегледа. Намалението на годишна база спрямо 2010г.е 7.03%. Тази динамика в броя на извършените амбулаторни прегледи може да се обясни със сезонните колебания в заболяемостта през различните години. През 2012г. Общият брой на извършените в лечебните заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ, регистрирани на територията на област Враца амбулаторни прегледи възлиза на 282329 амбулаторни прегледа, което е увеличение от 8.92% спрямо 2011г и ръст от 1.27% за целия период на наблюдението.

Броят на лекарите, работещи в лечебните заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ, регистрирани на територията на област Враца за периода на проучването 2010-2012г. показва леки колебания в полза на 2012г.

През 2010г. този брой възлиза на 259 бр. лекари. През 2011г.броят на лекарите , работещи в тези лечебни заведения намалява до 239, което е намаление от 7.72% на годишна база спрямо 2010г.

През 2012г. се отбелязва увеличение в броя на лекарите работещи в лечебните заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ, регистрирани на територията на област Враца като достига до 272. Тази стойност на показателя показва увеличение от 13.81% на годишна база спрямо 2011г. и ръст от 5.02% за целия наблюдаван период 2010-2012г.

Общият брой на извършените в лечебните заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ, регистрирани на територията на област Враца, изключвайки ДКЦ-1Враца ЕООД за периода на проучването 2010-2012г. амбулаторни прегледи показва колебания (Табл.№ 11).

През 2010г. този брой възлиза на 223045 амбулаторни прегледа, след което показва спад и достига до 215393 прегледа. Намалението на годишна база спрямо 2010г.е 3.43%.

През 2012г. Общият брой на извършените в лечебните заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ, регистрирани на територията на област Враца без ДКЦ-1 Враца ЕООД амбулаторни прегледи възлиза на 241581 амбулаторни прегледа, което е увеличение от 12.16% спрямо 2011г и ръст от 8.31% за целия период на наблюдението.

Броят на лекарите, работещи в лечебните заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ, регистрирани на територията на област Враца без

ДКЦ-1 Враца ЕООД за периода на проучването 2010-2012г. показва леки колебания (Табл № 11). През 2010г. този брой възлиза на 227 бр. лекари. През 2011г. броят на лекарите , работещи в тези лечебни заведения намалява до 208, което е намаление от 8.37% на годишна база спрямо 2010г.

През 2012г. се отбелязва увеличение в броя на лекарите работещи в лечебните заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ, регистрирани на територията на област Враца без ДКЦ-1 Враца ЕООД като достига до 241. Тази стойност на показателя показва увеличение от 15.86% на годишна база спрямо 2011г. и ръст от 6.17% за целия наблюдаван период 2010-2012г.

Броят на лекарите, работещи в ДКЦ за периода на проучването 2010-2012г. се запазва константен (Табл. 11). През 2010г. този брой възлиза на 32 бр. лекари. През 2011г. броят на лекарите , работещи в ДКЦ е 31. През 2012г. също е 31.

Изводът който се налага от интерпретацията на установените данни е, че броят на лекарите специалисти, работещи в ДКЦ-1 Враца ЕООД остава константен за наблюдавания период 2010-2012г., на фона на постоянни промени в общият брой на лекарите, работещи в други лечебни заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ, регистрирани на територията на област Враца. Причина за тези данни е стабилността на структурата на ДКЦ , в който над 80% от лекарите работят на основен трудов договор. В противоположен аспект по-малко от 30% от лекарите, работещи в цялата съвкупност от останалите ЛЗ за СИМП на територията на област Враца работят на основен трудов договор. Делът на лекарите , работещи в ДКЦ на допълнителен трудов договор е под 16%, докато този дял за лекарите, работещи във всички останали ЛЗ за СИМП на територията на регион Враца е над 70% (Фиг.14)

На таблица 13 е представен броят на лекарите, работещи в лечебните заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ, регистрирани на територията на област Враца за периода 2010-2012г. по видове лечебни заведения за извънболнична помощ.

Броят на лекарите работещи в ДКЦ е константен за периода 2010-2012г.- средно 31, докато броят на лекарите работещи в медицинските центрове варира.

- През 2010г.-154,
- През 2011г.-147, което е намаление от 4.54% на годишна база спрямо 2010г.

През 2012г. този брой нараства и достига до 157, което е ръст от 6.80% на годишна база спрямо 2011г.и увеличение от 1.95% за целия изследван период.

Детайлният анализ на броят на лекарите работещи в лечебни заведения групови практики за специализирана извънболнична медицинска помощ за наблюдавания период 2010-2012г. показва трайна тенденция на увеличение.През 2010г. този брой е 5.През 2011г. е 10, което е нарастване със 100% на годишна база.През 2012г.стойността на този показател достига 16., което е ръст от 60% на годишна база спрямо 2011г.и общ ръст от 220% за периода 2010-2012г.

Детайлният анализ на броят на лекарите работещи в лечебни заведения индивидуални практики за специализирана извънболнична медицинска помощ за наблюдавания период 2010-2012г. показва известни колебания.През 2010г. този брой е 68.През 2011г. е 51, което е намаление със 33.33% на годишна база.През 2012г.стойността на този показател достига отново 68, което е ръст от 33.33% на годишна база спрямо 2011г.и достигане на нивото от 2010г.

Таблица №13 Брой лекари в лечебните заведения за извънболнична помощ (по вид на ЛЗ) за периода 2010-2012 г. в област Враца

Вид ЛЗ	Лекари общо		
	2010г.	2011г.	2012г.
ДКЦ	32	31	31
МЦ	154	147	157
ГП	5	10	16
ИП	68	51	68
СИМП-общо без ДКЦ	227	208	241
ПМП	92	92	95
ПМП-ГП	0	4	4

Източник:Годишни медико-статистически отчети на лечебните заведения за извънболнична помощ в област Враца за периода 2010-2012(Архив)

Интерпретацията на установените данни показва, че броят на лекарите специалисти, работещи в ДКЦ-1 Враца ЕООД остава константен за наблюдавания период 2010-2012г., на фона на постоянни промени в общият брой на лекарите, работещи в други лечебни заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ, регистрирани на територията на област Враца.

При съпоставка на броя на извършените прегледи от един специалист в ДКЦ-1 Враца ЕООД с броя на извършените прегледи от един специалист средно във всички останали лечебни заведения за извънболнична специализирана медицинска помощ работещи на територията на област Враца за наблюдавания период 2010-2012г. се установява следната картина.

Анализът на данните от изследвания период 2010-2012г. по отношение на броят прегледи извършени от 1 лекар годишно в лечебно заведение за специализирана извънболнична медицинска помощ, регистрирано на територията на област Враца показва крива с променлив ход.

- През **2010г.** стойността на този показател е **1076.43**.
- През **2011г.** се повишава до **1084.54**, което е ръст от 0.75%.
- През **2012г.** стойността на показателя е **1037.97.**, което е понижение от 4.29% на годишна база спрямо 2011г.

Общо за периода 2010-2012г. е налице намаление на средният брой на прегледите , извършени от 1 лекар годишно в лечебните заведения за СИМП на територията на област Враца с 3.57 %.

От таблица № 11 се вижда ,че през 2010г. на 1 специалист в ДКЦ се падат средно **1742.18** прегледа годишно. На специалист от всички останали видове СИМП по **982.58** прегледа годишно.

От таблицата се вижда ,че през 2011г. на 1 специалист в ДКЦ се падат средно **1413.26** прегледа годишно. На специалист от всички останали видове СИМП по **1035.54** прегледа годишно. За оценка е избрана 2011г., т.к. това е годината с най-лоши показатели /брой прегледи/ за участващите в проучването .

От таблицата се вижда ,че през 2012г. на 1 специалист в ДКЦ се падат средно **1314.45** прегледа годишно.

На специалист от всички останали видове СИМП по **1002.41** прегледа годишно

Анализът на данните от изследвания период 2010-2012г. показва трайна тенденция с низходящ тренд за показателя брой прегледи извършени от един лекар годишно в ДКЦ-1 Враца ЕООД.

- През 2010г. стойността на този показател е 1742.18
- През 2011г. се понижава до 1413.26, което е спад от 18.88%.

- През 2012г. тенденцията на понижениe продължава, като достига до стойност на показателя -1314.45., което e понижениe от 6.99% на годишна база спрямо 2011г. и общо за периода 2010-2012г.-24.55%.

Анализът на данните от изследвания период 2010-2012г. по отношение на броят прегледи извършени от 1 лекар годишно в лечебно заведение за специализирана извънболнична медицинска помощ, регистрирано на територията на област Враца показва крива с променлив ход.

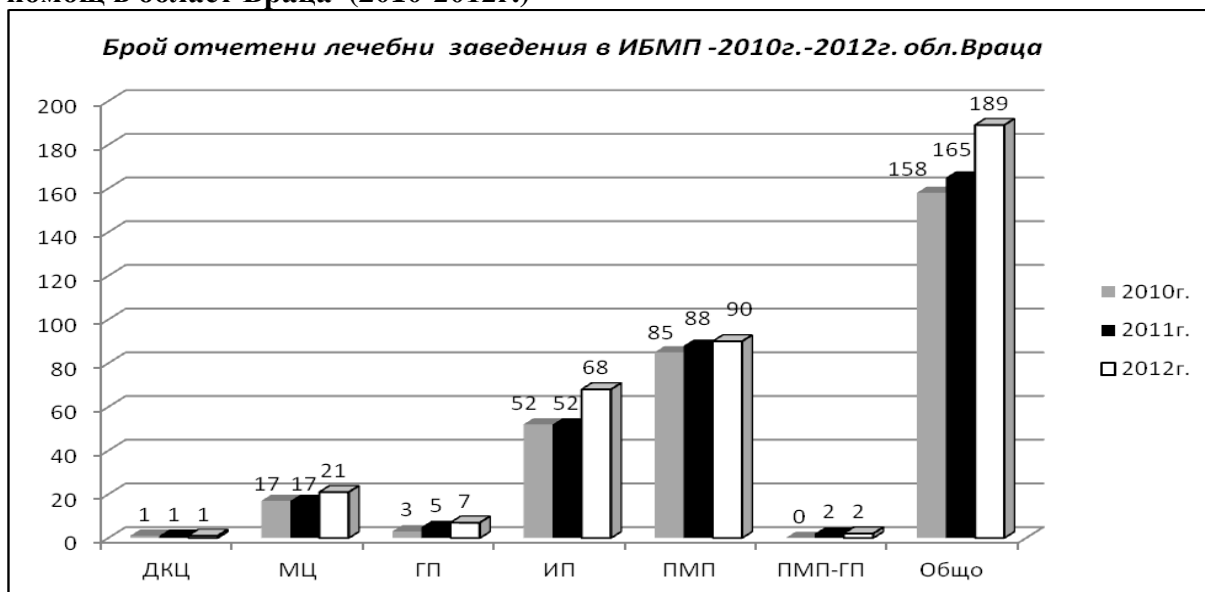
- През 2010г. стойността на този показател e 982.58.
- През 2011г. се повишава до 1035.54, което e ръст от 5.39%.
- През 2012г. стойността на показателя e 1002.41., което e понижениe от 3.20% на годишна база спрямо 2011г.

Общо за периода 2010-2012г. e налице увеличениe на средният брой на прегледите , извършени от 1 лекар в лечебните заведения за СИМП на територията на област Враца изключвайки ДКЦ с 2.02 %.

Тенденциите за това ,че в ДКЦ се извършват между 300 и 400 прегледа повече ,годишно на физически специалист се запазват и през останалите 2 години

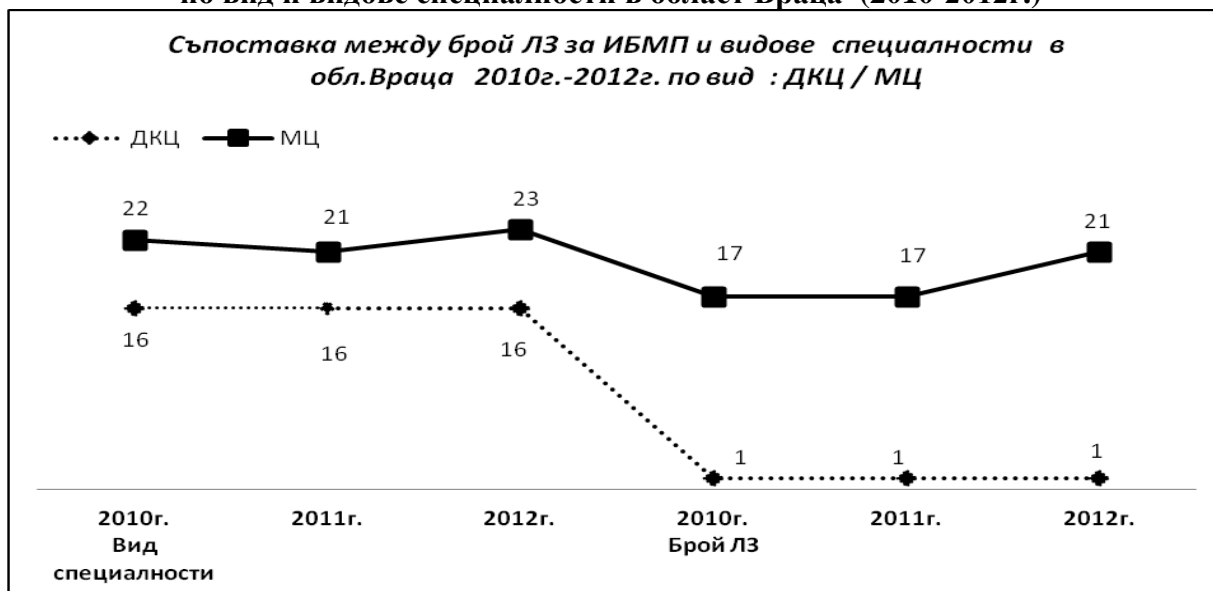
На фигура 10 e представен броят на лечебните заведения за извънболнична помощ, регистрирани на територията на област Враца и предали годишни медико-статистически отчети за периода на проучването 2010-2012г. Видно от представените данни броят на лечебните заведения за извънболнична помощ расте за изследвания период 2010-2012г., като достига връх(189 броя) в края на периода.(2012г.) Подобна e динамиката в броя на лечебните заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ. Наблюдава се увеличениe в броя на регистрираните медицински центрове от 17(2010г.) на 21(2012г.), както и в броя на регистрираните лечебни заведения индивидуални практики за СИМП- от 52(2010г.) на 62(2012г.) и групови практики за СИМП- 3(2010г.) на 7(2012г.). Тази динамика илюстрира продължаващият процес на създаване и регистрация на нови лечебни заведения за СИМП на територията на област Враца за изследвания период. Тези данни показват, че секторът на извънболничната помощ в област Враца за периода 2010г.-2012г. продължава да се развива като структурна база. Това развитие обхваща и лечебните заведения за СИМП.

Фигура 10: Брой анализирани отчетени лечебни заведения за извънболнична помощ в област Враца (2010-2012г.)



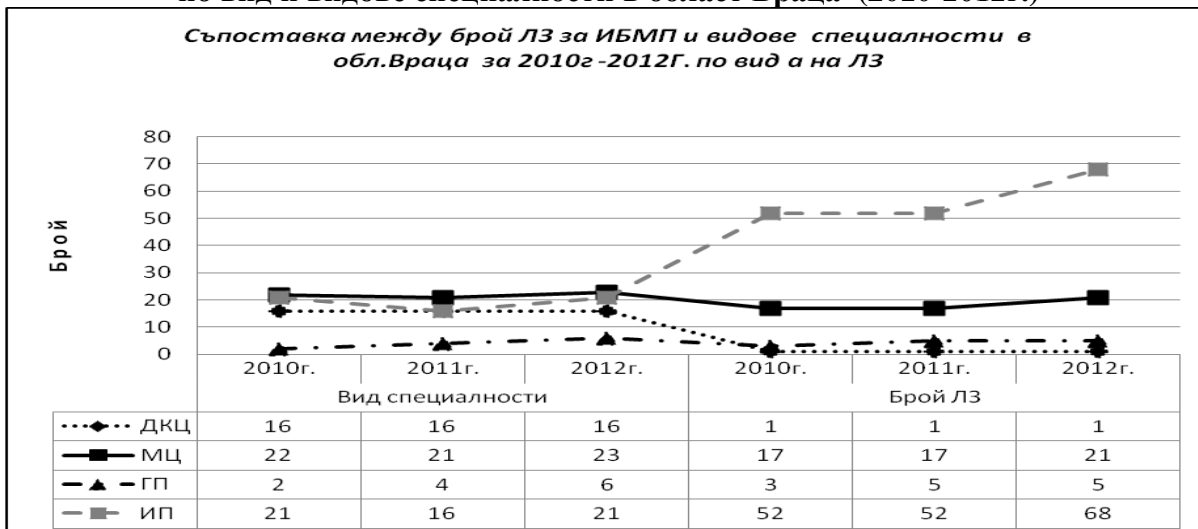
Източник: Годишни медико-статистически отчети на лечебните заведения за извънболнична помощ в област Враца за периода 2010-2012г. Забележка: Посоченият общ брой ЛЗ е без медико-диагностичните лаборатории

Фигура 11: Съпоставка между брой лечебни заведения за извънболнична помощ по вид и видове специалности в област Враца (2010-2012г.)



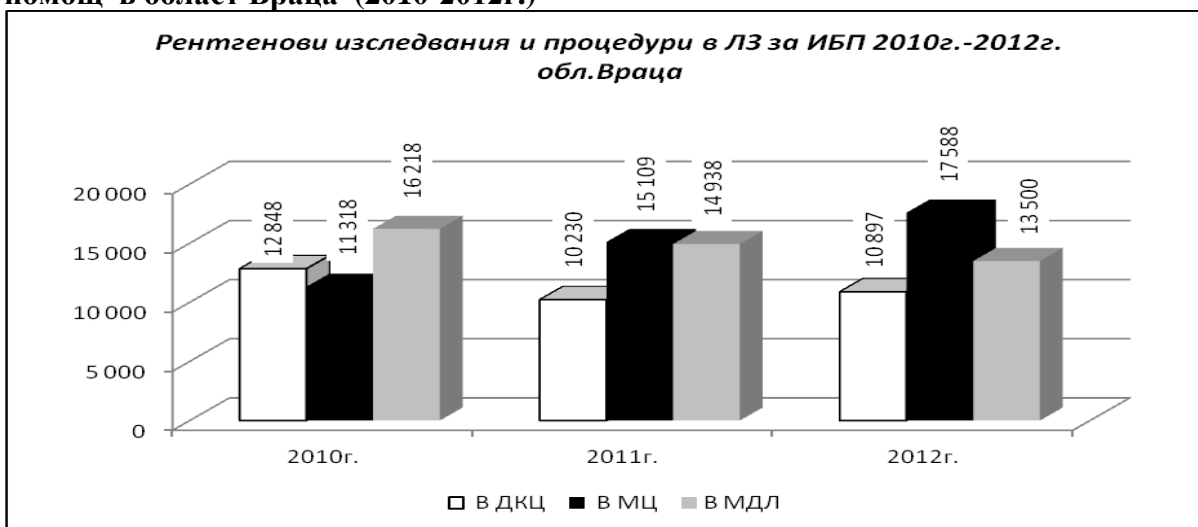
Източник: Годишни медико-статистически отчети на лечебните заведения за извънболнична помощ в област Враца за периода 2010-2012г.

Фигура 12:Съпоставка между брой лечебни заведения за извънболнична помощ по вид и видове специалности в област Враца (2010-2012г.)



Фигура 12 отразява една пространствена представа за качествената страна на ЛЗ. Оказва се ,че ДКЦ, макар и един , предлага толкова видове специалисти, колкото МЦ и ИП. Този аргумент е много важен, т.к. цялата палитра от видовете специалности е съсредоточена на едно място, заедно с клинична и рентгенова лаборатория. Безспорно това създава **изключително удобство за пациентите, особено за тези,които се нуждаят от интердисциплинарна консултативна помощ, т.е. всички трудни диагностични случаи.**

Фигура 13:Рентгенови изследвания в лечебни заведения за извънболнична помощ в област Враца (2010-2012г.)



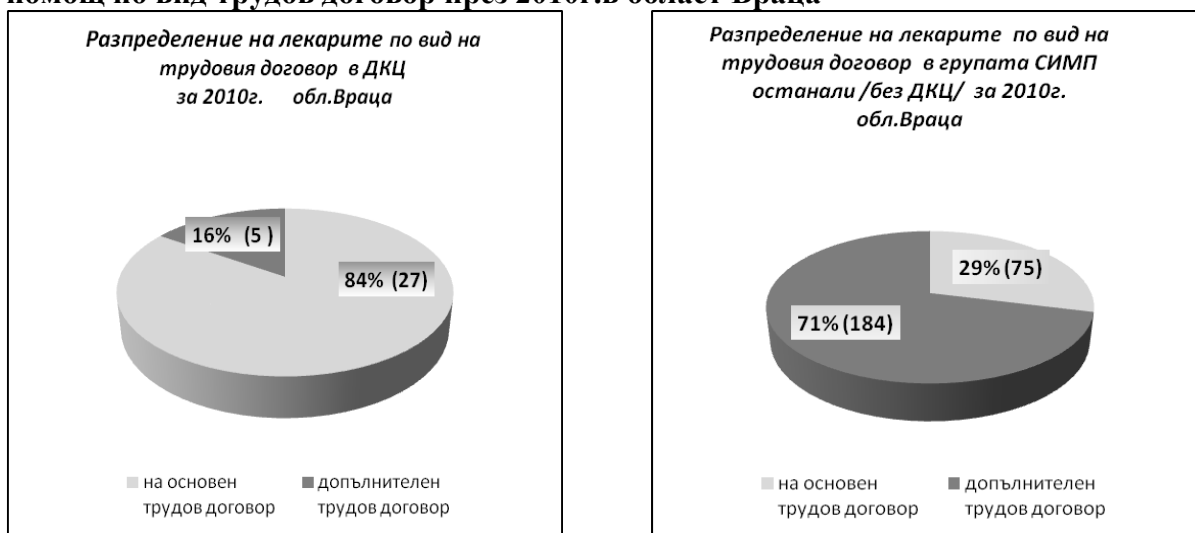
Източник:Годишни медико-статистически отчети на лечебните заведения за извънболнична помощ в област Враца за периода 2010-2012г.

Фигура 13 отразява броя на рентгеновите изследвания извършени в ЛЗ за ИБМП.

