
**МЕТОД “СРЕДЕН РАЗХОД НА ДИАГНОЗА” -
СЪЩНОСТ, РЕЗУЛТАТИ, ВЪЗМОЖНОСТИ ЗА ПРИЛОЖЕНИЕ**

АВТОРИТЕ:

БОЖИМИР ДАВИДОВ – ст.н.с. II ст., доктор по икономика, доктор на медицинските науки, зав. лаборатория “Информационни системи и модели” в Националния център по здравна информация. Отговаря за обработката и анализа на икономическата информация. Автор на монографии, статии и други изследователски работи в областта на организацията и управлението на здравеопазването и информационните системи, както и на редица изследвания в областта на здравната икономика. Специализирал във Великобритания, Испания, Германия.

ХРИСТИЯН ГРИВА – н.с. I ст., доктор по икономика, директор на Националния център по здравна информация към Министерството на здравеопазването. Автор на монографии, статии и изследователски разработки по здравно-демографски процеси, статистически анализи на здравни процеси и явления, здравни индикатори и др. Проявява специален интерес към процесите на разпределение на ресурсите и методи за определяне на разходите на микроикономическо равнище. Специализирал във Великобритания и Испания.

© МЕТОД “СРЕДЕН РАЗХОД НА ДИАГНОЗА” - СЪЩНОСТ, РЕЗУЛТАТИ,
ВЪЗМОЖНОСТИ ЗА ПРИЛОЖЕНИЕ

- © Божимири Давидов
© Християн Грива

Рецензент:

- © проф. д-р Мирослав Попов, доктор на медицинските науки

- © Издава: Национален център по здравна информация

Издателски екип:

Техн. редактор: Д. Стоянова

Стилов редактор: М. Венедикрова

Компютърен дизайн: Н. Арнаудова

ISBN 954-8541-08-4

Тираж: 300

Първо издание. Българска. София, 2000 г.

Печат: ЕКСПРЕС ПРИНТ

Божимир Даудов

Християн Грива

**МЕТОД
„СРЕДЕН РАЗХОД НА ДИАГНОЗА“**

СЪЩНОСТ, РЕЗУЛТАТИ,
ВЪЗМОЖНОСТИ ЗА ПРИЛОЖЕНИЕ

НЦЗИ
София, 2000 г.

БЛАГОДАРНОСТИ

Авторите дължат сърдечни благодарности на много експерти от здравната система, както и от Националния център по здравна информация, без чиито упорити усилия този труд не би се появил.

Както ще стане ясно по-надолу, разработването на метода се основава на събрани специално за целите на метода статистически данни от всички болници на общинско подчинение и финансиране (обединени районни и общински общопрофилни болници). Във всяка болница са обработени и попълнени данни в специално разработен от нас първичен документ. Документът съдържа около 11 000 полета за данни (за една отчетна година, а тези години са вече две - 1998 и 1999). Авторите дължат благодарност на всички болнични статистици, които събраха тези данни. Данните са информационната основа, върху която е разработен настоящият метод и свързаните с него разработки.

Трябва да се изкаже благодарност на болничните икономисти, които вече девета година събират, обработват и изпращат в НЦЗИ данни по "Методиката за разделно отчитане на разходите". Тези данни се обработват в информационната система "Икономическа информация" и публикуват в едноименните бюллетини, издавани от Центъра. Част от тези данни са включени в алгоритъма за изчисляване на метода "Среден разход на диагноза".

Информационното осигуряване на метода се дължи на усилията на статистичките от Първа градска болница - София, с директор д-р А. Милкоева - Н. Симеонова и П. Кирилова.

Оттук нататък се постави въпросът за обработката на огромни масиви с данни. Програмите за обработка на данните разработи С. Мадова под ръководството на Б. Давидов. Операторки по въвеждането на тези масиви данни бяха И. Чупренска и Т. Милева. Графиките и диаграмите са дело на Д. Стоянова и Н. Арнаудова. Цялостният компютърен дизайн на текста, таблиците, диаграмите, корицата и на изданието като цяло е дело на Н. Арнаудова, а коректността на текста се дължи на стиловата редакция, извършена от М. Венедикова.

Разбира се цялата отговорност за коректността на данните, на използваната методика и на получените резултати и тяхната интерпретация, както и за всички допуснати грешки и неточности се носи изключително от нас - двамата автори.

Както във всяко проучване и особено, когато в резултат на проучването се представя пред широката публика нов за нашите условия метод, ние с готовност ще приемем всякакви критични бележки, предложения, идеи за усъвършенстване и пр.

Авторите

СЪДЪРЖАНИЕ

| | |
|---|----|
| ВЪВЕДЕНИЕ - Хр. Грива | 11 |
| Глава първа - Б. Давидов | |
| СЪЩНОСТ И ИЗМЕРИТЕЛИ НА БОЛНИЧНИЯ ПРОДУКТ | 13 |
| Общи положения | 13 |
| 1. Преглед на становища по същността и измерителите на здравето | 13 |
| 1.1. Какво е здраве ? | 13 |
| 1.2. Измерители на здравето | 14 |
| 2. Съвременни подходи за измерване на здравето | 14 |
| 2.1. Терминологични уточнения | 15 |
| 2.2. Подходи за определяне на ефектите | 16 |
| Обобщение | 17 |
| Глава втора - Хр. Грива | |
| МЕДИЦИНСКИТЕ ДЕЙНОСТИ КАТО ИЗМЕРИТЕЛ НА БОЛНИЧЕН ПРОДУКТ | 18 |
| Общи положения | 18 |
| 1. Рутинни показатели | 18 |
| 2. Диференциирани показатели за болнични дейности | 19 |
| 3. Проблеми на номенклатурите и кодовете на болничните дейности | 19 |
| 4. Кейс-микс подходи | 20 |
| Обобщение | 21 |
| Глава трета - Хр. Грива | |
| СЪЩНОСТ И ИЗМЕРИТЕЛИ НА РАЗХОДИТЕ ЗА БОЛНИЧНИЯ ПРОДУКТ | 23 |
| Общи положения | 23 |
| 1. Подходи за определяне на разходите за единица болничен продукт | 24 |
| 2. Обсъждане на възможната степен на точност на определяне на разходите | 27 |
| Обобщение | 29 |
| Глава четвърта - Б. Давидов | |
| МЕТОД “СРЕДЕН РАЗХОД НА ДИАГНОЗА”. МЕТОДИКА НА РАЗРАБОТВАНЕ | 30 |
| Общи бележки. Уточняване на термини и понятия | 30 |
| 1. Цел и обект на проучването | 31 |
| 2. Обхват на проучването | 32 |
| 3. Общо описание на метода | 33 |
| 4. Входна информация | 34 |
| 5. Теоретична същност на метода | 35 |
| 6. Тестване на метода. Пилотно проучване | 36 |
| 7. Използвани номенклатури | 36 |
| 7.1. Списък на болниците | 37 |
| 7.2. Групи болници | 37 |
| 7.3. Видове отделения | 38 |
| 7.4. Класове, подкласове, групи и отделни болести | 38 |
| 7.5. Видове разходи | 39 |
| 7.6. Използвани показатели | 39 |
| 8. Използван програмен продукт | 39 |
| 9. Проблеми на контрола при въвеждане на данните | 40 |
| 10. Използвана методика за обработка на данните | 41 |
| Обобщение | 41 |