При изчисляване на броя рентгенови изследвания ,средно на един специалист за произволно избрана година /2011г./ , се получава както следва : ДКЦ- 5448 ; МДЛ- 6750; МЦ- 1758.

Ефективността се определя , както следва : 1. МДЛ 2.ДКЦ 3. МЦ , независимо от това ,че като цяло броят изследвания е в полза на МЦ.

Фигура 14:Разпределение на лекарите в лечебни заведения за извънболнична помощ по вид трудов договор през 2010г.в област Враца



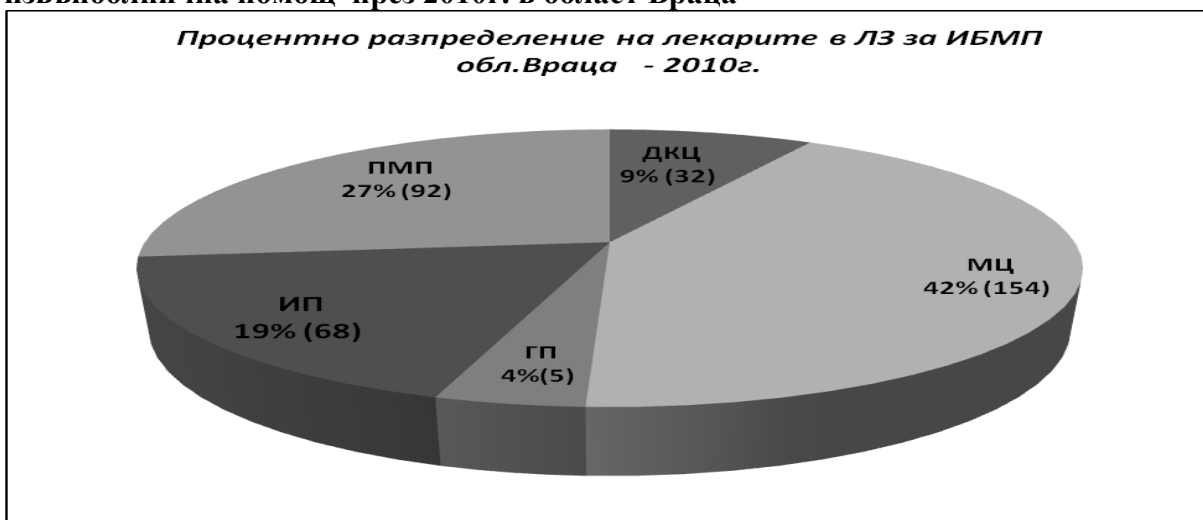
Източник:Годишни медико-статистически отчети на лечебните заведения за извънболнична помощ в област Враца за периода 2010-2012г.

На фигура 14 са представени графично данните за разпределение на лекарите, работещи в лечебни заведения за извънболнична медицинска помощ на територията на област Враца за 2010г. по трудов договор. На основен трудов договор работят 39 процента от наетите в лечебните заведения за извънболнична помощ. На допълнителен/втори/ трудов договор работят 61 процента от наетите в лечебните заведения за извънболнична помощ лекари за 2010г. За съпоставка в ДКЦ1-Враца за същата 2010г. на основен трудов договор са работили 84% процента от наетите лекари и само 16% са били на допълнителен/втори трудов договор/.Тези резултати показват стабилност на структурата ДКЦ и доверие и удовлетвореност на работещите в него лекари специалисти. Въпреки предоставената от ЗЛЗ възможност лекарите, работещи в ДКЦ в огромната си част (84%) предпочитат да работят на основен трудов договор именно в този тип лечебно заведение. Липсват законови ограничения за специалистите

в ДКЦ да работят и в други лечебни заведения за болнична или извънболнична помощ, но въпреки това те избират за работно място по основен трудов договор именно него, явно защото структурата, организацията и условията на труд са по-привлекателни за професионалната им реализация.

Данните от графиката са израз на законовата възможност предоставена на лекарите да работят по повече от един трудов договор както в лечебни заведения за болнична помощ така и в лечебни заведения за извънболнична специализирана медицинска помощ. Друга възможност е работата по основен и допълнителен трудов договор в две различни лечебни заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ. Данните показват, че голямата част (над 61%) от лекарите, работещи в ЛЗ за извънболнична помощ в област Враца осъществяват дейността си по допълнителен (втори) трудов договор. Това показва, че те не са достатъчно мотивирани и удовлетворени от работата си по основния трудов договор (независимо дали той се реализира в лечебно заведение за болнична или извънболнична помощ). При лекарите, работещи в ДКЦ картината е точно противоположна, т.к. над 84% от тях работят на основен трудов договор в ДКЦ и само незначителните 16 % от тях осъществяват дейността си по допълнителен (втори) такъв. Констатацията, която се налага е, че ДКЦ като структура, като тип лечебно заведение предоставя много по-добри условия за пълноценна професионална реализация на лекарите специалисти в сравнение с всички останали форми на лечебни заведения за СИМП, които ЗЛЗ регламентира.

Фигура 15: Разпределение на лекарите по вид лечебни заведения за извънболнична помощ през 2010г. в област Враца



През 2010 г. конкретно в МЦ съотношението основен /допълнителен трудов договор е 11% / 89% , в ГП – 29 % / 71%. , а в ИП - 28% / 72%.

Броят на персонала в ДКЦ през изследвания период остава сравнително постоянен. Висок процент от лекарите / три четвърти / предпочитат основното им работно място да бъде точно ДКЦ, което говори за стабилност и доверие в структурата. Две трети от работещите СИМП са в ЛЗ на допълнителен трудов договор, а основният им такъв на друго място.

Сравнителният и времеви анализ който беше извършен на регионално ниво в обл. Враца установи, че се увеличава бързо броят на индивидуалните практики и МЦ в региона. Въпреки това ДКЦ , остава най-стабилната и широкоспектърна структура . Сnižаването на нейното дялово участие е релативно, а не фактическо, което е свързано именно с увеличаващият се брой нови ЛЗ.

4.2.2 ОПРЕДЕЛЯНЕ НА МЯСТОТО И РОЛЯТА НА ДКЦ-1 ВРАЦА В СИСТЕМАТА НА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ ЗА ИЗВЪНБОЛНИЧНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ НА ТЕРИТОРИЯТА НА ОБЛАСТ ВРАЦА

ПРИМЕРНА МЕТОДИКА ЗА ОБЕКТИВИЗИРАНЕ НА КАЧЕСТВЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛ „ЕФЕКТИВНОСТ” ЧРЕЗ КОЛИЧЕСТВЕНА ОЦЕНКА

Специалистите предпочитат да получават 100% от заработените доходи, работейки самостоятелно. Дали това обаче води реално до по-голям брой прегледи за всеки един от тях ?

Като цяло непостоянство в броя на прегледите на лекарите в СИМП и в ПМП, което разбира се е свързано със заболяемостта на населението през годината.

В учебниците по икономика определението за Ефективност е: отношение на постигнат резултат / спрямо поставена цел. Колкото степента е по-висока, толкова по-ефективно е даденото действие. Един от най-често използваните индикатори за ефективност , това е производителността на труда. За да се определи е необходимо да има физична единица – брой.

„Оперативната икономическа ефективност” - ОИЕ, включва селекция между алтернативни средства при постигане на един и същи резултат. Тя е израз на постигането на максимални резултати от определени ресурси.

В предложението „кръстосан анализ” се прави оценка на ефективността на ДКЦ, спрямо всички останали структури, взети като обща съвкупност. По същия начин може да се направи последователно оценка на всички други видове ЛЗ за ИБМП-медицински центрове, групови практики, индивидуални практики. При разглеждането на установените при проучването данни по тази методика се установяват :

- движението на събитията във времето
- промяната на ефективността
- има ли изобщо ефективност
- тенденциите за развитието на ефективността
- факторите, които я повишават или понижават
- в кой времеви период е имало пикове , спад или покачване на ефективността
- косвено обследване на икономическите, политическите, демографските и др. фактори, които са повлияли тези пикове

Чрез математически модел е определена **ефективността на работата** в произволно избрано лечебно заведение за медицински услуги /ДКЦ/, спрямо всички останали лечебни заведения в ИБМП –работещи като СИМП, взети като една обща съвкупност. Т.е ще се **изрази качествен показател, с количествено представяне**. За целта се използва диаграма, която подчертава **разликите в три параметъра** на изследваните обекти във времето за 3 годишен период обхващащ годините 2010-2012. Графично тези данни са представени на Фиг.№16.

Подходът за онагледяване на качествен показател в настоящата разработка е назован „Кръстосан анализ”, т.к. дава визуална представа за едновременно наблюдение на няколко показателя, в количествен и времеви аспект и тяхната резултатност върху ефективността.

В литературата някои автори различават ефективност и ефикасност. Друг аналог на тези показатели е ефектност. Четвърти – ефициентност. Критерият за това дали говорим за качествен или за количествен показател в случая се интерпретира различно. Според една група икономисти ефективността, като понятие се прилага

когато има възможност за измерване на резултатите. А ефикасността, когато резултатите не могат да се измерят в никакви единици.

В други източници обаче, понятията са формулирани точно обратно - ефикасността, като съотношения разходи ползи, а ефективността, като степен на постигане на крайната цел.

Спецификата на измерване на ефективността в здравеопазването и в отделните здравни дисциплини, изисква използването на специфични подходи и тестове. /.../

Индикатор за качество е мерна единица, която се използва за определяне на степента на спазване на избрани стандарти. Във връзка с това е необходим набор от показатели за структурите, показатели за процесите, показатели за резултатите. /.../

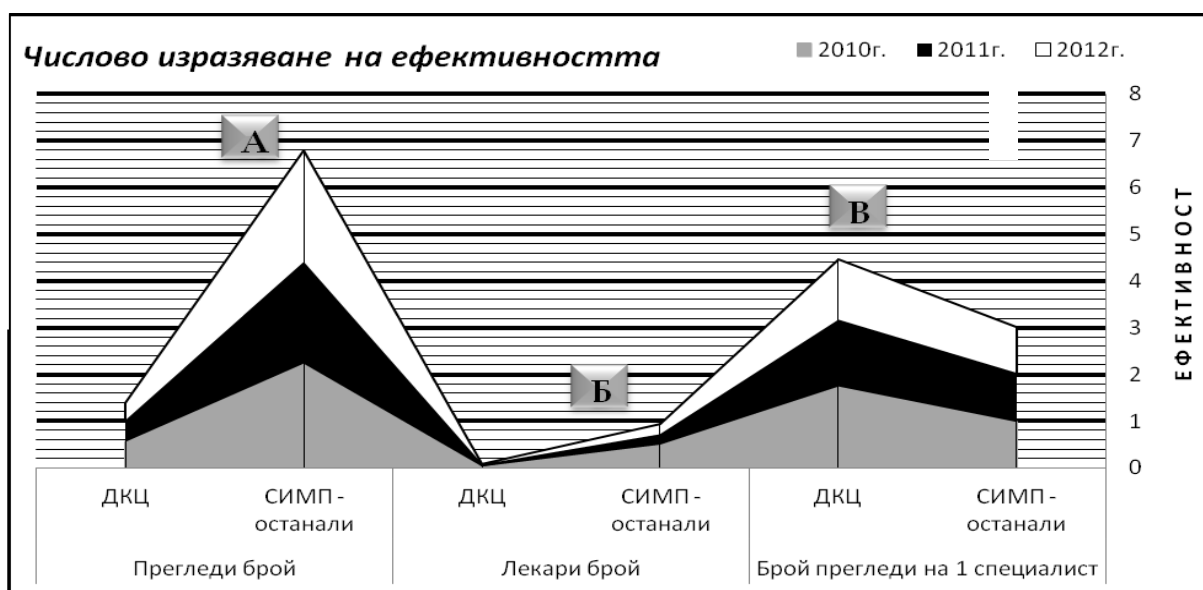
Ако се анализира какво точно се включва в термина „качество”, можем да го характеризираме в количествен аспект на определен признак или съвкупност от такива. Качеството обаче е относително понятие, със субективен нюанс. За едни това може да бъде брой болни, за други продължителност на прегледа, за трети максимално бързо извършен преглед при максимално достоверно поставена диагноза. Всъщност всички тези възможности биха могли да се формулират като стандарти, но стандартите се въвеждат за удовлетворяване на потребностите на определена група от хора или съсловие.

Потребностите на групите или индивидите обаче са различни. За пациентите това означава продължителен преглед, задълбочен разговор с лекаря и вярно поставена диагноза с доказателства. За лекарите това е брой пациенти, вярно поставена диагноза и максимално кратко време за осъществяване на целта / поставяне на диагноза/ , при минимални разходи. При вероятното, но абстрактно разглеждане на позициите на участниците в действието, което изследваме, се установи нещо много важно и то е, че има общ критерий и в двете групи заинтересовани лица. Този общ критерий е „вярно поставена диагноза”.

В предложения метод на фигура 16 се определят степените на ефективността. По абсцисната ос на фигурата са нанесени данни за три параметъра - брой прегледи, брой лекари и брой прегледи, извършени от 1 лекар специалист за 1 година. На фигурата е извършена съпоставка по тези три параметъра между ДКЦ-1 Враца ЕООД и всички останали лечебни заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ, регистрирани на територията на област Враца. Сравнението е

извършено за период от 3 години, включващи 2010-2012г. **Целта** на сравнението между двете групи лечебни заведения за СИМП е да се определи кое от тях е с по-висока степен на ефективност в ежедневната си дейност по показателя брой прегледи, извършени от един лекар.

Фигура 16: Числово изразяване на ефективността на ЛЗ за извънболнична помощ в област Враца (2010-2012г.)



Легенда на диаграмата:

В диаграмата са обединени данни от следните показатели:

А. Прегледи - брой

Б. Лекари - брой / в ДКЦ и във всички останали ЛЗ за СИМП като обща съвкупност, без ДКЦ/

В. Извършени брой прегледи от 1 специалист

Промени на тези показатели през трите изследвани години, които са изразени:

➤ В сив цвят – 2010г.

➤ В черен цвят - 2011г. В бял цвят - 2012г.

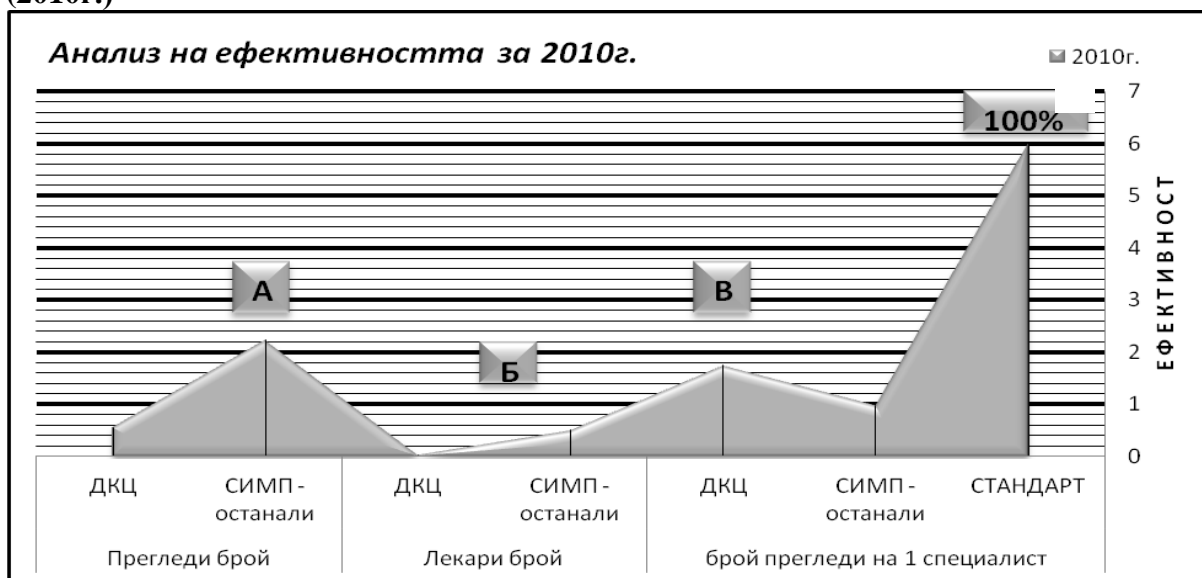
Всеки от тези показатели отразява по отделно данните за:

❖ ДКЦ

❖ СИМП – останали. В най дясната част на диаграмата има скала, в случая структурирана от 6 степени.

Степените са пропорционални на ефективността. За база на сравнение графично е изразен „СТАНДАРТ“.

Фигура 17: Графично изразяване на ефективността на ЛЗ за извънболнична помощ в област Враца (2010г.)



Как са определени степените? Приема се ,че за 1 час един лекар може да прегледа и обслужи качествено 3 пациенти / по 20 минути на пациент. За 8 работни часа на ден това дава стойност 24 пациента на ден / идеален случай/. За 250 работни дни, това прави 6000 пациента ,прегледани от 1 лекар за една година.

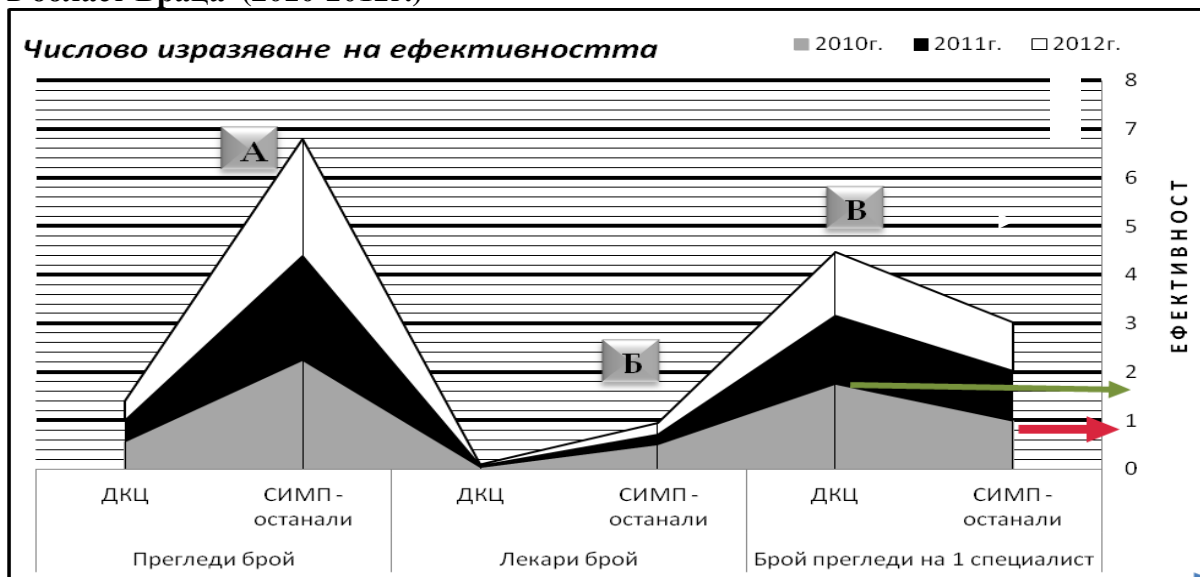
За изразяване на цялата тази съвкупност от информация е избран **моделът на площна диаграма**, с **главно и второстепенно калибриране** на хоризонталната ос. По този начин с голяма точност, до 2 десети, може да се определи числовия израз на ефективността.

Шеста степен отразява пикът на скалата и е равен на 100% ефективност, при зададените условия на работа, които са съобразени с кодекса на труда за работното време и така приетият условен стандарт за времетраене на прегледа.

Числовото изразяване **на ефективността** на лечебни заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ в област Враца за периода 2010-2012г. е представено на Фиг. 18. Прилага се идентичен подход при определянето на параметрите за сравнение, както при описаната методика на стр.83-85. Извършва се сравнение по три параметъра-брой прегледи, брой лекари и брой прегледи извършени

от 1 лекар за една година. Определят се числови коефициенти на ефективност, които са лесно сравними и позволяват бързо да се прецени резултатът от сравнението.

Фигура 18: Числово изразяване на ефективността на ЛЗ за извънболнична помощ в област Враца (2010-2012г.)



Пикът на „В” – за ДКЦ се засича със скалата. Намерената стойност е 1,8 – за 2010год. За СИМП – останали – тя е 0,9.

Анализът на получените резултати показва, че по-голямата **степен на ефективност в ДКЦ се обяснява с по-малкия брой** персонал, независимо от много по-малката абсолютна стойност на броя извършени прегледи.

Този метод позволява да бъдат правени изследвания и сравнения с цел прогнози на ефективността на конкретни лечебни заведения за бъдещи период

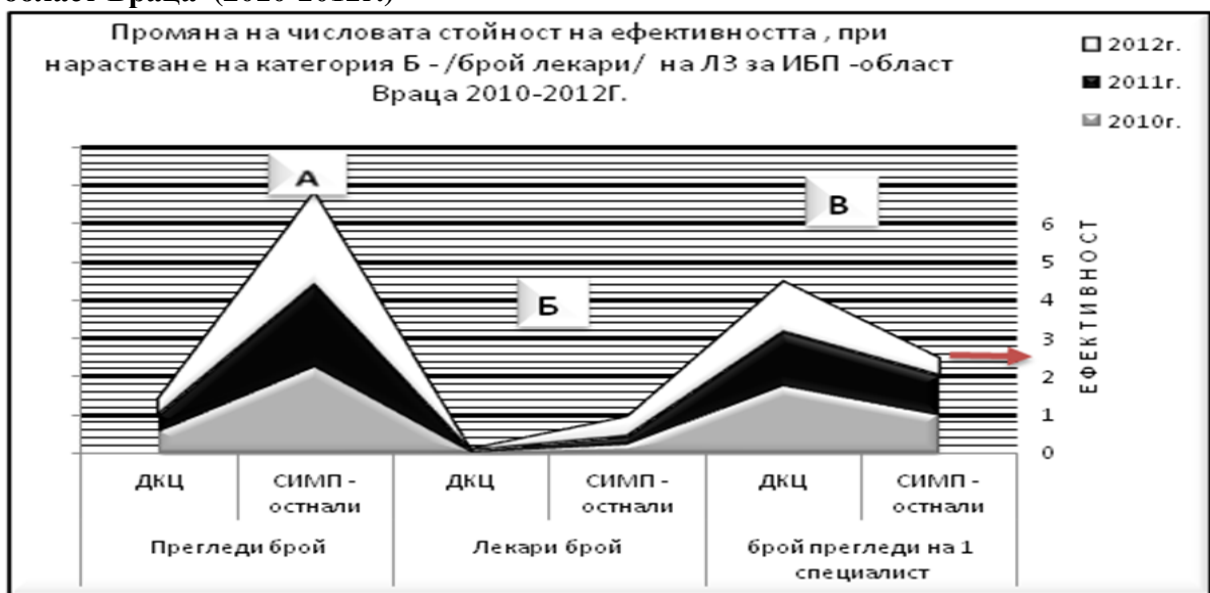
Вариант I:

Оценката се прави на базата на стационарен А (брой прегледи) и променлив Б (Брой лекари). Ако стойността на Б се увеличи, цифровият израз на Ефективността намалява. В случая на Фиг.18 при така зададените стойности, базата за сравнение е „Брой прегледи на 1 лекар СИМП ”. **Стойностите на В / Брой прегледи на 1 лекар СИМП/ са право пропорционални на ефективността**, което има цифрова стойност – за ДКЦ- 1,8, а за СИМП -в останалата група – 0,9 / данните са само за 2010г./ . **За да визуализираме по-добре динамиката в промяната ще използваме стойността от натрупването за 3 години по показател брой прегледи на 1 лекар специалист годишно**

. Тази обобщена стойност на натрупване за тригодишния период на изследване 2010-2012г. за СИМП „останали” е 3(Фиг.18).