| | |
|--|----|
| Глава пета - Б. Давидов, Хр. Грива | |
| ПРОБЛЕМИ НА ТОЧНОСТТА НА ПОЛУЧЕННИТЕ РЕЗУЛТАТИ | 43 |
| Общи положения | 43 |
| 1. Преглед на факторите, влияещи върху точността на метода СРД | 43 |
| 1.1. Точност на определяне на кода на болестта според МКБ | 43 |
| 1.2. Точност на диференциране на болничните отделения | 44 |
| 1.3. Точност на регистриране на болните с дадени болести в отделенията | 44 |
| 1.4. Наличие на болни с параметри, значително различаващи се от средните величини | 45 |
| 1.5. Точност на диференциране на разходите по болнични отделения | 45 |
| 1.6. Разлика между параметрите “изписани болни от отделение X” и “преминали болни в отделение X” | 46 |
| 1.7. Точност на регистрация на данните за изписаните болни | 46 |
| 1.8. Точност на метода СРД | 47 |
| 2. Обща дискусия по точността на метода СРД | 48 |
| Обобщение | 49 |
| Глава шеста - Б. Давидов, Хр. Грива | |
| ПРЕДСТАВЯНЕ НА ДАННИТЕ, ПОЛУЧЕНИ ОТ ПРИЛОЖЕНИЕТО НА МЕТОДА СРД | 50 |
| Общи положения | 50 |
| 1. Данни по метода СРД на равнище отделна болница | 50 |
| 2. Данни по метода СРД на равнище “общо болници” | 51 |
| 3. Данни по метода СРД в други възможни разрези | 52 |
| Обобщение | 52 |
| Глава седма - Хр. Грива, Б. Давидов | |
| АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ | 54 |
| Общи положения | 54 |
| 1. Някои резултати на национално равнище | 54 |
| 1.1. “Брой на изписаните болни” | 54 |
| 1.2. “Структура на изписаните болни по класове болести” | 57 |
| 1.3. “Среден престой на изписаните болни по класове болести” | 58 |
| 1.4. “Среден разход на диагноза на изписаните болни по класове болести” | 59 |
| 1.5. “Разходи по класове болести” | 60 |
| 1.6. “Болничен капацитет — заети леглодни по класове болести” | 61 |
| 1.7. Някои съпоставки | 61 |
| 2. Резултати на локално равнище. Анализ на равнище болница 8 | 62 |
| 2.1. “Брой на изписаните болни” | 63 |
| 2.2. “Структура на изписаните болни по класове болести” | 63 |
| 2.3. “Среден престой на изписаните болни по класове болести” | 63 |
| 2.4. “Среден разход на диагноза на изписаните болни по класове болести” | 66 |
| 2.5. “Разходи по класове болести” | 66 |
| 2.6. “Болничен капацитет — заети леглодни по класове болести” | 66 |
| 2.7. Някои съпоставки | 66 |
| 3. Анализи на динамиката на показателите през 1999 г. спрямо 1998 г. | 67 |
| 3.1. Сравнителен анализ на СРД по видове болнични отделения | 69 |
| 3.2. Сравнителен анализ на СРД по видове болести | 69 |
| Обобщение | 70 |

| | |
|---|-----|
| Глава осма - Б. Давидов | |
| МЕТОДЪТ СРД ЗА АНАЛИЗ НА КЛИНИЧНИ И ИКОНОМИЧЕСКИ АСПЕКТИ В КОНКРЕТНА БОЛНИЦА | 71 |
| Общи положения | 71 |
| 1. Постановка на проблема | 71 |
| 2. Терапевтичните алгоритми в клиничен аспект | 71 |
| 3. Терапевтичните алгоритми в икономически аспект | 73 |
| 3.1. Анализ на средния разход за диагноза | 73 |
| 3.2. Анализ на разходите за един леглоден | 74 |
| 4. Отново алгоритмите в клиничен аспект | 76 |
| Обобщение. Терапевтичните алгоритми и СРД | 76 |
| Глава девета - Б. Давидов | |
| ПРОБЛЕМЪТ ЗА РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ НА РЕСУРСИТЕ. ПРОБЛЕМЪТ “ОРЕГОН” | 78 |
| Общи положения | 78 |
| 1. Теоретични постановки | 78 |
| 2. Оценка на съществуващата ситуация | 79 |
| 3. Оценка на ситуацията в средносрочен план | 79 |
| 4. Потребности от нов управленски подход: нови структури и функции, и нова парадигма | 80 |
| 5. Основни параметри на здравна програма | 80 |
| 6. Методът СРД и проблемът “Орегон” | 81 |
| Обобщение | 83 |
| Глава десета - Хр. Грива | |
| НАСОКИ ЗА УСЪВЪРШЕНСТВАНЕ НА МЕТОДА СРД | 84 |
| Общи положения | 84 |
| 1. Еднозначно дефиниране на болничните отделения | 84 |
| 2. Разработване на единна методика за определяне на разходите | 84 |
| 3. Решаване на проблема “изписани болни - преминали болни” | 85 |
| 4. Разширяване на номенклатурата на болестите | 85 |
| Обобщение | 86 |
| Глава единадесета - Б. Давидов | |
| ВЪЗМОЖНОСТИ ЗА ПРИЛОЖЕНИЕ НА МЕТОДА СРД: ПОГЛЕД НАПРЕД | 87 |
| 1. Публичните болници - производители и продавачи на болничен продукт | 87 |
| 1.1. Каталог на продукта | 88 |
| 1.2. Себестойност и пазарна цена на продукта | 89 |
| 1.3. Предоставяне на информацията на всички реални и потенциални купувачи | 89 |
| 2. Болничното обслужване в дигиталните пазари | 91 |
| Обобщение | 93 |
| ЗАКЛЮЧЕНИЕ - Хр. Грива | 94 |
| ЛИТЕРАТУРА | 96 |
| ABSTRACT | 99 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ | 101 |

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

- ДСГ** — Диагностично-свързани групи
- ИСИИ** — Информационна система “Икономическа информация”
- МКБ** — Международна класификация на болестите
- НЦЗИ** — Национален център по здравна информация
- ПГБ** — Първа градска болница - София
- СЗО** — Световна здравна организация
- СРД** — Среден разход на диагноза
-

ЗА МЕТОДА СРД И НЕОБХОДИМАТА ДИСКУСИЯ ПО ИЗМЕРИТЕЛИТЕ И РАЗХОДИТЕ НА БОЛНИЧНИЯ ПРОДУКТ

От започването на реформата в българската здравна система (т.е. от 1990 г.) се постави и въпросът за т. нар. “остойностяване”. Става дума всъщност за определянето на разходите, оттук и на себестойността, таксите, цените и други икономически параметри на лечението на отделно заболяване в българските болници, или както икономистите казват – за определянето на разходите за болничния продукт.

В решаването на този въпрос различни български специалисти и институции претърпяха и неуспехи, и някои успехи; и все пак никой досега не може да каже колко струва във всяко отделно болнично отделение, болница или във всички болници, лечението на един болен, например от захарен диабет или от исхемична болест на сърцето (ИБС).

Двамата автори се осмеляват да направят това – с предложението от тях метод всеки болничен мениджър може да изчисли тези (и за още 127 болести) разходи – за всяко болнично отделение. Събранныте и обработени под ръководството на авторите данни показват, че за всички наблюдавани болници средният разход за лечение на един болен от захарен диабет е от 238 лв. до 383 лв. и за болен от ИБС – от 221 лв. до 417 лв. (в зависимост от вида на отделението, в което е лекуван).

Задачата изглежда решена. Предлагат се: а) прост и елегантен метод; б) данни от двегодишни наблюдения на 134 (всички многопрофилни) болници, финансиирани от общините и на близо 3200 отделения в тях.

Точен ли е методът, верни ли са получените резултати?

Разбира се няма абсолютно прецизни методи и този също има определена степен на (не)точност. Самите автори посочват осем фактора, намаляващи точността му. Внимателни изследователи със сигурност ще открят още много такива фактори. В това направление ще започнат съмнения, спорове, анализи и нови разработки. По този начин ще се сложи началото на така дълго несъстоялата се научна дискусия по измерителите и методите за определяне на разходите на болничния продукт у нас. Това е необходимо и неотложно — от една страна световният опит предлага десетки видове измерители и методи, има и определени български изследвания в различни фази, появи се и методът СРД. От друга страна, здравната реформа напредва и към болничния сектор — предвижда се от 2001 г. болниците да започнат да се финансират именно по “единица болничен продукт”.

Следователно — всички условия за експерименти и научни дискусии са налице. Пожелавам “повече огън” в тях, както и по-нататъшни творчески усилия на двамата автори.

10 юли, 2000 г.

Проф. г-р Мирослав Попов, д.м.н.

ВЪВЕДЕНИЕ

МЯСТО НА МЕТОДА В ОБЩИЯ КОНТЕКСТ НА СЪВРЕМЕННАТА ПРОБЛЕМАТИКА НА ИЗМЕРВАНЕТО НА РАЗХОДИТЕ ЗА БОЛНИЧНИЯ ПРОДУКТ

Въпросите за измерителите, разходите и стойността на болничния продукт оживено се дискутират в научния печат по света, а от десетина години, макар и в по-ограничени мащаби, и у нас. Причините са, от една страна, огромното повишаване на разходите на болниците и загрижеността на финансиращите ги органи да получат по-точна представа за какво се харчат „техните“ средства. От друга страна, болниците все повече започват да прилагат утвърдените в индустрията методи за финансов мениджмънт, следователно техните мениджъри са силно заинтересувани от измерването на продукта на всяка една структурна единица в огромното болнично стопанство. Могат да се посочат още причини – изследователите се стремят към създаване на все по-прецисни методи за анализ и разпределение на финансовите средства за болнично обслужване на макро и на микромикономическо равнище, клиницистите са заинтересувани да получат инструмент за свързване на клиничната им дейност с финансови измерители и т.н. Важният извод е, че практически във всяка от многото публикации, свързани с болничния мениджмънт, горните въпроси се третират по различни начини.