При увеличаване на стойността на Б , цифровата стойност на В – намалява Т.е. увеличаването на броя на лекарите при една и съща стойност на прегледите води до пониска ефективност, което е равно на по-малък брой прегледи на 1 лекар СИМП. На Фиг. 19 се вижда, че стойността на В /ефективността/ намалява на 2,5.

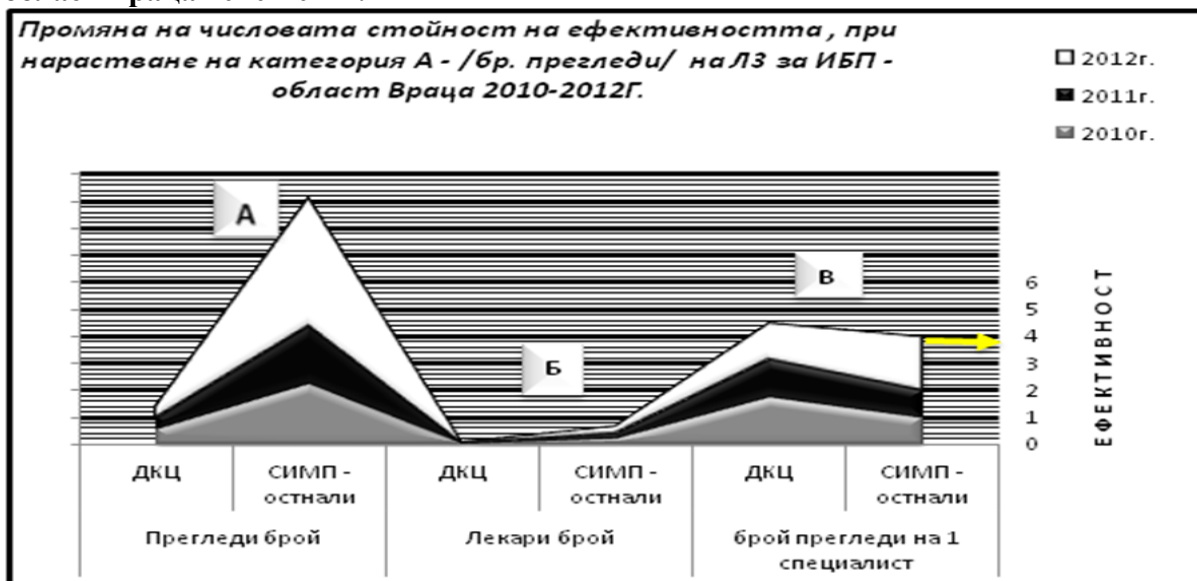
Фигура 19: Статистически „кръстосан” анализ на ЛЗ за извънболнична помощ в област Враца (2010-2012г.)



Вариант II:

Оценката се прави на базата на променлив А(брой прегледи) и стационарен Б(брой лекари). Ако стойността на А(броят прегледи) се увеличи при константен брой лекари, цифровият израз на Ефективността се увеличава , т.к. стойността на В расте. В случая тази стойност е 4.(Фиг.20). Цифровият израз на ефективността е правопорционален на броя извършени прегледи(обемът дейност) и обратно пропорционален на броя лекари, които са извършили тази дейност.

Фигура 20: Статистически” кръстосан анализ” на ЛЗ за извънболнична помощ в област Враца 2010-2012г.



По чисто логически път чрез гореизложената методика се доказва, че може качествен показател, да се изрази стойностно, ако се намери негов **правопорционален цифров аналог.**

Представената методика позволява да се правят различни сравнения както между отделни лечебни заведения така и между групи от тях. Приложението на тази методика позволява да се правят сравнения и да се определя ефективността по отношение на различни конкретни показатели, характеризиращи дейността на лечебните заведения.

Минимумът данани, необходим за прилагането на методиката е **обемът дейност и броят медицински персонал-лекари, за даден период от време /1 година/.** Приложението на методиката е лесно и позволява бързо сравнение на различни параметри от дейността на лечебните заведения.

Графичното изображение на резултатите от извършваните сравнителни анализи е информативно, удобно и позволява бърза съпоставка между различни обекти за сравнение. Такива могат да бъдат различни лечебни заведения от един и същ вид с еднакъв предмет на дейност (МЦ, ДКЦ, лаборатории) или лечебни заведения от различен вид, но с общ предмет на дейност (МЦ, ДКЦ, ИП за СИМП) Използването на нивелираща линия и допълнителна мрежа подобрява изразността на метода. (Фиг. 22)

АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ

Дяловото участие на ДКЦ-1 – Враца, в извършените прегледи за периода 2010г-2012г., е средно 17%. За регион от 181 559 жители ЛЗ обслужва около 1/6 от населението.

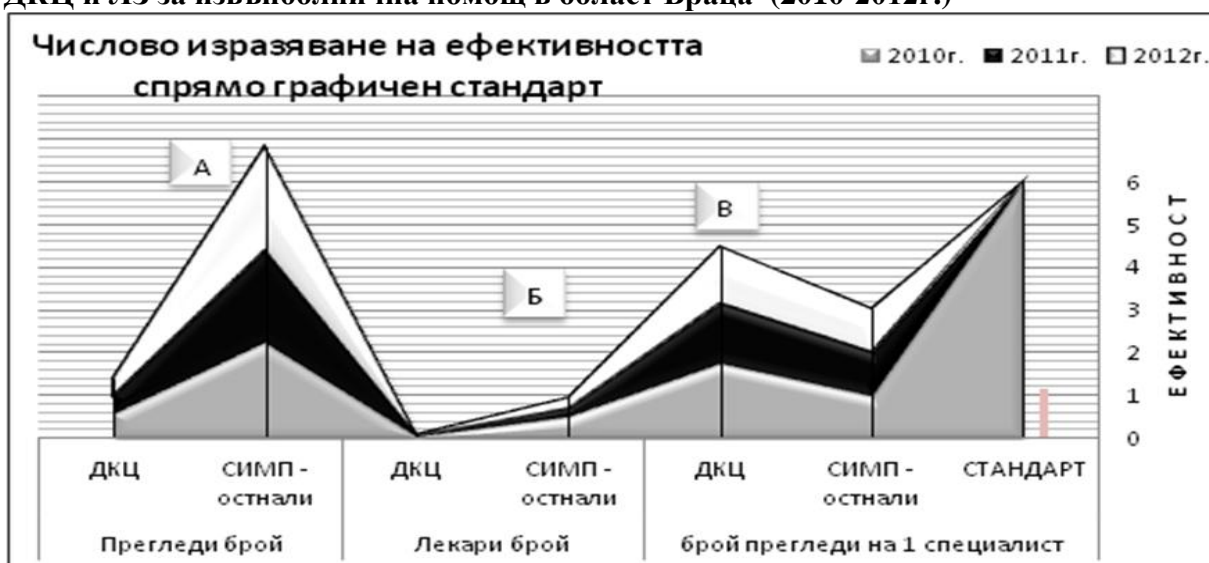
На Таблица № 14 е представен брой прегледи, извършени в ДКЦ в съпоставка с лечебните заведения за СИМП останали, броя лекари и брой прегледи на 1 лекар.

Таблица №14 Брой прегледи, брой лекари и брой прегледи на 1 лекар в ДКЦ и ЛЗ за СИМП 2010-2012г. област Враца

	Прегледи брой		Лекари брой		Брой прегледи на 1 специалист	
	ДКЦ	СИМП - останали	ДКЦ	СИМП - останали	ДКЦ	СИМП -останали
2010г.	55750	223045	32	227	1742	982
2011г.	43811	215393	31	208	1413	1035
2012г.	40748	241581	31	241	1314	1002

На Фигура 21 е представено числово изразяване на ефективността спрямо графичен стандарт на ДКЦ и лечебните заведения за СИМП като обща съвкупност, невключваща ДКЦ за периода 2010-2012г. в област Враца. С помощта на графичен способ са изразени едновременно три параметъра- брой прегледи, брой лекари и показателят ефективност за изследвания тригодишен период 2010-2012г.

Фигура 21: Числово изразяване на ефективността спрямо графичен стандарт на ДКЦ и ЛЗ за извънболнична помощ в област Враца (2010-2012г.)



Фигура 22:Числово изразяване на ефективността спрямо графичен стандарт на ДКЦ и ЛЗ за извънболнична помощ в област Враца (2010-2012г.)



Източник:Годишни медико-статистически отчети на лечебните заведения за извънболнична помощ в област Враца за периода 2010-2012г. (Архив)

На тази диаграма, на Фиг. 20 трябва да определим числовият еквивалент на ефективността на ДКЦ и да го съпоставим с ефективността на всички останали ЛЗ за СИМП. В тази първоначална обобщена оценка се вижда, преди определянето на цифровите еквиваленти, че ефективността на ДКЦ за три годишния период е по-голяма отколкото на обобщената група СИМП, но се забелязва тенденция за изравняване на стойностите през 2012г.(Фиг.20)

Тази визуална представа, както и стойностите от таблицата е необходимо да се обективизират с мерна единица – **коэффициент на ефективност**. За улеснение и по-голяма точност ще се използва нивелираща линия, която вмъкваме върху таблицата, чрез опцията „вмъкване на фигури“ от основното меню на лентата с инструменти. Посредством преместване на линията /move/ и промяна на ширината ѝ, извършваме точно засичане спрямо „ скалата на ефективността“. / Виж стъпки 1 до 3 и Фиг.21/.

Данните са както следва:

2010г: Ефективност ДКЦ – 1,8 Ефективност СИМП-останали – 1,0

2011г: Ефективност ДКЦ – 1,4 Ефективност СИМП-останали – 1,0

2012г: Ефективност ДКЦ – 1,3 Ефективност СИМП-останали – 1,0

От тези данни става видно ,че **ефективността на ДКЦ, като цяло е през трите години по-голяма отколкото в група ЛЗ за СИМП-останали**. Прави впечатление обаче, намаляване на ефективността му с 0,6 единици ,за което трябва да бъдат изяснени причините.

Ефективността на ЛЗ за СИМП-останали остава непроменена /1,0/, независимо от пика на извършените прегледи през 2012г., чиито брой е нараснал с 26188 броя спрямо предходната 2011г.. Причината за стационараната ефективност в случая е увеличеният брой специалисти с 33 лекари повече, спрямо предходната 2011г. година, работили в лечебните заведения за СИМП – без ДКЦ. 17 от тях работят в индивидуални практики, 10 в медицински центрове и 6 в групови практики за СИМП. Персоналът на ДКЦ остава непроменен, в сравнение с 2011г. (Табл.13 Фиг.)

Доказателство №1 – Ролята на ДКЦ в интегрираната медицинска помощ

На Таблица 15 са представени данни за извършените амбулаторни прегледи в лечебните заведения за извънболнична медицинска помощ в област Враца за 2012г.

Таблица №15: Брой амбулаторни прегледи, извършени в лечебните заведения за ИМП в област Враца за 2012г.

Брой прегледи за 2012г. - област Враца							
ДКЦ	МЦ	ГП-СИМП	ИП-СИМП	Общо -СИМП	ПМП	ПМП-ГП	Общо ПМП
40748	139993	18300	83288	282329	391678	21124	412802

Източник: Годишни медико-статистически отчети на лечебните заведения за извънболнична помощ в област Враца за периода 2010-2012г. (Архив)

По данни на НСИ общия брой население на област Враца към 31.12.2012 г. е 181 559 жители.

Доказателство № 2:

На територията област Враца, функционират към 2012г. 18 МЦ. На територията само на гр. Враца те са 12. На изискванията според НРД, които са с персонал минимум 10 специалисти от различни специалности и диагностично-лабораторна база са още 3 големи МЦ.

Бенчмаркингът измерва крайния продукт на една организация, в съответствие с определени стандарти и го сравнява с продукта на друга такава. Тук се прави сравнение между ДКЦ и три медицински центъра, чрез което се установяват предимствата на единият и другият вид лечебно заведение.

От таблицата по-долу /Таблица 16/ е видно, че ДКЦ и трите МЦ, които са с персонал минимум 10 лекари с различни специалности, клинична и рентгенова лаборатория имат най-много извършени прегледи. /Доказателство 2/. Това показва, че този вид модел на извънболнична медицинска помощ е не само **по-ефективен**, но и по-предпочитан от пациентите. Като цяло начинът, по който функционират тези лечебни заведения е **интегрален**, защото на едно и също място се извършват преглед, изследвания, поставяне на диагноза, лечение и проследяване на болния.

При анализирането на данните от таблицата прави впечатление, че два от медицинските центрове , които са с персонал средно 3 лекари, през три годишният период се открояват значимо и дори надминават ДКЦ и изследваните три МЦ по показател ”брой прегледи, извършени от един специалист”. Тези два медицински центъра имат една обща характеристика и тя е, че те са строго профилирани, всеки от тях извършва дейност предимно по една медицинска специалност.

В търсене на модела за най-ефективна практика, в случая отговорът за висока ефективност е освен високият лекарски професионализъм и това ,че тези лечебни заведения разполагат с налична леглова база за наблюдение и лечение до 48 часа. Пациентът при необходимост от краткосрочно наблюдение и лечение може да бъде приет незабавно в същото лечебно заведение за извънболнична помощ.

На фигура № 23 е представен сравнителен анализ на дейността на медицински центрове, регистрирани на територията на област Враца за тригодишен период 2010-2012г. Направена е съпоставка на обема извършени прегледи с броя лекари , работещи в тях. Търсена е оценка на ефективността на работата им според броя прегледи извършен от един лекар за една календарна година. Този тип сравнителен анализ позволява да се оценят лечебните заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ по произволно избрани показатели за дейността им.

Сравнителният анализ между различни лечебни заведения от един сектор на здравната система позволява да се определят тези, които са по-ефективни в дейността си. Тези резултати позволяват да се търсят добрите практики в отделни лечебни заведения постигнали по висок коефициент на ефективност и да се използват като пример и за други лечебни заведения.

Този анализ позволява да се оценява и ефективността на труда на медицинските специалисти както и тяхната натовареност за определен период от време.

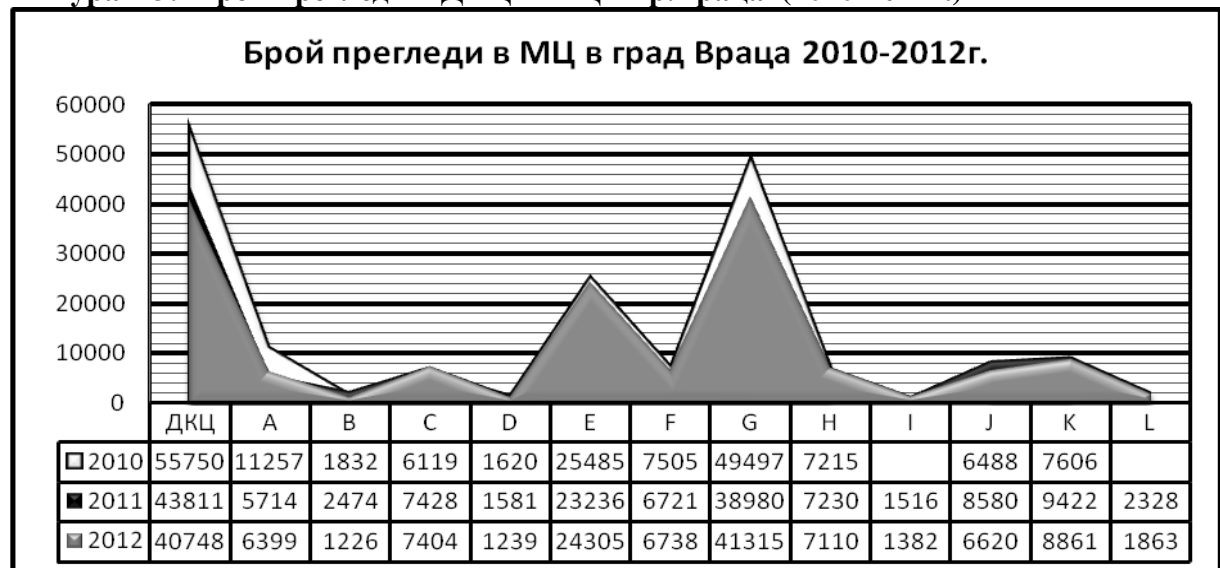
Наличието на такъв вид анализи за функционирането на лечебните заведения би дало ценна информация при вземането на управленски решения на регионално и национално ниво относно броя, вида и структурата на лечебните заведения за извънболнична помощ. Те биха били полезни и за определянето на потребностите от медицински специалисти както регионален така и в национален мащаб.

Таблица №16 Брой прегледи, брой лекари и брой прегледи на 1 специалист в ДКЦ-1 Враца ЕООД и 12 други медицински центъра за периода 2010-2012 г.

Персонал	ДКЦ	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
2010	32	16	4	7	6	16	8	30	10	0	4	3	0
2011	31	16	3	7	7	16	6	32	11	8	4	4	4
2012	31	17	2	8	7	15	6	35	11	2	3	2	4
Посещения брой	ДКЦ	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
2010	55750	11257	1832	6119	1620	25485	7505	49497	7215		6488	7606	
2011	43811	5714	2474	7428	1581	23236	6721	38980	7230	1516	8580	9422	2328
2012	40748	6399	1226	7404	1239	24305	6738	41315	7110	1382	6620	8861	1863
Брой Прегледи-1 специалист	ДКЦ	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
2010	1742	703	458	874	270	1592	938	1649	721		1662	2535	
2011	1413	357	824	1061	225	1452	1120	1218	657	189	2145	2355	582
2012	1314	376	613	925	177	1620	1123	1180	646	691	2206	4430	465

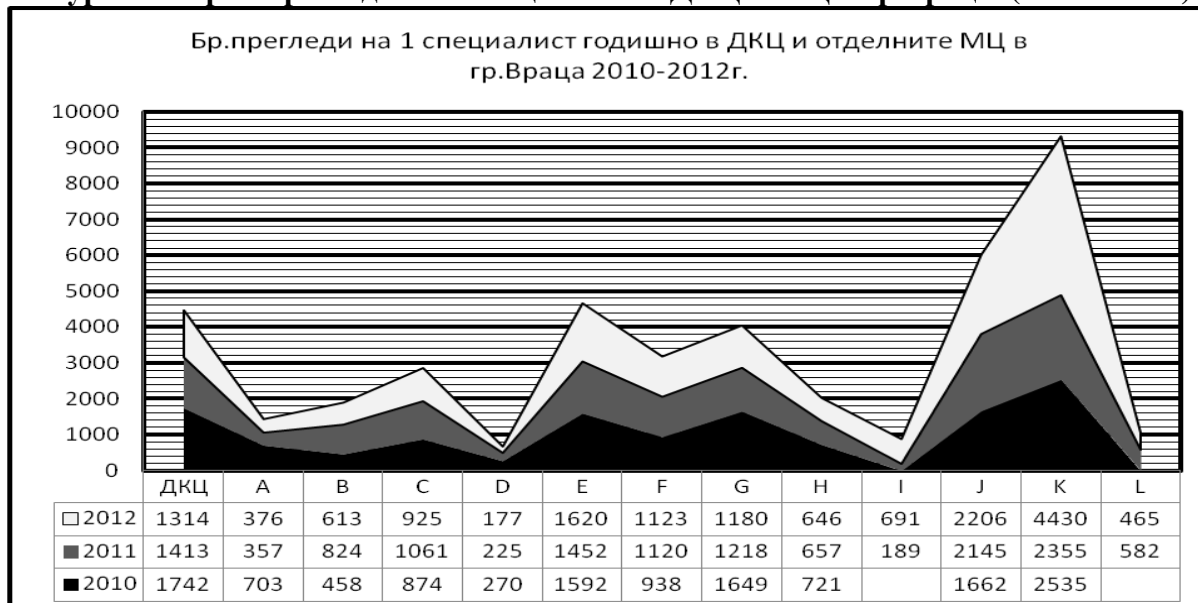
Източник:Годишни медико-статистически отчети на лечебните заведения за извънболнична помощ в област Враца за периода 2010-2012г.(Архив)

Фигура 23: Брой прегледи в ДКЦ и МЦ в гр.Враца (2010-2012г.)