Проблемите за установяване на разходите за болничния продукт понастоящем стават у нас особено актуални поради две причини. Първо – болниците се преобразуват като търговски дружества и оттук ще трябва да трансформират досегашното си икономическо поведение – от бюджетни заведения – без особени задължения и отговорности, в икономически субекти или фирми, които произвеждат и продават

в конкурентни условия своя продукт на други фирми. Второ — формират се икономически субекти, които ще започнат да закупуват болнични продукти — това като минимум са Националната здравно-осигурителна каса, дружествата за доброволно здравно осигуряване, частни здравни заведения, както и граждани, заплащащи определени болнични продукти “в брой”. Има и още едно съображение. Интеграцията на България в европейските структури безспорно ще наложи и включването на Българската болнична индустрия [26] в общия контекст на европейската. Това, заедно с всички други проблеми, ще изисква и унификация на терминологичния апарат и на съответните номенклатури със съответните европейски стандарти в тази област.

Заедно с това (*или поради това*) теоретичните и практически въпроси за измерването на болничния продукт и за определянето на разходите за неговото “производство” започват усилено да се разработват и от българските изследователи. В отделните раздели ще покажем и ще използваме някои от най-интересните разработки.

ГЛАВА ПЪРВА

СЪЩНОСТ И ИЗМЕРИТЕЛИ НА БОЛНИЧНИЯ ПРОДУКТ

Общи положения

По въпроса за същността и измерителите на болничния продукт има множество изследвания, и предложени подходи и измерители. Самото им многообразие показва огромните трудности в тази област. По-подробно изложение на тези въпроси е развито в друга наша работа [13]. Тук предлагаме само най-важните изводи.

Най-общо резултатите, ефектите, “продукцията” на болницата или болничният продукт се описват в две плоскости.

В едната плоскост продуктът се разглежда като резултат на изпълнението на мисията на болницата — да лекува или да подобрява здравето (*здравното състояние*) на пациентите си. По този начин болницата се представя като “произвеждаща” продукта здраве. Във втората плоскост болница-та се представя като “производствена система”, произвеждаща определен брой и вид услуги спрямо пациентите си — ще наречем този продукт болнични дейности. Както ще видим по-долу, в някои случаи не може да се постави ясна граница между тези два вида продукти. Тук ще направим преглед на най-съществените подходи за измерване на този продукт в двете плоскости.

1. Преглед на становища по същността и измерителите на здравето

1.1. Какво е здраве ?

Все още не съществува единна дефиниция за това, какво е здраве. Широко известното определение на СЗО за здраве като “състояние на пълно физическо, психическо и социал-

но благополучие, а не само отствие на заболяване и недъг” е интересно от няколко гледни точки. Първо, то насочва вниманието към факторите, които обуславят здравето — на само като определени физически параметри на организма, а като комплексна оценка на човека като елемент на човешкото общество. Второ, защото насочва вниманието към позитивните характеристики [14] — т.е. към оценка именно на здравето, а не на болестта. Трето, защото това определение не може да се използва за практически цели на измерването — никой не може да операционализира понятията “физическо”, “психическо” и “социално” благополучие, и да предложи надеждни измерители, които да ги характеризират.

1.2. Измерители на здравето

Във връзка с горното определение се поставят въпросите за измерване на здравето. “Класическите” измерители, използвани в тази област са показателите за количеството и качеството на живота, които се употребяват в здравната статистика. Те включват показатели като “средна продължителност на живота”, “болестност”, “заболеваемост”, “смъртност” и много други. Това са широко използвани показатели, чието основно предимство е относително лесната им регистрация. Повечето национални статистически служби събират рутинно подобни показатели за национални цели и за международни сравнения.