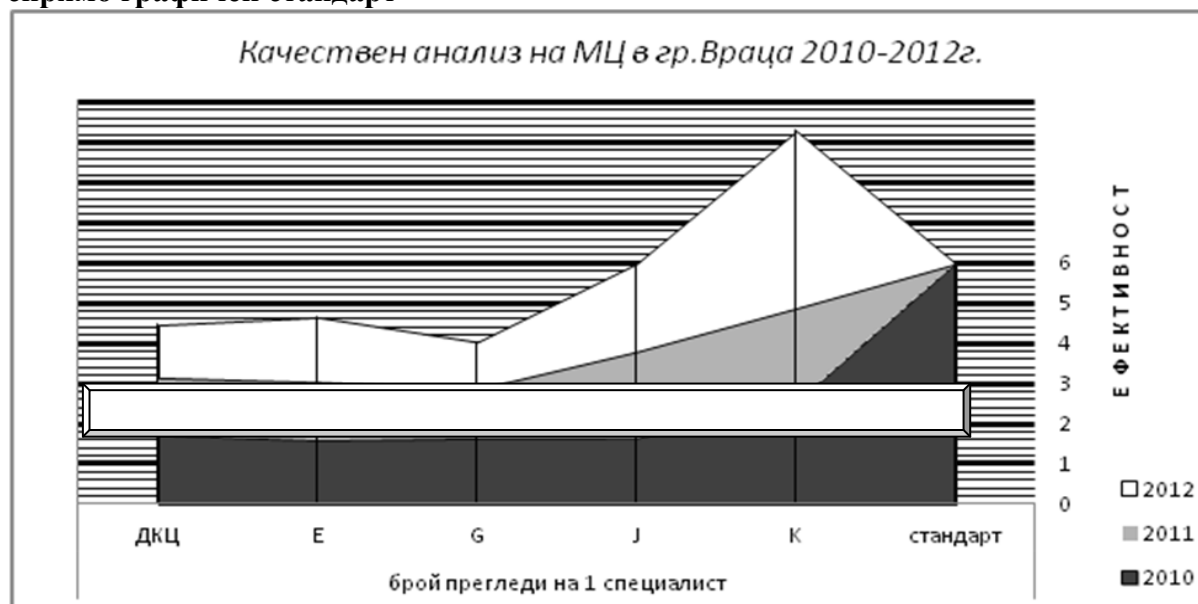
Източник:Годишни медико-статистически отчети на лечебните заведения за извънболнична помощ в област Враца за периода 2010-2012г.

Фигура 24: Брой прегледи на 1 специалист в ДКЦ и МЦ в гр.Враца (2010-2012г.)



Източник:Годишни медико-статистически отчети на лечебните заведения за извънболнична помощ в област Враца за периода 2010-2012г.

Фигура 25: Брой прегледи на 1 специалист в ДКЦ и МЦ в гр.Враца (2010-2012г.) спрямо графичен стандарт



С използването на нивелиращата линия от фиг.25 може да се определя броят прегледи , извършен от 1 специалист за една година в даден медицински център и да се сравнява с други лечебни заведения.

На таблица 17 са представени коефициенти на ефективност на четири медицински центъра и ДКЦ за период от три години 2010-2012г.

Таблица №17 Коефициент на ефективност на ДКЦ и четири други медицински центъра(2010-2012г.)

	ДКЦ	Е	Г	Ж	К
2010г	1,8	1,6	1,6	1,6	2,6
2011г.	1,2	1,6	1,0	2,2	2,2
2012г.	1,2	1,6	1,0	2,2	4,6

На таблица 18 е представен броят прегледи , извършени от един специалист в ДКЦ и четири други медицински центъра за период от три години 2010-2012г.

Таблица №18: Брой прегледи на 1специалист в ДКЦ и четири други медицински центъра за периода 2010-2012г.

	Бр.прегледи на1 специалист					Стандарт
	ДКЦ	Е	Г	Ж	К	
2010г	1742	1592	1649	1662	2535	6000
2011г.	1413	1452	1218	2145	2355	6000
2012г.	1314	1620	1180	2206	4430	6000

Резултатите от таблицата показват че за 2010г. ДКЦ има най-висок брой прегледи от 1специалист-1742, следван от медицински център К.Следва медицински центърЖ.

През 2011г.С най-много прегледи на 1лекар е медицински център К, следван от медицински център Ж,медицински център Е .ДКЦ вече е на четвърта позиция по този показател.

През 2012г-отново най- голям брой прегледи е реализирал медицински център К, като впечатляващо е нарастването на изследвания показател спрямо предходната 2011г.-близо 2 пъти.През изследвания период 2010-2012г.ДКЦ показва снижение на броя прегледи извършени от един специалист в лечебното заведение.

Сравнението на показателя”брой прегледи на 1 специалист” с условен станадарт показва до каква степен едно лечебно заведение за СИМП се доближава до оптималната си натовареност.

Сравнението на няколко различни лечебни заведения за СИМП по различни конкретни показатели, отнесени към 1 лекар специалист позволява да се оцени ефективността в тяхната работа както и натоварването на лекарите за определен период от време. Тези сравнителни анализи биха били полезни при вземането на оперативни управленски решения на ниво лечебни заведения, и на регионално ниво.

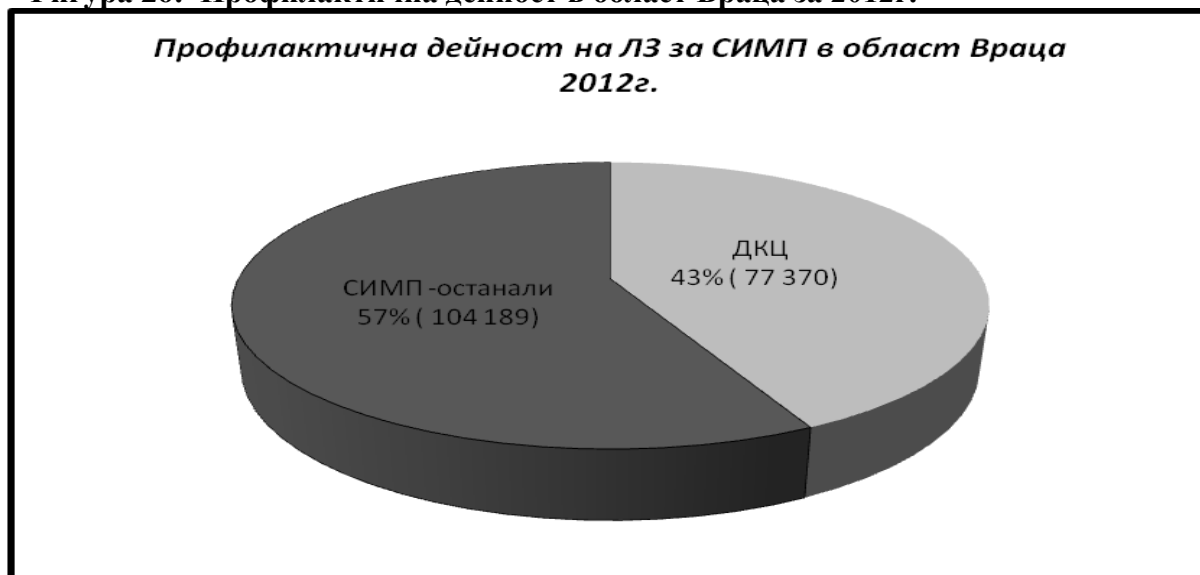
4.2.3.ПРОФИЛАКТИЧНИ ПРЕГЛЕДИ

Броят профилактични прегледи, извършени в област Враца през 2012г. е представен на Таблица № 19.в съпоставка с населението на областта по данни на НСИ.

Таблица №19 Брой профилактични прегледи в област Враца за 2012г.

Година	Профилактични прегледи общо	Бр.жители в Област Враца
2012г.	77 370	181 559

Фигура 26: Профилактична дейност в област Враца за 2012г.



На Таблица №20 е представен броят профилактични прегледи, извършени в област Враца за периода 2010-2012г. по групи лечебни заведения за извънболнична помощ.Представените данни са разпределени в 3 групи-лечебни заведения за първична медицинска помощ(ОПЛ) и лечебни заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ-СИМП, като ДКЦ-1 Враца ЕООД е в отделна група. Разпределението на данните за извършените профилактични прегледи позволява да се определи делът на всяка група лечебни заведения в общия обем на извършените профилактични прегледи за изследвания период 2010-2012г.

Таблица № 20 Брой профилактични прегледи в област Враца по групи лечебни заведения за извънболнична помощ 2010-2012г.

Профилактични прегледи област Враца			
	СИМП	ПМП	ДКЦ
2010г.	3522	78583	1749
2011г.	5952	74223	1789
2012г.	3232	73715	423

Източник:Годишни медико-статистически отчети на лечебните заведения за извънболнична помощ в област Враца за периода 2010-2012г.(Архив)

Анализът на данните от таблицата за броя на извършените профилактични прегледи в лечебните заведения за специализирана извънболнична помощ на територията на област Враца за периода 2010-2012г. показва следните тенденции.

Общият брой на извършените профилактични прегледи в лечебните заведения за специализирана извънболнична помощ на територията на област Враца за периода 2010-2012г. показва известни колебания. През 2010г. броят на тези прегледи е 5271броя. През 2011г. се отбелязва увеличение от 46.86% на годишна база.През 2012г.броят им възлиза на 3655, което е намаление от 52.78% спрямо 2011г.

Тенденцията в броя на извършените профилактични прегледи в ДКЦ-1 Враца ЕООД за наблюдавания период сходна.През 2010г. са извършени 1749 броя профилактични прегледи.През 2011г.стойността на този показател достига 1789броя, което е увеличение от 2.28% на годишна база. През 2012г.е отбелязано значително снижение в броя на извършените профилактични прегледи-423 броя, което е намаление от 76.35%. на годишна база.

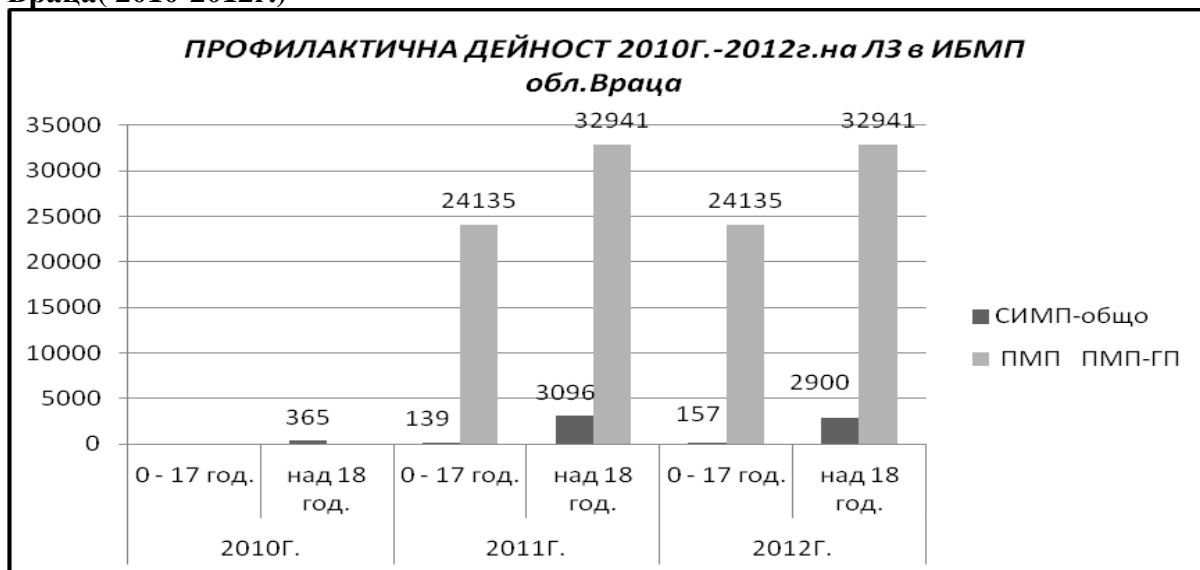
Тенденцията в броя на извършените профилактични прегледи във всички лечебни заведения за специализирана извънболнична помощ в област Враца за периода 2010-2012г. без тези извършени в ДКЦ-1 Враца ЕООД за наблюдавания период е сходна. През 2010г. са извършени 3522 броя профилактични прегледи. През 2011г.стойността на този показател достига 5952 броя, което е увеличение от 68.99% на годишна база.През 2012г.е отбелязано значително снижение в броя на извършените профилактични прегледи-3232 броя, което е намаление от 45.70%. на годишна база.

Дяловото участие на ДКЦ-1 Враца ЕООД в общият обем на извършените профилактични прегледи във всички лечебни заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ на територията на област Враца за наблюдавания период 2010-2012г. е с низходяща тенденция . През 2010г. то възлиза на 33.18% от общия брой на извършените профилактични прегледи. През 2011г.стойността на този показател се снижава до 23.11%, което е намаление от 30.35% на годишна база. През

2012г.е отбелязано значително снижение в дела на извършените профилактични прегледи от лечебното заведение, като стойността на този показател достига 11.57%, което е намаление от 49.94%. на годишна база и от 65.13% спрямо 2010г.

На фиг. 27 е представена профилактичната дейност на лечебните заведения за извънболнична медицинска помощ в област Враца за периода 2010-2012г.

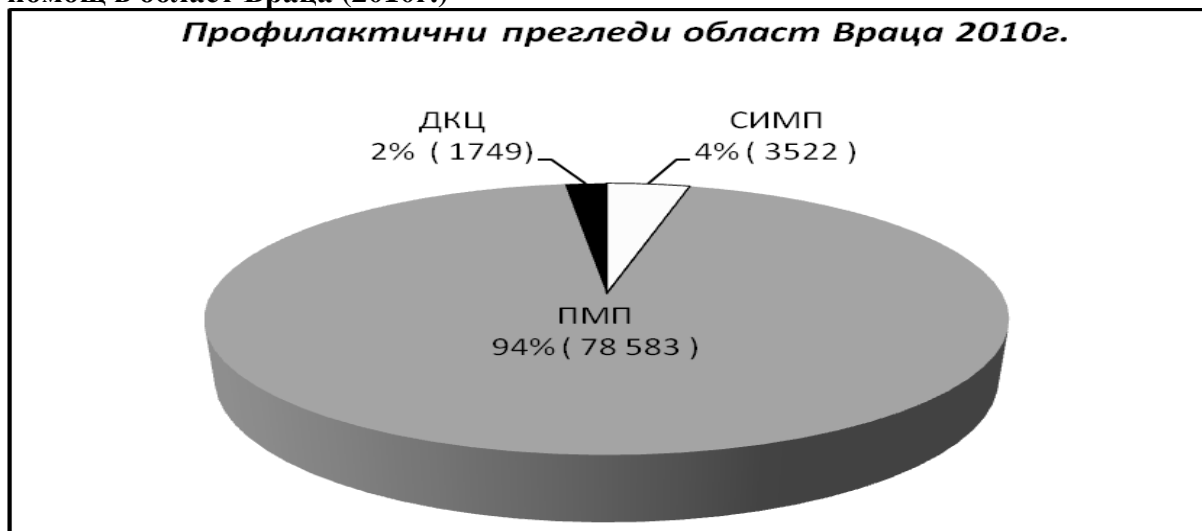
Фигура 27: Профилактична дейност на ЛЗ за извънболнична помощ в област Враца(2010-2012г.)



Източник:Годишни медико-статистически отчети на лечебните заведения за извънболнична помощ в област Враца за периода 2010-2012г.(Архив)

Интересна е съпоставката на броя на извършените профилактични прегледи в ДКЦ, общо за лечебните заведения за специализирана медицинска помощ и лечебните заведения за първична извънболнична медицинска помощ за изследвания период 2010-2012г.От графиката е видно, че делът на извършените профилактични прегледи в ДКЦ като дял от общия брой на извършените профилактични прегледи на територията на област Враца за 2010г. възлиза на едва 2%. Делът на извършените профилактични прегледи от всички останали лечебни заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ на територията на област Враца възлиза на 4% от общият обем извършени профилактични прегледи, останалите 94% са делът на профилактичните прегледи, извършени в лечебните заведения за първична извънболнична медицинска помощ, които са представлявани от общопрактикуващи лекари. Тези резултати показват, че тежестта по извършването на профилактични прегледи пада основно върху общопрактикуващите лекари.Профилактичната дейност на специалистите от лечебните заведения за СИМП е ограничена по обем и обхват.

Фигура 28: Профилактични прегледи (в проценти) на ЛЗ за извънболнична помощ в област Враца (2010г.)

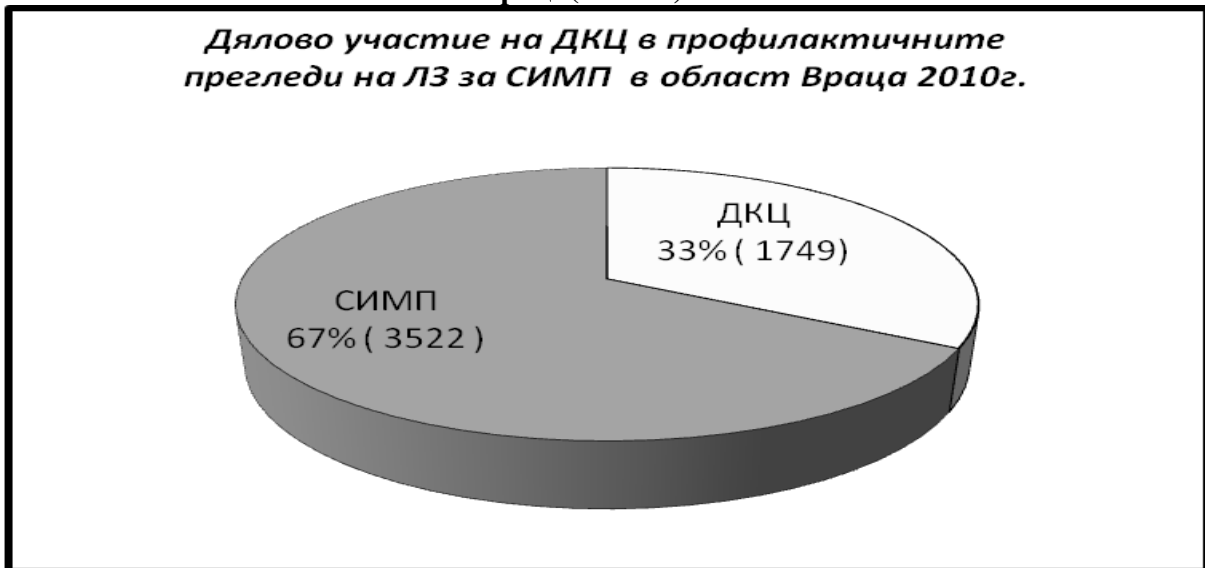


Делът на ДКЦ-1 Враца ЕООД в извършените профилактични прегледи в лечебни заведения за извънболнична медицинска помощ през 2010г. е едва 2% от общия брой профилактични прегледи. На останалите лечебни заведения за СИМП остават 4% от извършените профилактични прегледи за същата година. (Фиг.28)

Делът на профилактичните прегледи, извършени в ДКЦ-1 Враца за 2010г. възлиза на 33% от общия обем извършени профилактични прегледи в лечебни заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ на територията на област Враца.(Фиг. 28)

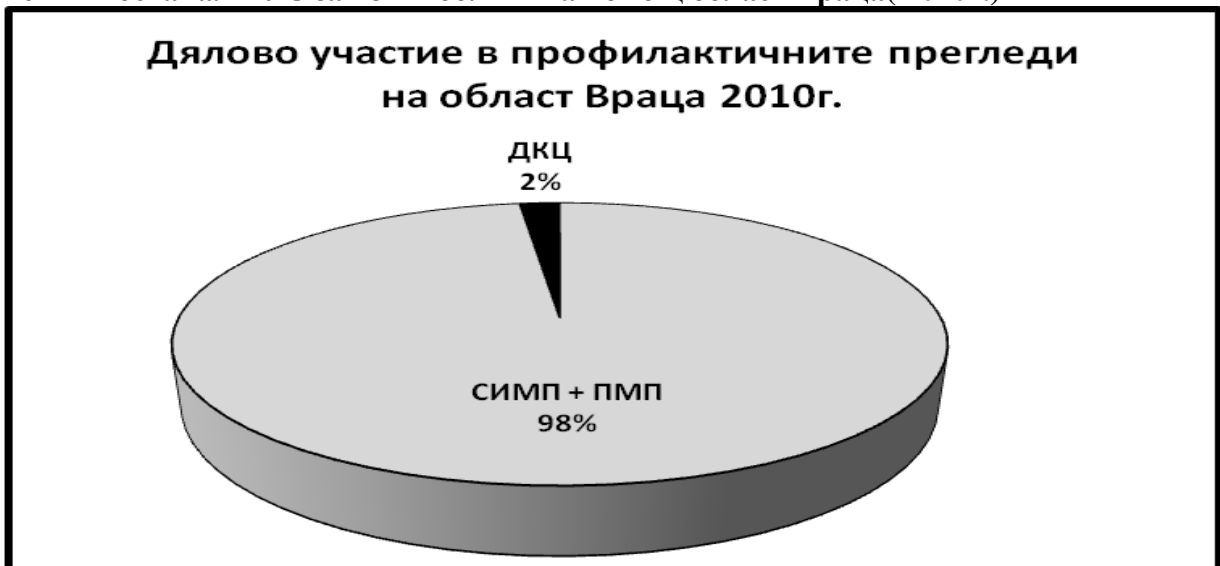
Делът на всички лечебни заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ(включително ДКЦ) на територията на облст Враца за 2010г. в извършените профилактични прегледи възлиза на едва 6%. Останалите 94% от профилактичните прегледи са извършени от лечебни заведения за първична медицинска помощ. Тези данни показват, че основната тежест в профилактичната дейност, извършвана в извънболничната помощ се поема от ОПЛ. Огранична е ролята на лекарите специалисти в профирактиката. Делът на ДКЦ-1 Враца ЕООД в извършените от всички лечебни заведения за СИМП за 2010г. в област Враца е представен на Фигура 29.

Фигура 29 Дял на ДКЦ в профилактичните прегледи (в проценти) спрямо всички останали ЛЗ за СИМП в област Враца(2010г.)



От графиката е видно, че делът на извършените профилактични прегледи в ДКЦ като дял от общия брой на извършените профилактични прегледи от лечебни заведения за СИМП на територията на област Враца за 2010г. възлиза на едва 33%.

Фигура 30: Дял на ДКЦ в профилактичните прегледи (в проценти) спрямо всички останали ЛЗ за извънболнична помощ област Враца(2010г.)



Източник: Годишни медико-статистически отчети на лечебните заведения за СИМП в област Враца(Архив)

Общият брой на извършените профилактични прегледи в лечебните заведения за специализирана извънболнична помощ на територията на област Враца за периода 2010-2012г. показва колебания. През 2010г. броят на тези прегледи е 5271броя. През

2011г. се отбелязва увеличение от 46.86% на годишна база. През 2012г. броят им отбелязва намаление от 52.78% спрямо 2011г.