По отношение на здравното състояние след или във връзка с медицинска интервенция, в българската здравна теория все още липсва еднозначно определение. В клиничен аспект се използват термини, описващи състоянието при изписване: оздравял, с подобрене, без промяна, с влошаване, умрял [7].

2. Съвременни подходи за измерване на здравето

Недостатъчните аналитични възможности на тези показатели — и в клиничен и в икономически аспект, доведоха да развитие на усъвършенствани такива. В последните години

в англоезичните изследвания се появи проблемна област, означавана с понятия като “outcomes”, “health gains”, “outcomes measures”, “health status measures”, които е трудно еднозначно да се преведат на български език. Тук представяме кратък обзор на изследвания в тази област. (*По-пълно изложение на въпроса виж в [10]*).

2.1. Терминологични уточнения

В тази област се “изучава развитието на измерители на общото здраве и физическо функциониране; наблюдение на географските вариации на клиничната практика, разработване на рутинни бази от данни за мониториране на медицинското обслужване и измерване на ефективността на интервенциите”. В изследването на корпорацията РАНД, се поставя като цел “да се създадат сигурни и подлежащи на контрол инструменти за измерване на адекватността на медицинските интервенции, качеството на медицинските грижи, и здравния статус”. Други изследвания разширяват проблема — поставят си за цел да създадат измерители на здравето изобщо, без връзка с конкретна интервенция. Това измерване трябва да е възможно както за конкретен индивид, така и за някакво множество индивиди (*група болни, сегмент от населението на страната, цялото население на конкретна страна и пр.*).

В англоезичната литература изобилстват и различни наименования на тези феномени. Наред със споменатите “outcomes”, “health gains”, се използват и “health status instruments”, “benefits (of health care)” [31] и др. В последните години започна да се налага терминът “outcomes” и свързания с него “по-динамичен” термин “outcomes movement”.

По липса на по-точно определение предлагаме този резултат (*полза и т.н.*) да се нарече медицински ефект(*u*) или накратко — ефекти. Естествено, както всички други, и това определение е непълно — с него не могат да се обозначат измерителите на здравното състояние “изобщо без интервенция”, както и “преди” интервенцията.

2.2. Подходи за определяне на ефектите

Изследователската корпорация РАНД извършва “машабен социален експеримент”. В неговите рамки са създадени измерители за: физическото функциониране, общото здраве, социалното и ролево функциониране, психологичния дистрес и благосъстоянието на индивидите във връзка с медицинското им обслужване. Отделно изследване (*Medical Outcomes Study*) разширява обхвата на изследването на РАНД, като включва и по-възрастни, и по-болни пациенти. Главната цел е да се създаде концепцията за генеричен измерител на здравния статус (*generic health status measure*). Федералната агенция за здравна политика и проучвания (САЩ) разработва “нова важна изследователска програма, която трябва да усили ефективността и адекватността на здравните дейности и процедури”. Най-значителни нейни проучвания са тези от групата “ПОРТ” (*PORT – Patient Outcomes Research Teams*) — “мултидисциплинарни програми за идентификация и анализ на ефектите и стойността на алтернативни интервенции за определен брой клинични състояния”. “Интерстади” (*Interstudy*) е система, базирана на абонамент и е предназначена за “управление на здравните ефекти”. Целта ѝ е да се създаде технология за събиране, натрупване и разпространяване на опита на пациентите. Задача на разпространението е да се помогне на пациентите, здравните институции и финансиращите органи да правят по-рационален избор на адекватно медицинско лечение.

Единицата КАЛИ (*QALY – Quality Adjusted Life Years*) — човеко-години живот, коригирани с оценки за качеството на живота. Най-обща представа за същността на тази единица може да се получи при разглеждането на следния пример: оценяват се резултатите на даден вид лечение, като се съпоставят с тези, които се получават, ако това лечение не би се приложило.

Единицата ДАЛИ (*DALY – Disability-Adjusted Life Years*) — човеко-години живот, коригирани с оценки за качеството на нетрудоспособност.

Според J. Morris и A. Watt [32] като качество на здравето се измерват: психологичното функциониране (*самочувствие, емоционално състояние*), социално функциониране, психичен статус (*енергийно равнище, способност за извършване на ежедневна дейност*), симптоми, причинени от заболяване и /или неговото лечение. Една голяма група изследвания се базира на събиране на данни с въпросници. Такива са например: пет-индексният въпросник QL Index, двадесет и два-индексният въпросник Functional Living Index-Cancer, многоразмерният въпросник EORTC и много други.

Обобщение

Въпросите за измерване на здравето изобщо и по-специално на промените в здравното състояние на пациента, в резултат на медицинска интервенция, са предмет на огромно количество изследователска работа и, заедно с това, все още не са предложени еднозначно приети измерители.

Трябва да подчертаем, че голяма част от обсъжданите показатели се основават на извършването на анкетни проучвания или на специализирани изследвания. Това показва, че за тяхното използване не могат да се използват данните от рутинната статистика, което от своя страна безспорно увеличава разходите и оттук ограничава приложението им.

ГЛАВА ВТОРА

МЕДИЦИНСКИТЕ ДЕЙНОСТИ КАТО ИЗМЕРИТЕЛ НА БОЛНИЧЕН ПРОДУКТ

Общи положения

Болничният продукт се измерва в плоскостта “дейности” и се отчита количеството, респ. и качеството на извършени те (“произведените”) болнични дейности. Проблемът е в степента на диференциация на тези дейности и в избора на система за тяхното класифициране. Различават се няколко подхода [13].

Тук представяме накратко най-важните подходи.

1. Рутинни показатели

Във всяка национална здравна статистика (*вкл. и българската*) за отчитане на болничните дейности се използват показатели от вида “брой преминали болни”, “брой леглодни” — общо за болницата, респ. по видове болнични легла и/или по видове болнични отделения. За отчитане на дейността на по-тясно специализирани болнични звена се използват и показатели като “брой хирургически операции от даден вид”, “брой хемодиализи”, “брой кръвопреливания” и др. Дейността на параклинични звена се отчита (*предимно във вътреболничната отчетност*) по показатели от типа “брой изследвания (*процедури, манипулации и др.*) от даден вид” [7].

Предимствата на показателите от тази категория са основно тяхната простота и международна сравнимост. Недостатъците са в невъзможността им да отчетат по-детайлно сложността на проведеното лечение (*тежест на заболяването, сложност на проведеното лечение и пр.*).

Съществено предимство е и фактът, че за тяхното събиране и обработване на национално равнище не се изискват специфични разходи, доколкото те са включени в тези за поддържането на националната здравна статистика.

2. Диференциирани показатели за болнични дейности

Цялостната болнична дейност — както диагностичната и терапевтичната, така и параклиничната — се структурира на отделни единици дейности, систематизирани в класове, групи, подгрупи и т.н. Получават се едномерни и многомерни номенклатури на болничните дейности. Такива номенклатури се разработват на локално равнище (*за конкретна болница*), на национално и на международно равнище.

Български опит в тази връзка беше разработването на “Единен класifikатор на услугите в здравеопазването” [16], който така и не получи масово разпространение. В много чуждестранни здравно-осигурителни системи се използват разгърнати номенклатури на болнични дейности с над десет хиляди номенклатурни единици.

3. Проблеми на номенклатурите и кодовете на болничните дейности

Най-общо медицинските (*и в случая болничните*) дейности, могат да се дефинират по два основни параметъра: а) вид заболяване, във връзка с което се извършва дейността; б) вид на самата дейност. Другите параметри като “вид извършител”, “вид обект” (*пациент*) с неговите параметри (*възраст, пол и др.*), “вид място на извършване” и пр. са по-второстепенни и тук няма да ги обсъждаме.

Заболяването се дефинира понастоящем с широко известната класификационна система “Международна класификация на болестите” (*МКБ*) — девета ревизия. За анализ на качеството на грижите, използване на ресурсите и заплащане е разработен пакет “клинични модификации” към МКБ-9 — МКБ-9КМ.

Подготвя се внедряването на МКБ-10 (*десета ревизия*) и съответно на МКБ — 10КМ (*предвижда се това да стане към 2001 г.*).