Тенденцията в броя на извършените профилактични прегледи в ДКЦ-1 Враца ЕООД за наблюдавания период е сходна. През 2010г. са извършени 1749 броя профилактични прегледи. През 2011г. стойността на този показател нараства с 2.28% на годишна база. През 2012г. е отбелязано значително снижение в броя на извършените профилактични прегледи от 76.35% на годишна база.

Тенденцията в броя на извършените профилактични прегледи във всички лечебни заведения за специализирана извънболнична помощ в област Враца за периода 2010-2012г. без тези извършени в ДКЦ-1 Враца ЕООД за наблюдавания период е сходна.

- През 2010г. са извършени 3522 броя профилактични прегледи.
- През 2011г. стойността на този показател бележи увеличение от 68.99% на годишна база.
- През 2012г. е отбелязано значително снижение в броя на извършените профилактични прегледи от 45.70% на годишна база.

Дяловото участие на ДКЦ-1 Враца ЕООД в общият обем на извършените профилактични прегледи във всички лечебни заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ на територията на област Враца за наблюдавания период 2010-2012г. е с низходяща тенденция. През 2010г. то възлиза на 33.18% от общия брой на извършените профилактични прегледи. През 2011г. стойността на този показател се снижава до 23.11%, което е намаление от 30.35% на годишна база. През 2012г. е отбелязано значително снижение в дела на извършените профилактични прегледи от лечебното заведение, като стойността на този показател достига 11.57%, което е намаление от 49.94% на годишна база и от 65.13% спрямо 2010г. Това е свързано с извършени промени в подзаконовата нормативна уредба. (Наредба за профилактичните прегледи и диспансеризацията). Обн. ДВ. бр.--, изм. ДВ. бр.--). Друг фактор за тази динамика в броя на извършените профилактични прегледи би могъл да бъде нарастващият брой лечебни заведения за специализирана извънболнична помощ, които извършват дейност в една и съща пазарна ниша и се конкурират за един и същ контингент от пациенти.

4.2.4.ДИСПАНСЕРНО ОБСЛУЖВАНЕ

На таблица № 21 е представен броят на диспансеризираните лица в лечебни заведения за извънболнична медицинска помощ за периода 2010-2012г. в област Враца.

Таблица №21:Брой диспансеризирани лица в ЛЗ за извънболнична помощ в област Враца (2010-2012г.)

	Диспансеризирани болни в началото на годината					Общо
	ДКЦ	МЦ	ГП	ИП	ПМП	
2010Г.	1602	3894	0	3926	25025	34447
2011Г.	1227	4333	29	4657	32447	42693
2012Г.	1484	4965	0	6163	40247	52859

Източник:Годишни медико-статистически отчети на лечебните заведения за извънболнична помощ в област Враца за периода 2010-2012г.

Анализът на диспансерното обслужване на пациенти в лечебните заведения за извънболнична помощ за периода 2010г-2012г.показва следните тенденции.

Общият брой на извършените диспансерни прегледи в лечебни заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ в област Враца за изследвания период показва възходяща тенденция от 9422 броя прегледи за 2010г. на 10246 / ръст от 8.74%/през 2011г. и достига връх от 12612 броя/ръст от 23.09%/ през 2012г.

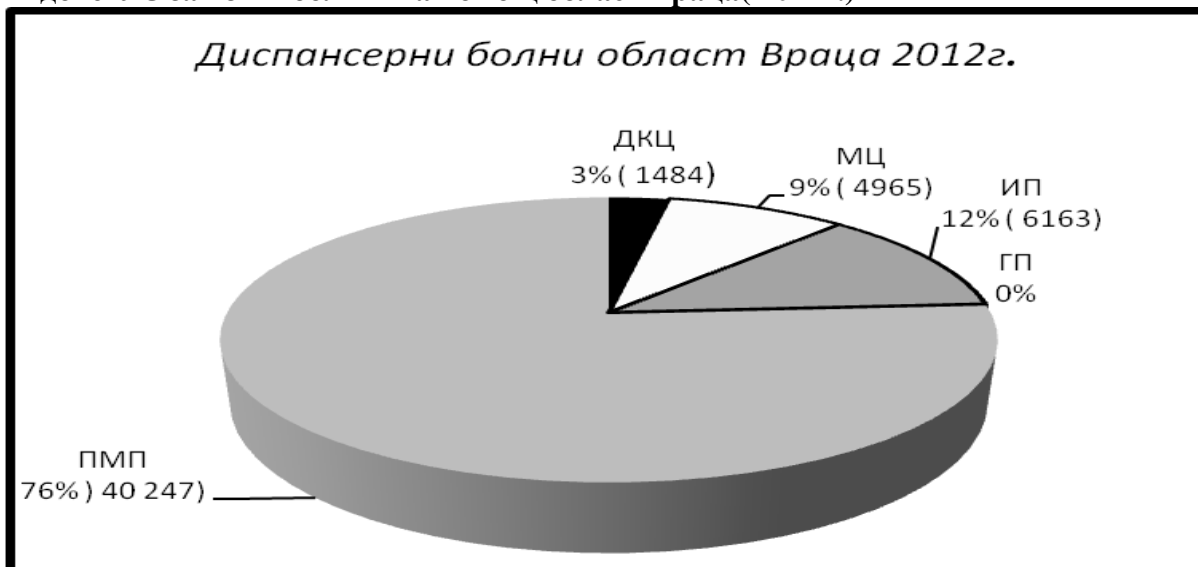
Делът на ДКЦ в общия обем диспансерни прегледи, извършени в лечебни заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ за периода 2010-2012г.на територията на област Враца показва тенденция за намаление като най-висок е този дял през 2010г.и възлиза на 17%, през 2011г. спада до 11.97%, а през 2012г. е 11.77.%

Видна е тенденцията за постоянно нарастващ брой диспансерни прегледи в индивидуалните практики за специализирана извънболнична медицинска помощ за наблюдавания период. Броят на извършените диспансерни прегледи в този вид лечебни заведения нараства от 3926 броя за 2010г.до 4657 броя за 2011г.и отбелязва връх от 6163 броя за 2012г. Абсолютното увеличение на броя на извършените диспансерни прегледи за периода е 38.36%. .

Данните от таблицата показват, че въпреки увеличението на броя на извършените профилактични прегледи в лечебните заведения за специализирана медицинска помощ на територията на област Враца за периода 2010-2012г., те остават далеч назад спрямо дейността на лечебните заведения за първична медицинска помощ.

За трите години 2010-2012г., извършените от общопрактикуващите лекари в област Враца профилактични прегледи показват непрекъснат ръст.

Фигура 31: Дялово разпределение на диспансерните пациенти (в проценти) по видове ЛЗ за извънболнична помощ област Враца(2012г.)



Източник:Годишни медико-статистически отчети на лечебните заведения за извънболнична помощ в област Враца за периода 2010-2012г.

На фигурата 31 са изразени в проценти дяловете на отделните видове лечебни заведения за извънболнична медицинска помощ в общия обем на извършените диспансерни прегледи на територията на област Враца за 2012г.

Прави впечатление , че 76% от общият брой на извършените диспансерни прегледи в лечебни заведения за извънболнична помощ са извършени в лечебни заведения за първична извънболнична медицинска помощ. Останалите 26 % се разпределят 3% за ДКЦ, 9% за медицинските центрове и 12% за лечебните заведения индивидуални практики за извънболнична специализирана медицинска помощ.

Делът на ДКЦ в общия обем на извършените диспансерни прегледи в лечебните заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ на територията на област Враца за 2012г. възлиза на 12.5%

4.2.5.ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧНА ДЕЙНОСТ

Анализът на данните за извършената физиотерапевтична дейност от лечебните заведения за извънболнична помощ на територията на област Враца за периода 2010-2012г. показва тенденция за нарастващ общ брой извършени процедури,като общият брой извършени процедури през 2012г.достига 151330 броя на фона на 91694 броя за 2011г. и 98205 броя за 2010г.

Делът на ДКЦ отбелязва възходящ тренд като от 27.10% през 2010г. нараства до 32.28% през 2011г. и достига до връх от 46.30% през 2012г.

На таблица № 22 е представена физиотерапевтичната дейност на лечебните заведения за СИМП /по видове/ в област Враца за периода 2010-2012г.

Таблица №22: Физиотерапевтична дейност на лечебните заведения за СИМП(по видове) в област Враца (2010-2012г.)

Физиотерапевтична дейност			
	ДКЦ	МЦ	др.СИМП
2010г.	26610	58925	12670
2011г.	29600	49424	12670
2012г.	70070	68050	13210

Източник:Годишни медико-статистически отчети на лечебните заведения за извънболнична помощ в област Враца за периода 2010-2012г.

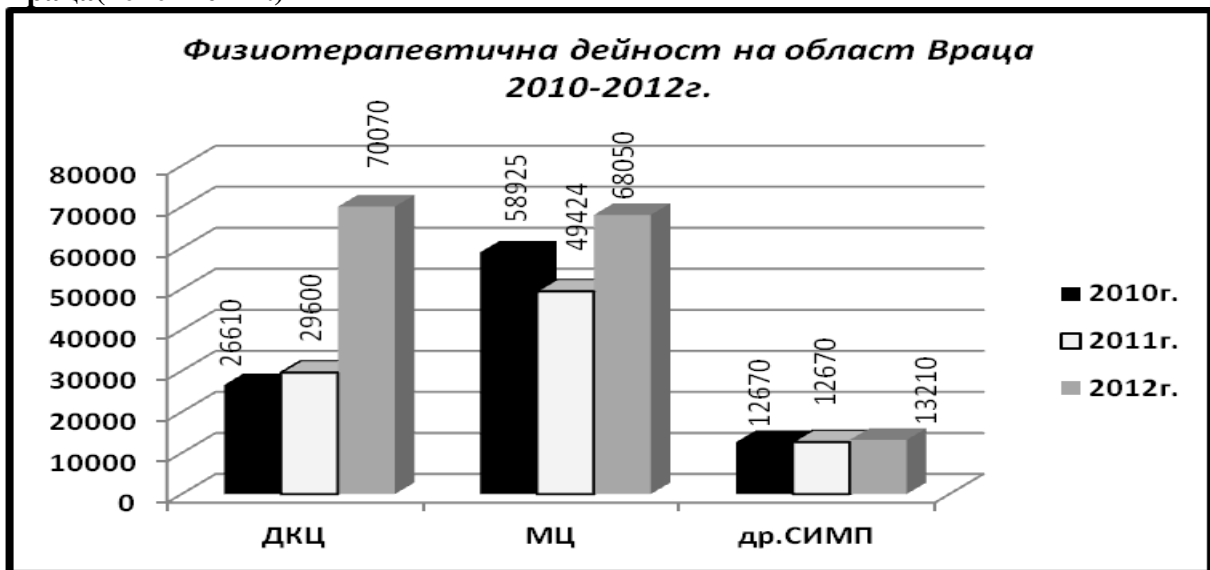
Таблица 22 илюстрира динамиката в абсолютния брой на извършените физиотерапевтични процедури в различните видове лечебни заведения за специализирана медицинска помощ в област Враца за изследвания период 2010-2012г.

Видно е, ДКЦ-1 Враца ЕООД показва над 2.5 пъти ръст на дейността си за тригодишния период от 26610(2010) на 70070(2012) физиотерапевтични процедури годишно. Показателен е фактът, че за 2012г. лечебното заведение е извършило повече физиотерапевтични процедури от всички останали медицински центрове заедно. (Фиг. 31)

Ръст в броя на извършените физиотерапевтични процедури за периода 2010-2012г. показват и медицинските центрове. От 58925(2010) до 68050(2012), което е увеличение с 13.41% за периода. Фиг. 32

Увеличение на обема на своята физиотерапевтична дейност показват и лечебните заведения индивидуални практики за специализирана извънболнична медицинска помощ. От 12670(2010) на 13210(2012), което е увеличение с 4.26 % за периода 2010-2012г. (Фиг. 32)

Фигура 32: Физиотерапевтична дейност по видове ЛЗ за СИМП в област Враца(2010- 2012г.)



Източник:Годишни медико-статистически отчети на лечебните заведения за извънболнична помощ в област Враца за периода 2010-2012г.

Дяловото разпределение на извършената физиотерапевтична дейност в лечебните заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ на територията на област Враца за 2012г. е изразено на фигура 34.

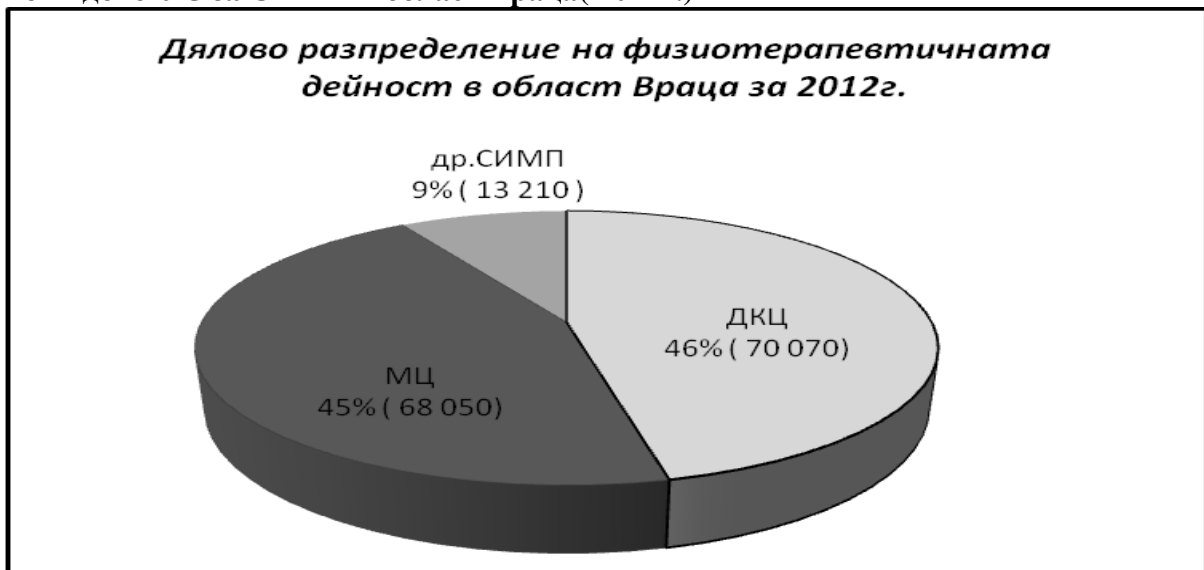
Най-голям е делът на извършената физиотерапевтична дейност в ДКЦ-1 Враца ЕООД като възлиза на 46%.Делът на всички останали медицински центрове извършващи физиотерапевтични процедури заема 45%.Останалите 9% са делът на лечебните заведения индивидуални практики за специализирана извънболнична медицинска помощ.

Това разпределение може да бъде обяснено с доброто апаратурно оборудване на ДКЦ-1 Враца ЕООД, опитният квалифициран персонал, широкия спектър на извършваните физиотерапевтични процедури, добрата репутация и най-вече с териториалната близост в рамките на една сграда с кабинетите на ОПЛ и специалисти.

Мястото, което ДКЦ-1 Враца ЕООД заема в сегмента на физиотерапевтичните медицински дейности през изследвания период 2010-2012г. е стабилно и с основно значение за обслужване на населението от общината и региона.

Дяловото разпределение на физиотерапевтичната дейност по видове лечебни заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ за 2012г. в област Враца е представено на Фигура 33.

Фигура 33: Дялово разпределение (в проценти) на физиотерапевтичната дейност по видове ЛЗ за СИМП в област Враца (2012г.)



Най висок е дялът на ДКЦ-46% от общия брой извършени физиотерапевтични изследвания. Медицинските центрове са извършили 45% от физиотерапевтичната дейност в област Враца за 2012г. Лечебните заведения индивидуални практики за СИМП -9%.

4.2.6. ЛАБОРАТОРНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ

Броят на извършените лабораторни изследвания в лечебните заведения за СИМП/по видове/ в област Враца за периода 2010-2012г. е посочен на Таблица № 23. На същата таблица са изразени броят лекари и броят на извършените изследвания от един лекар за една година.

Табличното изразяване на резултатите от извършеното изследване на клинично-лабораторната дейност за периода 2010-2012г. в лечебните заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ в област Враца позволява съпоставимост на данните за отделните видове лечебни заведения. (Фиг. 34)

Таблица №23 :Брой лабораторни изследвания,брой лечебни заведения,брой лекари и брой изследвания на 1 лекар в лечебните заведения за СИМП в област Враца (2010-2012г.)

Анализ на извършените лабораторни изсл.												
Година	Брой лаб.изследвания			Брой ЛЗ			Брой лекари			Бр.изсл.на 1 специалист		
	МДЛ-амб.	МЦ	ДКЦ	МДЛ-амб.	МЦ	ДКЦ	МДЛ	МЦ	ДКЦ	МДЛ	МЦ	ДКЦ
2010г.	89574	175432	177549	10	6	1	5	6	1	17914	29238	177549
2011г.	61687	139620	81518	9	6	1	6	4	1	10281	34905	81518
2012г.	256446	181259	80794	9	5	1	5	4	1	51289	45314	80794

Източник:Годишни медико-статистически отчети на лечебните заведения за извънболнична помощ в област Враца за периода 2010-2012г.

От таблицата е видна тенденцията за намаляване на абсолютния брой на клинично-лабораторните изследвания, извършени в ДКЦ за наблюдавания тригодишен период, като най-изразено е това намаление през 2012г., когато е достигнат практически минимум/80794 броя/. В същото време броят на извършените клинично-лабораторни изследвания в медико-диагностичните лаборатории в област Враца след изразен спад през 2011 г., когато е отбелязан минимум от 61687 броя изследвания показва изразен ръст от 256446 броя изследвания през 2012г.

Делът на ДКЦ в общият брой клинично-лабораторни изследвания, извършени на територията на област Враца в лечебните заведения за извънболнична помощ за периода 2010-2012г. показва тенденция на намаление като от 40.12% през 2010г. спада до 28.82.% през 2011г. и достига до 15.58% през 2012г. при постоянно намаляващ общ брой извършени изследвания. На този фон делът на медико-диагностичните лаборатории в наблюдавания вид извършени изследвания показва възходящ тренд при стойности възлизаци на 20.24% през 2010г. през 21.81% за 2011г. като достига връх от 49.46.% за 2012г. За медицинските центрове този показател бележи колебания като от 39.64% през 2010г. нараства до 49.37% след което спада до 34.96%. (Фиг.35 и Фиг.36)

Броят на лекарите осъществяващи дейността в лечебните заведения за СИМП на територията на област Враца остава приблизително константен за периода 2010-2012г. като отбелязва тенденция за плавно намаление от 12 лекари през 2010г на 11 лекари през 2011г. като достига до 10 броя лекари през 2012г като това намаление е за сметка на намаления брой лекари работещи в медицинските центрове при константен брой лекари в медико-диагностичните лаборатории. В същото време броят на лекарите извършващи дейности по клинично-лабораторни изследвания в ДКЦ запазва постоянство за наблюдавания период и възлиза на 1 брой. (Табл.23)

Фигура 33. Брой клинико-лабораторни изследвания, извършени от 1 лекар за 1 година в ДКЦ в съпоставка с всички останали лечебни заведения за СИМП в област Враца за периода 2010-2012г.



Интересна е тенденцията отразяваща промяната в средния брой на извършените клинико-лабораторни изследвания от 1 лекар, работещ в МДЛ и ДКЦ през изследвания период 2010-2012г. Тенденцията за промяна в средния брой на извършените клинико-лабораторни изследвания извършени от лекар работещ в МДЛ след спад през 2011г бележи силно изразен ръст през 2012г като достига до връх от 51289 броя изследвания на 1 лекар. Тенденцията за промяна в средния брой клинико-лабораторни изследвания, извършени от лекар в ДКЦ отбелязва траен низходящ тренд, като достига дъно от 8079 броя изследвания през 2012г., при най –висока стойност през 2010г/177549/броя.

Изследването на тенденциите описващи промяната в ефективността на работа на МДЛ и ДКЦ за наблюдавания период/2010-2012г/показва, че въпреки намалението в броя на извършените клинико-лабораторни изследвания през 2011г в ДКЦ средният брой на извършените изследвания ат 1 лекар продължава да бъде повече от 7 пъти по-висок от този извършен от 1 лекар работещ в МДЛ. През 2012г.при повече от трикратно по- висок абсолютен брой изследвания извършени в МДЛ спрямо ДКЦ броят на изследванията, извършени от 1 лекар, работещ в ДКЦ продължава да превишава с 1.5 пъти този на лекар, работещ в МДЛ, което е израз на повишена ефективност, в резултат на по-голям обем дейност, извършена в МДЛ. Съпоставката на този показател на медицинските центрове с ДКЦ показва приблизително същата тенденция. Броят на извършените клинико-лабораторни изследвания от 1 лекар в медицинските центрове бележи възходящ тренд, за разлика от тенденцията за намаляване на броя изследвания,

извършени от 1 лекар в ДКЦ, но дори в края на наблюдавания период остава 1.72 пъти по-нисък от този извършен от 1 лекар в ДКЦ.

Резултатите от проучването на лабораторната дейност, извършена за периода 2010-2012г. в лечебните заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ на територията на област Враца са представени на Таблица 23 .

През 2010г. броят на извършените клинично-лабораторни изследвания в лечебните заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ на територията на област Враца възлиза на 442555 броя (Фиг. 37)

През 2011г. стойността на показателя показва снижение от 36.09% и достига 282825броя. През 2012г. е отбелязан ръст в броя на извършените клинично-лабораторни изследвания до 518499, което е увеличение от 83.33% на годишна база и общо увеличение за периода 2010-2012г. от 17.16%.

Броят на клинично-лабораторните изследвания, извършени в ДКЦ-1 Враца ЕООД за периода показва тенденция на спад.

- През 2010г. броят на извършените клинично-лабораторни изследвания в ДКЦ възлиза на 177549.
- През 2011г. стойността на този показател показва намаление от 54.08% и достига ниво от 81518 броя изследвания.
- През 2012г. Броят на извършените клинично-лабораторни изследвания в ДКЦ намалява до 80749, което представлява спад от 0.89% на годишна база спрямо 2011г. и от общо 54.49% за периода 2010-2012г. (Фиг.34)

Това намаление може да се обясни с апаратурното обновяване на други лечебни заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ извършващи същите лабораторни изследвания и насочването на пациентите към тях.

Броят на извършените клинично-лабораторни изследвания в медико-диагностичните лаборатории на територията на област Враца за наблюдавания период показва тенденция на увеличение. През 2010г. броят на извършените в МДЛ клинично-лабораторни изследвания възлиза на 89574.

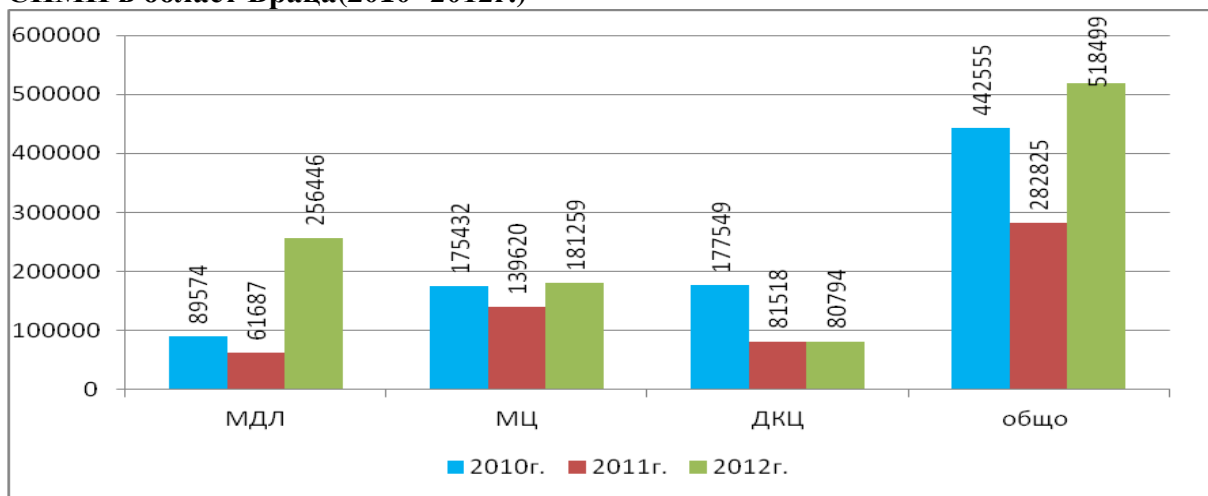
През 2011г. стойността на този показател достига до 61687, което е намаление от 31.13% на годишна база спрямо 2011г. През 2012г. Броят на извършените клинично-лабораторни изследвания в медико-диагностичните лаборатории достига 256446, което е ръст от 316% на годишна база спрямо 2011г. и от 186.29% спрямо 2010г. (Фиг. 34)

Броят на извършените клинично-лабораторни изследвания в медицинските центрове на територията на област Враца за изследвания период показва

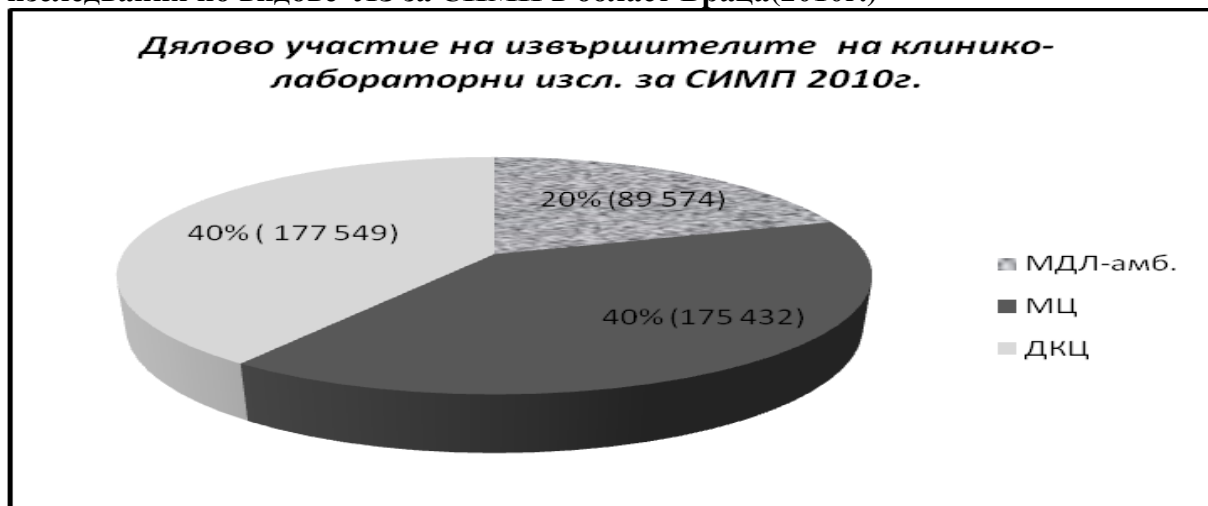
колебания. През 2010г. броят на извършените в медицинските центрове клинично-лабораторни изследвания възлиза на 175432. През 2011г. стойността на този показател достига до 139620, което е намаление от 20.41% на годишна база спрямо 2010г. През 2012г. Броят на извършените клинично-лабораторни изследвания в медицинските центрове достига 181259, което е ръст от 29.82% на годишна база спрямо 2011г. и от 3.32%% спрямо 2010г. (Фиг.34)

На фигура 34 е представен броят на извършените клинично-лабораторни изследвания в рзличните видове лечебни заведения за СИМП в област Враца.

Фигура 34 Брой извършени клинично-лабораторни изследвания по видове ЛЗ за СИМП в област Враца(2010- 2012г.)



Фигура 35: Дялово разпределение на извършени клинично-лабораторни изследвания по видове ЛЗ за СИМП в област Враца(2010г.)



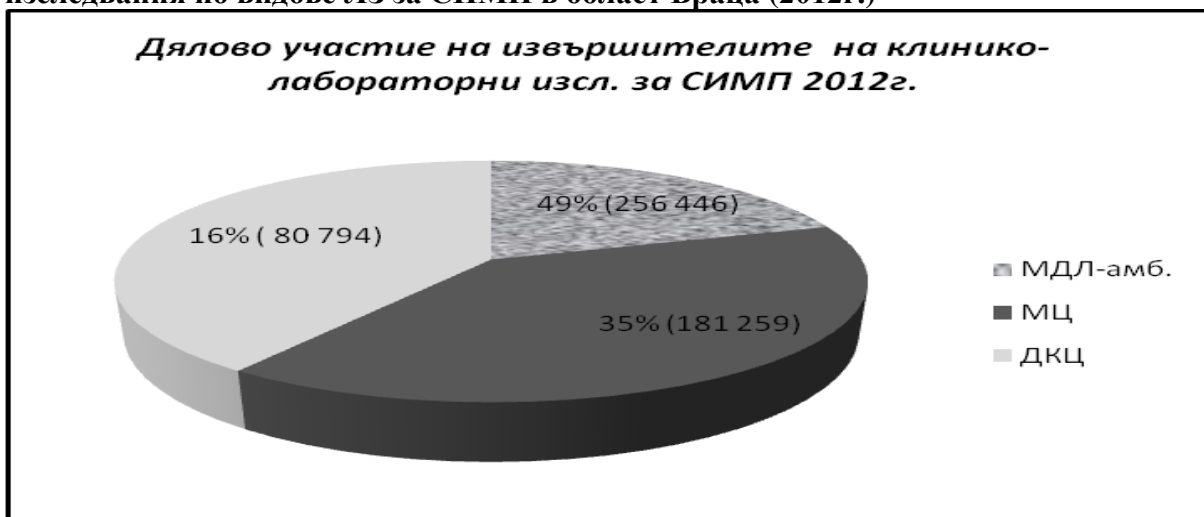
Източник: Годишни медико-статистически отчети на лечебните заведения за извънболнична помощ в област Враца за периода 2010-2012г.

На фигура 35 е представено дяловото разпределение на извършените от изпълнителите на специализирана извънболнична медицинска помощ в област Враца лечебни заведения в общия обем на извършените клинично-лабораторни изследвания за 2010г. Най-малък дял от извършените клинично-лабораторни изследвания за 2010г. притежават медико-диагностичните лаборатории-МДЛ, които възлиза на 20%. ДКЦ-1 Враца ЕООД реализира 40% от всички клинично-лабораторни изследвания за 2010г. Делът на всички медицински центрове на територията на област Враца в извършените клинично-лабораторни изследвания за 2010г. възлиза на 40%.

Графиката илюстрира значителният дял на ДКЦ-1 Враца ЕООД в общият обем на извършените клинично-лабораторни изследвания за 2010г. в лечебните заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ, извършващи клинично лабораторна дейност. Извършеният обем клинично-лабораторна дейност от ДКЦ-1 Враца е приблизително равен на обемът от изследвания, извършен от всички останали медицински центрове, взети заедно за годината. Обемът на дейността на всички медико-диагностични лаборатории за 2010г. е почти два пъти по-малък от този на ДКЦ-1 Враца ЕООД.

Тези резултати могат да се обяснят с наличието на модерна апаратура, персонал и териториалната близост на лабораторията до кабинетите на ОПЛ и специалистите.

Фигура 36: Дялово разпределение на извършени клинично-лабораторни изследвания по видове ЛЗ за СИМП в област Враца (2012г.)



На фигура 36 е представено дяловото разпределение на изпълнителите на специализирана извънболнична медицинска помощ в област Враца в общия обем на извършените клинично-лабораторни изследвания за 2012г.

Най-голям дял от извършените клинично-лабораторни изследвания за 2012г. притежават медико-диагностичните лаборатории-МДЛ, който възлиза на 49%.

ДКЦ-1 Враца ЕООД реализира 35% от всички клинично-лабораторни изследвания за 2012г.

Делът на всички медицински центрове на територията на област Враца в извършените клинично-лабораторни изследвания възлиза на 16%.

Графиката илюстрира ръстът в обем клинично-лабораторна дейност, извършена от медико-диагностичните лаборатории през 2012г. спрямо 2010г. През 2012г. медико-диагностичните лаборатории като съвкупност изпреварват ДКЦ-1 Враца ЕООД и медицинските центрове. ДКЦ-1 Враца ЕООД запазва значителен дял от извършената клинично-лабораторна дейност за 2012г., въпреки намалението на дейността си. Причина за динамиката на данните от клинично-лабораторната дейност в полза на МДЛ е предлагането на по-комплексни изследвания и по-модерна апаратура. ДКЦ запазва пазарния си дял поради утвърдената си репутация в тази дейност, точността на резултатите, професионализма на персонала и добрата апаратурна обезпеченост.

На Фигура 37 е представена графично информация за общият брой извършени клинично-лабораторни дейности в лечебните заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ на територията на област Враца за периода 2010-2012г.

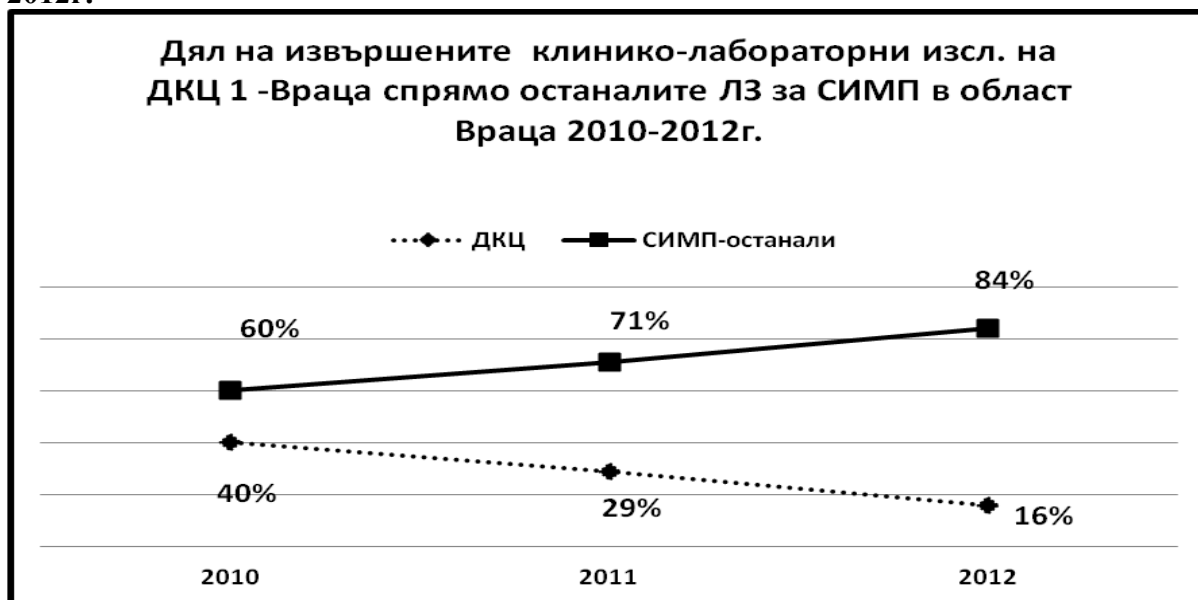
Фигура 37: Общ брой извършени клинично-лабораторни изследвания в ЛЗ за СИМП в област Враца (2010-2012г.)



Източник: Годишни медико-статистически отчети на лечебните заведения за извънболнична помощ в област Враца за периода 2010-2012г.

Делът на извършените клинично-лабораторни изследвания на ДКЦ-1 Враца ЕООД спрямо всички останали лечебни заведения за СИМП в област Враца за периода 2010-2012г. е представен на Фигура 38.

Фигура 38. Дял на извършените клинично-лабораторни изследвания на ДКЦ-1 Враца спрямо всички останали лечебни заведения за СИМП в област Враца 2010-2012г.



Фигура 39. Брой клинично-лабораторни изследвания, извършени в ДКЦ в съпоставка с брой клинично-лабораторни изследвания, извършени във всички останали лечебни заведения за СИМП в област Враца 2010-2012г.



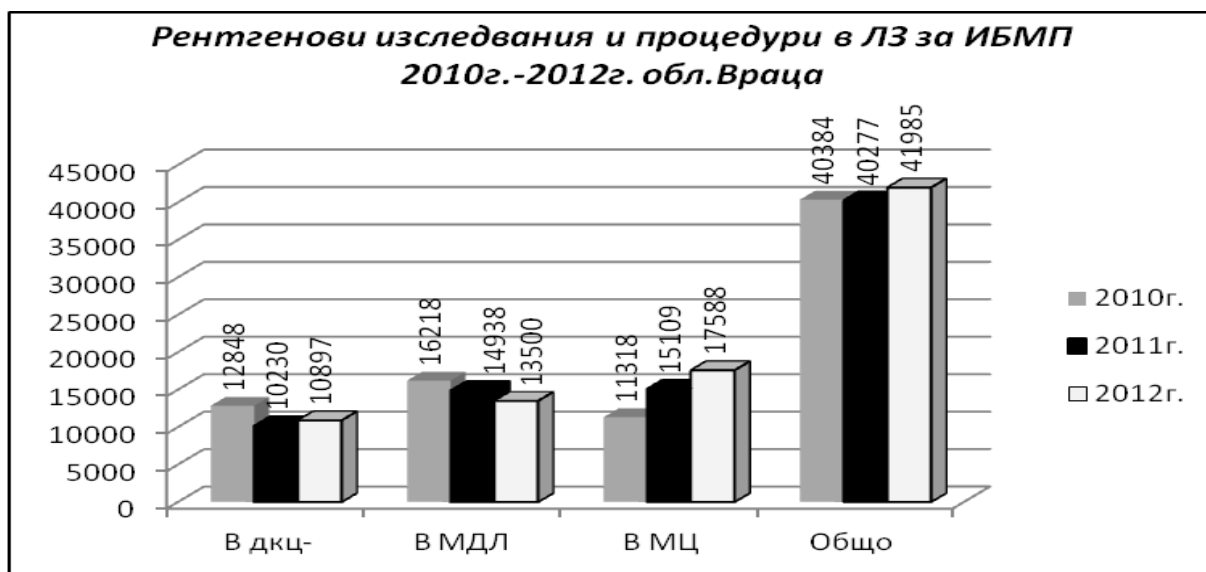
Анализът на общият брой на извършените клинично-лабораторни изследвания в лечебните заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ на територията на област Враца за периода 2010-2012г. показват обща тенденция на увеличение.

Общият брой на извършените клинико-лабораторни изследвания във всички наблюдавани лечебни заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ на територията на област Враца за 2012г. възлиза на 442555. През 2011г. се наблюдава спад от 36.09% до стойност 282825 броя. През 2012г. е отчетено повишение до 518499 броя, което е ръст от 83.32% на годишна база, общо за периода 2010-2012г. - увеличение от 17.16%. Причини за тези колебания могат да бъдат търсени в търсенето на клинико-лабораторни изследвания от пациентите по определени поводи, свързани с променящата се заболяемост. Друга причина е наличието на лимити от НЗОК.

РЕНТГЕНОВИ ИЗСЛЕДВАНИЯ

Анализът на броя на извършените рентгенови изследвания в лечебните заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ на територията на област Враца за изследвания период 2010-2012г. показва следните тенденции. (Фиг. 40)

Фигура 40: Сравнителен анализ на извършени рентгенови изследвания в ЛЗ за СИМП в област Враца (2010-2012г.)



Броят на извършените рентгенови изследвания в ДКЦ 1 Враца ЕООД показва тенденция на намаление за периода 2010-2012г. Броят на извършените рентгенови изследвания в медико-диагностичните лаборатории също показва тенденция на намаление. Броят на извършените рентгенови изследвания в медицинските центрове показва тенденция към увеличение.

На фигура 41 са представени дяловете на отделните видове лечебни заведения за извънболнична специализирана медицинска помощ в общия обем на извършените през 2010г. рентгенови изследвания в този сектор. Най-голямо е дяловото участие на лечебните заведения –МДЛ-медико- диагностични лаборатории. Техният дял възлиза на 40% от общият обем на всички извършени рентгенови изследвания в лечебните заведения за извънболнична медицинска помощ на територията на област Враца за 2010г. Делът на извършените рентгенови изследвания в ДКЦ-1 Враца ЕООД възлиза на 32%. Делът на всички медицински центрове взети заедно възлиза на 28%. (Фиг.41)

ДКЦ-1 Враца ЕООД заема значителен дял от общия обем на извършените рентгенови изследвания в лечебните заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ, осъществяващи дейност на територията на област Враца за 2010г.

Фигура 41: Дялово разпределение (в проценти) на извършени рентгенови изследвания в ЛЗ за СИМП в област Враца (2010г.)



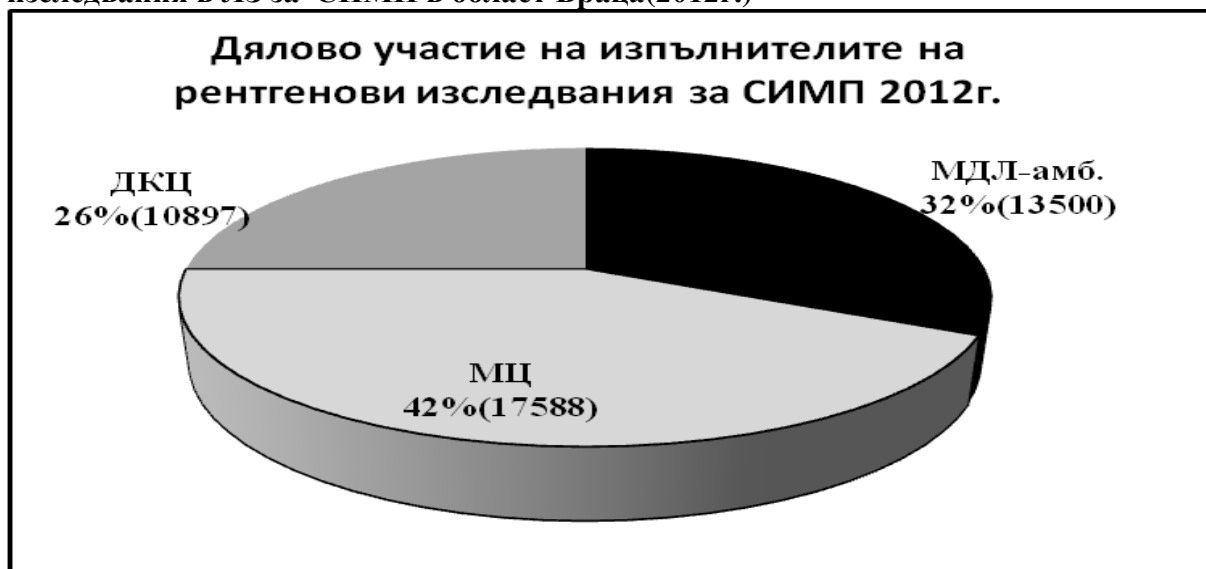
Източник: Годишни медико-статистически отчети на лечебните заведения за извънболнична помощ в област Враца за периода 2010-2012г.

За 2012г. дяловото разпределение в общия обем на извършените рентгенови изследвания в лечебните заведения за специализирана извънболнична помощ на територията на област Враца показва лека промяна (Фиг. 42). Делът на медико-диагностичните лаборатории в извършените рентгенови изследвания е намалял от 40% на 32%, което е намаление с 20% за периода 2010г.-2012г. (Фиг.42)

Делът на ДКЦ-1 Враца ЕООД е намалял от 28% на 25%, което е намаление от 10.71% за периода 2010-2012г. Противополжна е промяната в дела на медицинските центрове, който нараства от 28% на 43% за периода 2010-2012г., което е ръст от

53.57% за периода 2010-2012г. ДКЦ-1 Враца ЕООД запазва значителен дял от извършените рентгенови изследвания, въпреки намалената си дейност.

Фигура 42: Дялово разпределение (в проценти) на извършени рентгенови изследвания в ЛЗ за СИМП в област Враца (2012г.)



Източник: Годишни медико-статистически отчети на лечебните заведения за извънболнична помощ в област Враца за периода 2010-2012г.

Графиката илюстрира значителното нарастване на дела на извършени рентгенови изследвания за 2012г. от медицинските центрове на територията на област Враца, което им отрежда първо място като предпочитан вид лечебни заведения за този вид изследвания. ДКЦ-1 Враца ЕООД запазва значителен дял от извършените рентгенови изследвания, въпреки спада. Медико-диагностичните лаборатории, извършващи рентгенови изследвания демонстрират най-значително намаление на дела от извършени изследвания.

На фигура 43 е представена графика на динамиката в извършения брой рентгенови изследвания общо в лечебните заведения за извънболнична специализирана медицинска помощ, на територията на област Враца за периода 2010-2012г.

Анализът на данните от кривата показва обща тенденция към увеличение за целия изследван период. Общият брой извършени рентгенови изследвания през 2010г. в лечебните заведения за специализирана извънболнична помощ на територията на област Враца възлиза на 40384 броя. През 2011 г. този показател отбелязва лек спад от 0.26% и възлиза на 40277 броя. През 2012г. се установява ръст в броя на извършените рентгенови изследвания от 6.42% на годишна база спрямо 2011г. и от общо 6.13% спрямо началната година за периода 2010 до общ брой 42863 броя.

Фигура 43:Общ брой извършени рентгенови изследвания в ЛЗ за СИМП в област Враца(2010-2012г.)

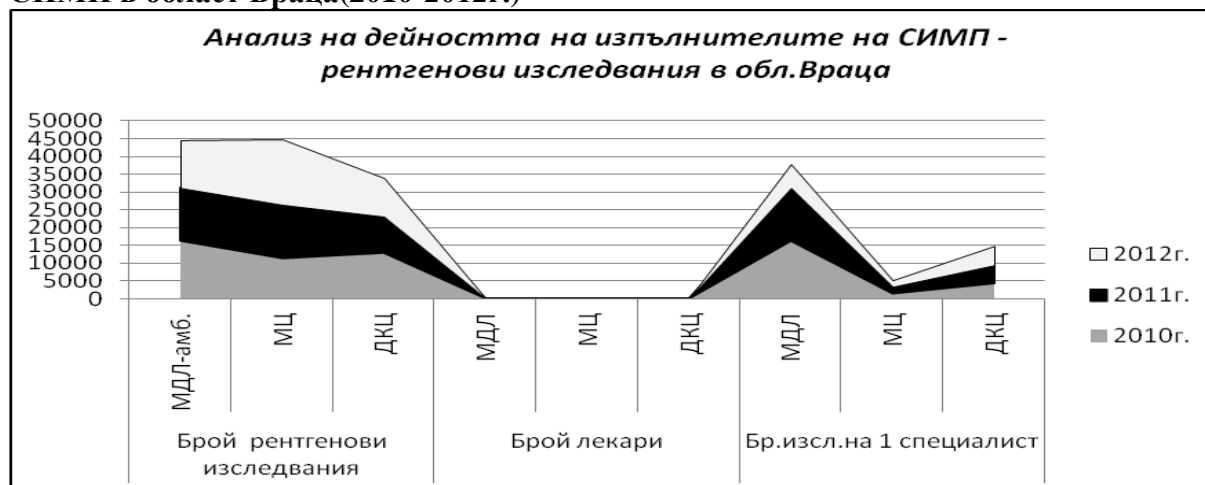


Сравнителен анализ на извършени рентгенови изследвания в лечебните заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ за периода 2010-2012г. е представен на Фиг. 44. Извършено е графично сравнение между ДКЦ, МДЛ и МЦ по броя на извършените рентгенови изследвания за период от 3 години.

Във фигурата са изобразени и данни за броя лекари-рентгенолози и за броя рентгенови изследвания извършени от 1 лекар за 1 година. Фигурата демонстрира динамиката на три показателя за изследвания период(2010-2012г.): броя на извършените рентгенови изследвания, броя на лекарите, които са ги извършили и броя изследвания, извършени от един лекар за една година. Тя дава нагледна представа за промяната в стойността на всеки един от тези показатели за всяка една година. Едновременно е видна и промяната в стойността на показателите за трите вида лечебни заведения- МДЛ, МЦ и ДКЦ, което позволява извършването на сравнение между тях.

Най- голям брой рентгенови изследвания за периода са извършени за 2010г. в МДЛ- 16218 броя. Медицинските центрове са с най-голям брой изследвания за 2011- 15109 броя и 2012г.-18466 броя. ДКЦ заема второ място по брой рентгенови изследвания за 2010г.- 12848 броя, а за 2011 и 2012г. , вече е с по- ниски стойности на показателя в сравнение с МДЛ и МЦ.

Фигура 44: Сравнителен анализ на извършени рентгенови изследвания в ЛЗ за СИМП в област Враца (2010-2012г.)



Сравнителен анализ на извършените рентгенови изследвания в лечебните заведения за СИМП на територията на област Враца за периода 2010-2012г. е представен на таблица № 24.

Таблица №24 Брой извършени рентгенови изследвания, брой ЛЗ, брой лекари и брой изследвания на 1 специалист в ЛЗ за СИМП в област Враца (2010-2012г.)

Анализ на извършените рентгенови изсл.												
Година	Брой рентгенови изследвания			Брой ЛЗ			Брой лекари			Бр. изсл. на 1 специалист		
	МДЛ-амб.	МЦ	ДКЦ	МДЛ-амб.	МЦ	ДКЦ	МДЛ	МЦ	ДКЦ	МДЛ	МЦ	ДКЦ
2010г.	16218	11318	12848	10	4	1	1	8	3	16218	1414	4282
2011г.	14938	15109	10230	9	3	1	1	8	2	14938	1888	5115
2012г.	13500	18466	10897	9	3	1	2	10	2	6750	1846	5448

Източник: Годишни медико-статистически отчети на лечебните заведения за извънболнична помощ в област Враца за периода 2010-2012г

Анализът на данните от Фигура 43 показва следните тенденции:

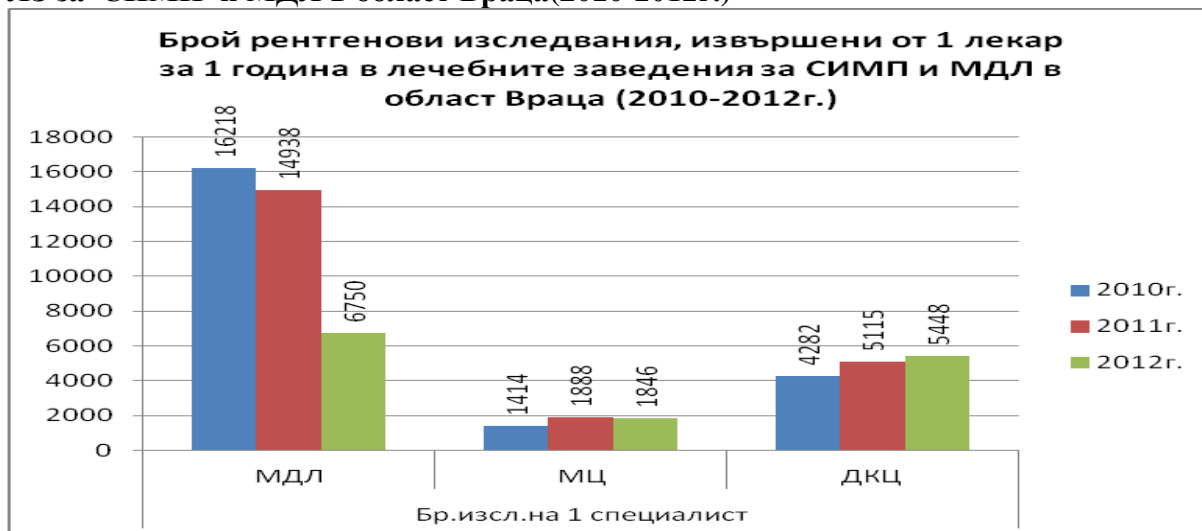
Общият брой на извършените рентгенови изследвания в лечебни заведения за извънболнична медицинска помощ, регистрирани на територията на област Враца за изследвания период 2010-2012г. след леко изразен статистически незначим спад през 2011г., /40277 бр./ бележи ръст от 6.42% и достига до 42863 бр. през 2012г.

Делът на ДКЦ в общия обем извършени рентгенови изследвания е най-висок през 2010г./31.81%/, след което бележи спад през 2011г./25.4%/, като тази стойност се запазва и през 2012г. Прави впечатление нарастването на делът в извършените рентгенови изследвания на другите медицински центрове, който отбелязва стабилен възходящ тренд от 28.02% през 2010г. до 43.08% през 2012г.

Броят на лечебните заведения за извънболнична помощ осъществяващи рентгенови изследвания на територията на област Враца остава относително постоянен за изследвания период – 15 бр. през 2010г., 13 бр. през 2011г и 2012г. (Табл.24). Броят на лекарите специалисти по образна диагностика извършващи изследвания в тези лечебни заведения също бележи минимални колебания- 12 бр. през 2010г., 11 бр. през 2011г. и 14 бр. през 2012г. Броят на лекарите специалисти по образна диагностика, работещи в ДКЦ също се запазва приблизително константен 3бр. през 2010г., 2 бр. през 2011 и 2 бр. 2012г. (Табл. 24). Данните за броят на лекарите специалисти практикуващи на територията на област Враца показва стабилност за периода 2010-2012г.

Средният брой извършени рентгенови изследвания от един специалист по образна диагностика за 1 година за изследвания период /2010-2012г/ е най- висок в МДЛ през 2010г./16218 бр./, като отбелязва изразен низходящ тренд и достига до 6750 бр. през 2012г. Същият показател отразяващ дейността на ДКЦ показва трайна възходяща тенденция като от 4282 бр. през 2010г. достига до 5448 бр. през 2012г., което е ръст от 27.23% на този параметър. (Фиг.45)

Фигура 45 Брой извършени рентгенови изследвания от 1 лекар за една година в ЛЗ за СИМП и МДЛ в област Враца(2010-2012г.)



Нараства абсолютният обем и относителният дял на извършените рентгенови изследвания в медицинските центрове през изследвания период като дялът от 28% през 2010 г. достига до 43.08 % през 2012г.

Дялът на ДКЦ в общият обем рентгенови изследвания , извършени на територията на област Враца остава значителен / над 25%/ за изследвания период/2010-2012г./ .Ефективността в работата на лечебното заведение нараства трайно за

изследвания период, което намира израз в постоянно нарастващият брой изследвания на 1 лекар специалист по образна диагностика, работещ в лечебното заведение.

Ефективността на работа на лекарите в ДКЦ-1 Враца остава по-висока спрямо тази на лекарите , работещи в другите видове лечебни заведения за извънболнична помощ, въпреки намаляващия дял на ДКЦ в общия обем извършени рентгенови изследвания .

Динамиката в абсолютния брой на извършените рентгенови изследвания в различните видове лечебни заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ за изследвания период 2010-2012г. на територията на област Враца отразява предпочитанията на пациентите. Регламентираната свобода на избора на лечебно заведение предоставя възможност на пациента да избира в кой вид лечебно заведение да се изследва.

Предпочитанието на пациентите да се изследват в конкретно лечебно заведение е обосновано от наличната диагностична апаратура и квалификацията на персонала, който работи с нея. От тази гледна точка лечебните заведения , оборудвани с по-модерна диагностична апаратура са предпочитани от пациентите, с което може да се обясни динамиката в абсолютния брой и относителния дял, както на отделните видове лечебни заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ така и на всяко едно от тях.

Предимството е на страната на лечебните заведения инвестиращи в апаратура.

5. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

5.1. ИЗВОДИ

1. От прегледа на научната литература и посоченото изследване няма публикувани данни за извънболничната помощ. Това доказва, че липсва статистика , анализ и достатъчно информация по отношение на данните за този сектор.

2. Относителният дял на извършените в ДКЦ-1 Враца ЕООД прегледи и клинично-лабораторни изследвания за периода 2010г-2012г. намалява спрямо общият обем дейности, извършени от всички лечебни заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ, работещи на територията на област Враца. Обемът на извършените клинично-лабораторни и медико-диагностични дейности в ДКЦ-1 Враца ЕООД за периода 2010-2012г. отбелязва тенденция към намаление в рамките на 14-55%

за различните видове дейности, като най-голям спад е при клинично- лабораторните изследвания (55%) в резултат на миграция на пациенти към други ЛЗ за СИМП.

3. Показателят **ефективност** за ДКЦ-1 Враца ЕООД, изразен като брой прегледи, извършени от 1 лекар за 1 календарна година **остава най- висок** средно 59.68 % за целия тригодишен проучен период спрямо всички останали видове лечебни заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ на територията на област Враца.

4. Броят на работещите в ДКЦ-1 Враца лекари **е един и същ , с постоянен клиничен профил, средно 31 мед. работници с 16 клинични специалности, за изследвания период** на фона на промените в броя на общо 200 лекари с 21 клинични специалности, работещи във всички останали лечебни заведения за СИМП, което потвърждава факта, че това е структура, която се все още явява гръбнак на здравеопазването в район Враца.

5. Общият брой клинично-лабораторни изследвания, извършени в ДКЦ 1- Враца намалява с 54.49% на фона на увеличен общ брой клинично-лабораторни изследвания на лечебните заведения за СИМП в област Враца с 17.16% за периода 2010-2012г., но специалистите в ДКЦ поемат между 88-62% от клинично-диагностичните прегледи за момента и са все още са „филтъра” на пациенти преди насочването на пациентите към медицинските специалисти в извънболничната помощ или към лечебните заведения за болничната помощ.

6. Броят на клинично-лабораторните лекари специалисти, работещи в ДКЦ-1 Враца ЕООД остава константен за наблюдавания период 2010-2012г., на фона на намаляващ брой на лекарите (намаление с 18.18% за периода), работещи в другите лечебни заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ, регистрирани на територията на област Враца. Очевидно се наблюдава явна миграция на пациенти от ДКЦ към СИМП. Липсата на аналогични анализи и публикации от другите области в страната не дават възможност да се направи междуобластен анализ или глобален анализ в страната.

7. Налице е трайна тенденция с низходящ тренд за показателя брой клинично-лабораторни изследвания извършени от един лекар годишно в ДКЦ-1 Враца ЕООД. Общо за периода 2010-2012г от 54.49% и като дял 62.4%, за сметка на повишението на тези данни при СИМП, които обхващат едва 37.6%, независимо от увеличението на

броя диагностично-клинични прегледи. Очевидно има сериозно преразпределяне на този медицински пазар в регион Враца.

8. Броят клинично-лабораторни изследвания, извършени от 1 лекар годишно в лечебно заведение за специализирана извънболнична медицинска помощ, регистрирано на територията на област Враца (изключвайки ДКЦ/) показва увеличение от 104.88 % при средният брой на изследванията, извършени от един лекар в лечебните заведения общо за периода 2010-2012г.

9. По показателят, брой клинично-лабораторни изследвания извършени от 1 лекар годишно в ДКЦ 1- Враца, е с по-високи стойности средно (113287) от всички взети заедно СИМП (между 15 и 16), съответно(62980.33) за целия три годишен период 2010-2012г.. Все още тежестта е за сметка на лечебното заведение – ДКЦ (64.27%) средно годишно, независимо от преразпределение на пациентите за посочения тригодишен период. Анализът доказва, че е налице преразпределение на голям брой пациенти към специализираната извънболнична помощ, което е закономерно, тъй като в началото на анализирания период данните показват прекомерно натоварване на специалистите за извънболнична помощ в ДКЦ -1 на област Враца(79.01%).

10. Съгласно посочения анализ ДКЦ остава една стабилна структура на СИМП в осъществяването на медико-диагностична дейност и поема основната тежест в системата на извънболничната помощ. ДКЦ продължава да заема ключово място в интегрираната медицинска помощ и все още поема повече от 50% от медицинските услуги в извънболничната помощ независимо от завишена миграция към СИМП на територията на област Враца.

5.2 ПРЕПОРЪКИ И ПРЕДЛОЖЕНИЯ

1. Да се заложи годишно законово изискване за **анализ** по конкретни индикатори за функционирането на лечебните заведения за специализирана извънболнична медицинска помощ от РЗИ, относно динамика на кадри, пациенти и клинични насочености.

2. Да се извършат законодателни промени в ЗЛЗ, **относно ограничаване на лекари да работят** едновременно на трудови правоотношения в частни и държавни лечебни заведения за извънболнична медицинска помощ с оглед на избягване на динамиката и ограничаване на всякакви нелоялни практики за привличане на пациенти.

3. Да се предоставя системно **публична информация и анализи по национално установени индикатори за дейностите в извънболничната помощ по региони и на национално ниво като** резултатите от извършените анализи да бъдат публично налични.

4. За постигането на **интегритет в обслужването** на пациента в извънболничната помощ е необходимо:

- анализи на **обеми на оказваната помощ** и изследвания от ОПЛ на ниво отделните области в страната с оглед анализ и преоценка на тези ЛЗ.- **оказваната помощ** и изследвания в ЛЗ за СИМП по индикатори .
- ясно да се **дефиниран „път” и маршрут на пациента** между отделните нива на извънболнична помощ /ОПЛ и СИМП/
- анализи на **обеми на оказваната СИМП и ОПЛ от НЗОК и въвеждане на индикатори като нормативен документ за взаимодействие, координация и оказване на методична помощ** от СИМП на ОПЛ при необходимост.
- ясен регламент за **взаимна информираност** между изпълнителите на ПИМП и СИМП, както и между различните ЛЗ за СИМП.

5. Подобряване **взаимодействието и координацията** в дейността на различните изпълнители на извънболнична медицинска помощ/ОПЛ и СИМП/чрез:

а/изработване на регламент за взаимодействие и координация.

б/изработване на правила от НЗОК за **оказване на методична помощ** от лекарите специалисти от лечебни заведения за СИМП на ОПЛ, при необходимост

в/провеждане на колегиални регулярни срещи между ОПЛ и специалистите от СИМП/ДКЦ/, под егидата на МЗ, респективно РЗИ.

г/подобряване на **взаимната информираност** за хода и изхода от лечебно диагностичния процес между ОПЛ и лекарите от ДКЦ/СИМП/.

Декларирам, че при работата си по дисертацията съм спазил всички етични и законови рамки. Декларирам, че нямам конфликт на интереси, свързан с работата ми по дисертацията. Декларирам, че настоящият дисертационен труд е авторски, и при разработването му не са ползвани в нарушение на авторски права чужди публикации и разработки. Авторските права на дисертацията са изцяло на автора. Съгласен съм дисертацията ми да се предоставя при поискване съгласно правилата за достъп до информация. Дисертацията не съдържа информация за физически или юридически лица, представляваща лични данни, търговска тайна или поверителна информация, различна от тази, която е обществено достъпна. Ползваните за целите на дисертационния труд статистически данни са получени след съответно разрешение за достъп.

6.ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА.

1. Апостолов М.,История на медицината Кратък курс,София 1984,Медицина и физкултура, 155-156
2. Атанасов А., Н.Лазаров, А.Асенов, С. Димитрова, К.Янков, Въведение в медицина, основана на доказателства, ВАП, Пловдив, 2004.стр.
3. Абрашева, М. Общественото мнение за здравеопазването: високо и трайно недоверие към лекари и рецепти ”на парче”. В: Етиката в българското здравеопазване, съставители Е. Маринова, С. Попова, 2007, стр. 47-51.
4. Балашкова М., Цв. Валентинова. Пациент-центрираната комуникация – реалност или предизвикателство за Общопрактикуващите лекари. Scripta Scientifica medica, vol 43(7), P , 2011стр.169-171
5. Борисов,В.,Цачев К.,Комитов Гл.,Генев Стр. Управление на болничните ресурси Нов болничен мениджмънт,София, ,Скайпринт-ISBN 978-954-390-070-1, -2011 , стр.27-28, 112 -
6. Борисов,В., Воденичаров, Ц. Реалности на здравната реформа. София, 2000,стр. 48 .
7. Борисов, В. Здравен мениджмънт с основи на здравната политика. София, 2003, стр.280с.
8. Борисов, В. Мениджмънт на времето. В: Здравен мениджмънт, 2009.,
9. Борисов, В. Здравен мениджмънт Новата азбука на здравния мениджмънт, 2009,стр.73
10. Борисов В. Из словесните дебери на здравната реформа, Здравната реформа на кръстопът –хаос или мениджмънт - 2008г.,стр.11.,114..
11. Воденичаров Ц. , Здравна политика базирана на доказателства, 10-те принципа на медика и мениджъра, СИМЕЛПРЕС –ISBN 978-954-9487-86-2 , 2010г. стр.81-82 .
12. Воденичаров Ц., Борисов В., Гладилев Ст., Чамов К., Кръшков Д. Модел за ефективно развитие на българското здравеопазване. Здравен мениджмънт, 2005, № 2,стр 5-14
13. Воденичаров, Ц. Нови акценти в здравеопазването. – Здравен мениджмънт, 2001,1, стр 2-3.
14. Воденичаров, Ц. Десетте принципа на медика и мениджъра. 2010, стр.81-82.,100
15. Валентинова Ц., М. Горанов. Работата в екип - гаранция за качество в общата медицинска практика. Обща медицина. бр.4, 2002, стр. 3-5
16. Гладилев Ст., Е. Делчева , Ресурси на здравеопазването, Принципец ISBN 978-954- 8067-81-2 ,2009г. стр.350-
17. Брант, Х. Европейската здравна политика – стратегии и реалности. – Здравен мениджмънт, 2007, 7, стр. 68-76.
18. Борисова, Б. Извънболничната медицинска помощ. 2014, Горекс Прес ISBN 978-954-616-238-0,стр. 17,160.
19. Борисова, Б. Маршрутът на пациента – индикатор за организация и качество на медицинската помощ. - Здравна политика и мениджмънт, 2014, 2, стр.24-29.
20. Брант, Х. Европейската здравна политика – стратегии и реалности. – Здравен мениджмънт, 2007, 7, стр.68-76.
21. Генев, Стр. Подходи за ефективен мениджмънт на ресурсите в извънболничната медицинска помощ в условията на здравно осигуряване. Дисертация 2006.

22. Готова Ц., Т. Златанова, Р.Златанова-Великова, Г. Комитов, Стр. Генов, Общественото мнение по отношение на платените прегледи при специалист, Сп. "Обща медицина", бр.2, 2008.
23. Делчева, Е. Концептуален модел на конкурентноспособността на здравната система. - Здравна икономика и мениджмънт, 2008,1 9-15.
24. Еленкова Л. Правно регулиране в здравеопазването том 1, София,2008,Симел, ISBN 978-954-9487-49-7, стр.13-15
25. Зиновиева Д., Правен режим на лечебните заведения,кн.1, София,2000,Сиела, ISBN 954-649-281-7,стр. 47-
26. Златанова Т., Ц. Петрова-Готова, Г. Комитов, С. Генов Р. Златанова-Великова, Проблемът с направленията за специалист от гледна точка на пациентите, Здравен мениджмънт, №4, 2008.
27. Комитов Г., Стр. Генов, Осигуряване на достъпа за задължително здравноосигурени лица в първичната и специализираната медицинска помощ в аспектите на управление на практиките и ресурсната осигуреност в извънболничната помощ в страната за периода 2000 – 2006 година, Здравен мениджмънт, №6, 2006.
28. Комитов Гл., Стр. Генов. Мениджмънтът на ресурсите – приоритет на здравната реформа. 2010, стр.240.
29. Комитов, Гл., Стр. Генов. Здравната политика и нейните стратегически приоритети в условията на продължаващ реформа. - Здравна политика и мениджмънт, 2008, 5, стр. 98-103.
30. Кушев, Кр., Ев. Гошев. Координация и взаимодействие в новите условия на извънболничната медицинска помощ. – Социална медицина, 2000, 3, стр. 18-20.
31. Попова, С. Социалноетични измерения на здравния мениджмънт. 2004, стр.140 .
32. Сотирова, Д. Култура и етика в организационното поведение. 2003.
33. Стамболова, Ив., Г. Чанева. Конфликтните ситуации в медицинската практика. – Здравен мениджмънт, 2002, 1, стр.28-33.
34. Тулчински, Т., Ел. Варавикова. Ново обществено здравеопазване. Варна, 2004, стр.804 .
35. Шопова, К. Стил на мениджърско поведение - актуални проблеми. - Здравен мениджмънт, 2002, 1, стр.11-16.
36. Валентинова, Цв. Взаимодействие между общопрактикуващите лекари и другите медицински специалисти от здравната система. – Медицински мениджмънт и здравна политика, 2004, 4, стр.3-10.
37. Валентинова Цв. Работа в екип в Първичната здравна помощ – поведение и роли на екипните членове. Сп. Обща медицина. 2006г.бр.4, стр.3-4.
38. Георгиева, П. Информационни потребности при вземане на управленски решения в СИМП. – Дисертация, Варна, 2012.
39. Георгиева Л. Следхоспитализационни здравни потребности на лицата над 65-годишна възраст – концептуални и оперативни аспекти, Социална медицина, 16, 2008, № 1-2, стр.79-81
40. Гладилов, Ст., Н. Велева. Търсене и предлагане в здравеопазването. – Здравен мениджмънт, 2005, 1, стр.32-36.
41. Гладилов Ст., Е. Делчева , Ресурси на здравеопазването, Принципи ISBN 978-954- 8067-81-2 ,2009г. стр.350/ .
42. Горанов,М. Доболнични грижи, а не само епизодична „помощ”. - health.bg/.../doc-d-r-mitko-goranov-dobolnichni-g.
43. Горенски П. Устойчиво развитие и обществено здраве, ГорексПрес, 2010.

44. Горненски, П., В. Борисов. Устойчиво развитие – необходимата нова концепция за здравната реформа. – Медицински меридиани, 2010, 1, стр.49-52.
45. Давидов Б., Коларова Р., Бедрозова А. Стандарти в планирането на здравната система. Необходимост, същност, опита за разработване. Социална медицина, 2003, 1, стр.8-11
46. Димова, А., М. Попов, М. Рохова. Здравната реформа в България. С., 2007, стр.343
47. Еленков, Ч. Проблеми на интегритета и координацията на извънболничната помощ. - XIV национална конференция за ОПЛ и педиатри с международно участие, Слънчев Бряг 24-26 май, 2013.
48. Златанова, Т., Р. Златанова-Великова. Оценка на комуникационните умения на ОПЛ. - Сп. Медицински меридиани, 2012, 1-2, стр.48-52.
49. Интегрална оценка потенциала общественото здравеопазване и основних ресурсов системы здравоохранения. - medical-diss.com
50. Кирилов, С. Времето като ресурс на съвременната болница. Автореферат, 2006, стр.45 .
51. Комитов, Гл. Стр. Генов. Здравното осигуряване в България и в света. 2013,стр. 350
52. Кильовска, Б. Динамика на дейността на медицински център. ФОЗ, Дипломна работа (научен ръководител доц. К.Кирилов), 2007.
53. Кирилов, К. Маркетинг на здравеопазването, 2001, стр.160 .
54. Кирилов, К. Маркетинг в здравеопазването. Класическият маркетинг и маркетинг в здравеопазването, В: Ново обществено здравеопазване, изд. Аква Графикс, 1998.
55. Кушев, Кр., Ев. Гошев. Координация и взаимодействие в новите условия на извънболничната медицинска помощ. – Социална медицина, 2000, 3, стр.18-20.
56. Здравната реформа в България – проблеми, перспективи, решения. Кръгла маса, 8.11.2004.
57. Кулаксьзов, Ст. и др. Здравни системи в преход – България. 2004, . стр.94 .
58. Маршрутизация пациента - cdcrk.ru/files/routing_guidelines.ppt
59. Национална здравна стратегия 2014-2020 година. МЗ, 2013.
60. Общата медицинска практика – препятствия, предизвикателства. www.nsopl.org/uploads/article.../general_practice_2005.pdf
61. Петрова, Зл, Стр. Генов. Управление на здравната система. 2013, стр.61, 65-66, 142-145, 252, 266-274
62. Пампоров, Ал. Основни нарушения на правата на пациентите – социологическа перспектива. В: Правни стандарти и способности за административна и съдебна защита на правата на ползвателите на здравни услуги. Институт Отворено общество, доклад, 2011.
63. Раданов, Ст. Нарушения при обслужването на здравноосигурените лица - Здравен мениджмънт, 4, 2004, № 2, стр.50-54.
64. Радева С. Амбулаторно-поликлиничното обслужване на населението-преден фронт на здравеопазването. В сб:Постижения и проблеми на здравеопазването в в НРБ ,София,Медицина и физкултура,1974,стр.110-122
65. Солоухина, Д., Л. Георгиева. Необоснованост на хоспитализациите при възрастните пациенти. – Социална медицина, 2010, 2-3, стр.48-52.
66. Стамболова, Ив. Мениджмънт на общата медицинска практика. 2008, стр.112
67. Тасев, Т. Факторът време в спешната помощ – Здравен мениджмънт, 2008, 2.
68. Борисова, Б. Оценка на дейността на ОПЛ чрез мнението на пациентите (социологически анализ). Дисертация, 2013, стр.161

69. Ефтимова, А. Социалните роли лекар-пациент (социолингвистичен и социокултурен анализ). – Специализиран портал liternet.bg/publish9/aeftimova/socialnite.htm
70. Младенов, А., К. Кирилов. Някои проблеми, свързани със събирането на информация от лечебно заведение с цел създаването на маркетингов план. – Здравна политика и мениджмънт, 2013, 2, стр.29-33.
71. Национална програма „Медицински стандарти в Република България (2001 – 2007г.)”, Служебен бюлетин МЗ, год.XLVII, бр. 11, 2001г.;
72. Попова С., Александрова М. Етични правила за добра емоционална и социална подкрепа на пациента. Обществено здраве. Ръководство за специализация на медицински сестри. Под ред. на доц. д-р К. Юркова. Горекс Прес. С., 2001. стр. 133-137.
73. Правила за добра медицинска практика на общопрактикуващите лекари в Република България. Разработени от В. Маджова, Л. Киров, Ив. Попов и др. www.blsbg.com/index.php?option=com...view...
74. Финансиране и управление на здравеопазването – теоретични основи, модели, проблеми и тенденции. – Министерство на финансите, 2005.
75. Димова, А., Мир. Попов, М. Рохова. Здравната реформа в България – необходимост, развитие, резултати, перспективи. 2007.
76. Лалев, Н. Маркетинговата култура като управленски проблем. Автореферат на дисертация, 2009.
77. Пасхалидис, К. Общественото мнение - фактор на здравната реформа. - Здравен мениджмънт, 2001, 1, стр.28-30.
78. Прайд, У., Феръл О. Маркетинг, концепции и стратегии. Изд. “ФорКом”, 1995 г.
79. Петрова, Зл., К. Чамов, Ст. Гладилов. Качество в здравеопазването – съвременни измерения и тенденции. С., 2008, 270 стр.214,215,222
80. Петрова, Зл., В. Младенова. Удовлетвореността на пациента от медицинските услуги - компонент на качеството на здравното обслужване. - Здравен мениджмънт, 2003, 3, стр.11-15.
81. Радева, М. Регулативни стандарти в извънболничната медицинска помощ, заплащана от Националната здравноосигурителна каса – развитие на нормативната уредба и съдебна практика. - Адвокатски преглед, 2010, бр. 1-2.
82. Тодорова Д. Структурен анализ и динамика на пакетите извънболнична медицинска помощ при задължителното здравно осигуряване. Здравен мениджмънт, 2003, том 3, № 3, стр.26-30
83. Стамболова, Ив., Г. Чанева. Конфликтните ситуации в медицинската практика. – Здравен мениджмънт, 2002, 1, стр.28-33.
84. Сиджимова, Д. Връзки с обществеността в сферата на здравеопазването. – Здравен мениджмънт, 2008, 3, стр.95-99.
85. Узунова Ю. Към систематичната интерактивност с пациентите в маркетинговите комуникации на лечебните заведения. В сп. “Здравна икономика и мениджмънт” бр. 1/2005 г., стр. 3 – 10.
86. Хинков, О., „Понятия и принципи на правилата на добрата клинична практика”, национална конференция на БЛС „Българското здравеопазване след присъединяването към ЕС”, 10-11.05.2007г., гр. Плевен, <http://www.anesthesia-bg.org/news.php>;
87. Хинков, О., „Стандарти на медицинската практика в България”, <http://www.med-stand.government.bg/IndexPubl.htm>;
88. Христов, С., «Тотално управление на качеството и Каору Ишикава», Сити Мениджмънт Консулт ООД, <http://www.novavizia.com/4217.html>

89. Чамов К., Кехайов А. Технология на избор на приоритети в здравеопазването. Здравен мениджмънт, 2006, том 6, № 6, стр.51-55
90. Чешмеджиева, А. Натрапвани резултати и очаквания от провежданата реформа и налагащи се изводи за обективните резултати от внедряването ѝ. - Здравен мениджмънт, 8, 2008, № 5, стр.17- 21.
91. Шипковенска Е., П.Цонов, Ст.Христова. Здравната реформа от гледна точка интересите на пациента. - Социална медицина, 3, 1996, стр.5-7.
92. Щерев Ат. Здравната реформа в България днес и утре – анализ на здравната реформа, 2005.
93. Щерев, А. Митове в българското здравеопазване. - Здравен мениджмънт, 2007, 2, стр.11-18.
94. Янакиева, А. Перспективи за домашни грижи в светлината да добрите световни практики. – Медицински меридиани, 2-13, стр.3-9.
95. Янева Р. Нарастване броя на хоспитализациите – причини и възможности за преодоляване. Медицински меридиани, 2010, т. I, бр. 2, стр. 27-32.
96. НСИ,Здравеопазване. Лечебни и здравни заведения на 31.12.Динамичен ред.
http://www.nsi.bg/sites/default/files/files/data/timeseries/Zdr_2.1.1._Mr.xls
<http://www.nsi.bg/bg/content/3280/,/3310/> дата на достъп-02.08.2014
97. НСИ, Здравеопазване. Лечебни и здравни заведения по статистически райони и области31.12.
http://www.nsi.bg/sites/default/files/files/data/timeseries/Zdr_2.1.2._Mr.xls
<http://www.nsi.bg/bg/content/3312/>, дата на достъп-02.08.2014
98. Годишни медико-статистически отчети на лечебните заведения за извънболнична помощ в област Враца за 2010г./по данни на РЗИ Враца
99. Годишни медико-статистически отчети на лечебните заведения за извънболнична помощ в област Враца за 2011г./по данни на РЗИ Враца
100. Годишни медико-статистически отчети на лечебните заведения за извънболнична помощ в област Враца за 2012г./по данни на РЗИ Враца
101. Закон за лечебните заведения/ДВ, бр.62 от 9 юли 1999г./
102. Правилник за устройството, дейността и вътрешния ред на ДКЦ-1 Враца ЕООД, утвърден2008г.
103. Bartel, A. The Role of Inpatient and Outpatient Care in Reducing Readmissions. – The national bureau of economic research. 2015, 3, pp.2-4.
104. <http://www.nhif.bg>,Счетоводно приключване за 2012г.Обяснителна записка към ГФО на НЗОК за 2012г., стр.24; дата на достъп:03.08.2014г.
105. [http://www.vratza.bg/userfiles/file /ObshinskiSavet 2011-2015/Resheniya/ 178-12_06-2012.doc](http://www.vratza.bg/userfiles/file/ObshinskiSavet_2011-2015/Resheniya/178-12_06-2012.doc).,Решение№178/12.06.2012г. Приемане на Годишен финансов отчет за 2011г.и информация за финансово-икономическите резултати за 2011г. на ДКЦ-1 Враца ЕООД, дата на достъп:02.08.2014г.
106. Решение№479/11.06.2013г. Приемане на Годишен финансов отчет за 2012г.и информация за финансово-икономическите резултати за 2012г. на ДКЦ-1 Враца ЕООД,[http://www.vratza.bg/userfiles/file/ObshinskiSavet 2011-2015/Resheniya/479-11_06-2013.doc](http://www.vratza.bg/userfiles/file/ObshinskiSavet_2011-2015/Resheniya/479-11_06-2013.doc)., дата на достъп:02.08.2014г.
107. [http://www.vratza.bg/userfiles/file/ObshinskiSavet 2011-2015/Resheniya/742-27_05-2014.doc](http://www.vratza.bg/userfiles/file/ObshinskiSavet_2011-2015/Resheniya/742-27_05-2014.doc).,Решение №742/27.05.2014г. Приемане на Годишен финансов отчет за 2013г.и информация за финансово-икономическите резултати за 2013г. на ДКЦ-1 Враца ЕООД, дата на достъп:02.08.2014г.
108. <http://www.nsi.bg/bg/content/2975/>,дата на достъп-02.08.2014г.
http://www.nsi.bg/sites/default/files/files/data/timeseries/Pop_6.1.1_Pop_DR.xls

109. <http://www.nsi.bg/bg/content/2968/>, дата на достъп-02.08.2014г.
http://www.nsi.bg/sites/default/files/files/data/timeseries/Pop_1.3.1_birth_DR.xls
110. <http://www.nsi.bg/bg/content/3014/>, дата на достъп-02.08.2014г.
http://www.nsi.bg/sites/default/files/files/data/timeseries/Pop_2.5_mortality_DR.xls
111. <http://www.nsi.bg/bg/content/2989/>, дата на достъп-02.08.2014г.
http://www.nsi.bg/sites/default/files/files/data/timeseries/Pop_6.1.8_Pop_DR.xls.
112. Atherton, H. Email for the coordination of healthcare appointments and attendance reminders. - The Cochrane Library, Published Online: 15 AUG 2012.
113. Bartel, A. The Role of Inpatient and Outpatient Care in Reducing Readmissions. - www.nber.org/papers/w20499, 2014.
114. Brook RH. et al. Quality of care assessment: Choosing a method for peer review. *N Engl J Med.* 1996; 13: pp.966-970.
115. Bilton M. Assessing health needs: it's good strategy. *Health Prog.* 2012 Sep-Oct; 93(5):78-9
116. Busque MA, Légaré J. [Unmet needs for home services among Canadian seniors] *Can J Aging.* 2012 Sep;31(3):271-8
117. Campbell H, Hotchkiss R, Bradshaw N, Porteous M. Integrated care pathways. *BMJ.* 1998 Jan 10;316(7125):133-7., [PubMed] [BMJ]
118. Castro 146 C; Gallizzi G. Bassani G. Efficiency as a domain of health care systems: A phenomenographic approach, *Advances in Health Care Management*, (2012) Volume 13, 161–188, Emerald Group, pp. 161-170
119. Cortese D. and Smoldt R. Taking Steps Toward Integration // *Health Affairs.* Vol. 26, No 1: w68–w71, 2007.
120. Donabedian, Av. Evaluating the Quality of medical Care, *The Milbank Quarterly*, Vol. 83, №4, 2005 (pp.691 – 729)
121. McCullough, L. Basic concept in the clinical ethics of the managed care. - *J. Med. Philos.*, 1999, 1, pp.77-97.
122. Drucker, P. *Managing Non-Profit Organizations.* New York, 1993, 180.
123. Phillips, C et al. *Evaluating Health and Social Care.* Macmilan, London, 1994, 180 p.
124. Dolan, R. Simon, H. *Power Pricing – How Managing Price Transforms the Bottom Line*, Gabler, Wiesbaden, 2009.
125. Esselens, G. Effectiveness of an integrated outpatient care programme compared with present-day standard care in early rheumatoid arthritis. - *Musculoskeletal Care*, Volume 7, Issue 1, pages 1–16, March 2009
126. Griffith, John R.; White, Kenneth R. The revolution in hospital management. - *Journal of Healthcare Management* , May 1, 2005.
127. Golla H, Galushko M, Pfaff H, Voltz R. Unmet needs of severely affected multiple sclerosis patients: the health professionals' view. *Palliat Med.* 2012 Mar;26(2):139-51
128. Gröne 118 O., Garcia-Barbero M. Integrated care A position paper of the WHO European office for integrated health care services; *Int J Integr Care.* 2001 Apr-Jun; 1: e21.
129. HEALTH CARE REFORM Integrated Health Care - www.apa.org/health.../integrated-health-care.pdf
130. Inpatient Outpatient Hospital Care. - www.termwarehouse.com › Other Topics.
131. Integrated Health Care - American Psychological Association www.apa.org/health/integrated-health-care.aspx.
132. Integrated care for asthma: a clinical, social, and economic evaluation. - *BMJ* 1994;308:559

133. Integrated health services - World Health Organization - www.who.int/.../service_delivery_techbrief1.pdf
134. Integrated Delivery Systems: The Cure for Fragmentation ...www.ajmc.com/.../A264_09dec_EnthovenS284to.
135. Integrated care pathways. - BMJ 1998; 316
136. Krafft 149 T., Riesgo L. Fischer.,“Health Monitoring & Benchmarking of European EMS Systems: Components, Indicators, Recommendations”- Project Report to Grant Agreement No. SPC.2002299 under the European Community Health Monitoring
137. Kalpana 107 N. Shankar, Toward Patient-Centered Care: A Systematic Review of Older Adults’ Views of Quality Emergency Care *Ann Emerg Med.* 2013;:-1-23.
138. Lazar 71 E.J.,Fleischut P.,Regan B.K., Quality Measurement in Healthcare;. *Annu. Rev. Med.* 2013. 64:485–96.
139. Lawton R. and Mark V. Pauly. Integrated Delivery Networks: A Detour On The Road To Integrated Health Care? - *Health Affairs*, Vol. 33| No. 11, November, 2014
140. McColl A, Smith H, White P, Field J. General practitioners’ perceptions of the route to evidence based medicine. *Br Med J* 1998; 316:361–365
141. Main 219 J., et al. Defining and classifying clinical indicators for quality improvements. *Int J Qual Health Care.* 2003;15(6):523-530
142. Managing change in the culture of general practice: qualitative case studies in primary care trusts. – *BMJ*, 2003; 327:599.
143. Moving towards true integration. - *BMJ* 2005; 330:787
144. Pieh-Holder KL, Callahan C, Young P. Qualitative needs assessment: healthcare experiences of underserved populations in Montgomery County, Virginia, USA. *Rural Remote Health.* 2012 Jul;12(3):1816
145. Medical outpatients: changes that can benefit patients. www.clinmed.rcpjournal.org/content/.../45.full.pdf...
146. Nys, H. Patients right in a European healthcare market.- *Eurohealth*, 8, 2002, 2, 10-11.
147. Outpatient Care - Hospitals & Health Networks. - [www.hhnmag.com/.../ HHN-news-article.dhtml?..](http://www.hhnmag.com/.../HHN-news-article.dhtml?..)
148. Puska P, Ståhl T (2010). Health in all policies – the Finnish initiative: background, principles, and current issues. *Annual Review of Public Health*, 31:27.1–27.14.
149. Reducing Patient Wait Times and Improving Resource ... www.orincancercare.org/.../_papers/AC
150. JULIET NABBUYE-Sekandi, J. Patient satisfaction with services in outpatient clinics at Mulago hospital. - *International Journal for Quality in Health Care*, Oct 2011,5, 516-523.
151. Subani 72 Chandra and David H. Chong New Cost-Effective Treatment Strategies for Acute Emergency Situations; *Annu. Rev. Med.* 2014. 65:459–69
152. Shim EJ, Lee KS, Park JH, Park JH. Comprehensive needs assessment tool in cancer (CNAT): the development and validation. *Support Care Cancer.* 2011 Dec;19(12):1957-68.
153. Singer, S. et al. Defining and Measuring Integrated Patient Care: Promoting the Next Frontier in Health Care Delivery. - *Med Care Res Rev* February 2011 vol. 68 no. 1 112-127
154. Shaw, S. Fragmentation: a wicked problem with an integrated solution? – *Journal Health Services Research & Policy*, January 2013 vol. 18 no. 1 61-64
155. Shultz, D., Tannenbaum, S., Lauterborn, R. *Integrated Marketing Communication: Putting it Together and Making it Work*, NTC Business Book, 1992.

156. Stewart, M. Towards a global definition of patient centred care. The patient should be the judge of patient centred care. - BMJ. 2001 February 24; 322(7284): 444–445.
157. Theodore M. Brown, Marcos Cueto, Elizabeth Fee. The World Health Organization and the Transition From “International” to “Global” Public Health. American Journal of Public Health, 2006, 96:1, 62-72.
158. Thomas S. Klitzner. Benefits of Care Coordination for Children. - The Journal of Pediatrics, Volume 156, Issue 6, Pages 1006–1010, June 2010.
159. Venkatesh 102 A.K., Schuur J.D. A “Top Five” list for emergency medicine: a policy and research agenda for stewardship to improve the value of emergency care/ American Journal of Emergency Medicine 31 (2013) 1520–1524
160. Vodenicharov, Tz. The span of contemporary challenges facing healthcare in the enlarged Europe. Opportunities of professional marketing and effective communication. -In: Challenges of delivering health in the enlarged Europe – experience and perspectives from member states and associated countries. Proceedings, European Health Conference, Sunny Beach, Bulgaria 2006, 74-79.
161. WHO. Interim report Supporting Health 2020: governance for health in the 21st century. World Health Organization, Regional Office for Europe. 2012.

162. Kickbusch и др. Управление за здравеопазване в 21-ви век. Копенхаген Регионалният офис на СЗО за Европа, 2011 г. (EUR/RC61/inf.Doc./6).