Заедно с това в различни страни се използват редица други номенклатури на медицинските дейности. И. Мирчева [24] посочва, че “съществуват над 160 системи за кодиране”, като най-разпространените от тях са: “Международна класификация на процедурите в медицината” (*ICPM*) — СЗО, 1976 г.; “Система за кодиране на медицински и хирургични процедури” (*PCS*) — многоосна класификационна схема на Американската администрация по финансиране на здравеопазването; “Международна медицинска терминология” (*IMT*) и много други.

По-комплексни разработки представляват опити за разработване на медицински език със стремеж за обхващане на широк домен от медицински термини. Разработки от този тип са например: “Систематизирана номенклатура за човешка и ветеринарна медицина” (*SNOMED*), Проекта на Европейската Програма “Съвременна информатика в медицината” (*GALEN*), системата за универсален медицински език на Националната библиотека на САЩ (*UMLS*) [24].



За съжаление у нас все още няма публикувани данни за започнати оригинални или поддържащи изследвания в областта на номенклатурите на медицинските дейности и внедряването на някои от европейските стандарти. Можем да очакваме, че причините, дискутирани в увода, скоро ще наложат започването на интензивна работа в тази област.

4. Кейс-микс подходи

Опит за намаляване на големия брой номенклатурни единици в отделните класификатори е разработването на множество подходи, обединени с термина “кейс-микс”. Същността и приложението им се обсъждат широко в национални и между-

народни изследвания. Съществуват множество разновидности на тези подходи, като за първопричина на изследванията в тази връзка се смята появата на подхода “Диагностично-свързани групи” (ДСГ), разработен в САЩ. В редица страни (*Великобритания, Франция*) се разработват национални класификации, базирани на идеите на кейс-микс подхода. В последните години ДСГ са обект на изследване и от български автори (виж [19]). Л. Иванов, М. Ганова — Йоловска, Б. Константинов [18] описват реалното приложение на ДСГ с техни параметри и разходи в регионалния и вътреболничния мениджмънт.

Най-общо в ДСГ (*както и в другите подходи от този клас*) се правят опити многообразните параметри на болничната дейност, като вид болест, във връзка с което се извършва дейността, тежест на заболяването, наличие на допълнителни заболявания, вид на дейността, някои от параметрите на пациента (*например възраст*) и др., да се интегрират в едномерна номенклатура с ограничен брой единици (*495 за ДСГ, над 500 за британската HRG и пр.*).

Предимствата на подходите от този клас са основно в намаляването на броя на номенклатурните единици, с които трябва да работят болничните администратори. Доколкото са внедрени в практиката на отделни страни (*или на отделни болнични системи в тях*) те позволяват извършването и на международни сравнения. Ако за тези единици се определят съответните разходи (*национални средни или локални*) те могат да се използват и като единици за разплащане между болницата и съответната финансираща институция (*виж опита на САЩ, Португалия, Ирландия и др.*).

Недостатъците на тези подходи също широко се обсъждат — именно в ограниченията им възможности за описание на огромното многообразие на клиничната дейност и на болничния продукт в цялата му сложност.

Обобщение

Все още въпросът за създаване на универсални измерители на болничния продукт в аспект “болнични дейности” и

на утвърждаването на тяхна международно призната номенклатура не е решен на задоволително равнище. Очертават се два вида подходи — разработване на едномерни или многомерни номенклатури и създаване на езици, повече или по-малко доближаващи се до естествения, с които могат да се обхванат и формализират огромното множество дейности, както и свързаните с извършването им понятия и категории. В българската здравна система този въпрос предстои да се разработва, като се ползва международният опит и вече разработени европейски стандарти.

ГЛАВА ТРЕТА

СЪЩНОСТ И ИЗМЕРИТЕЛИ НА РАЗХОДИТЕ ЗА БОЛНИЧНИЯ ПРОДУКТ

Общи положения

Въпросът за определяне на разходите за “производството” на болничния продукт започват да придобиват съществено значение в последните години, поради причини, които маркираме във въведението. Той постепенно започва да ангажира вниманието на все повече наши изследователи, които предлагат и различни подходи за тяхното установяване.

Някои методични въпроси по дефинициите на базови понятия в тази област и по недостатъците на съществуващите методики обсъждат В. Василев, А. Петков и А. Александров [3]. Л. Иванов, Е. Делчева, М. Попова, Т. Стоянова [17] описват приложение на подхода “стъпка надолу” за разпределяне на болничните разходи и оптимизация на някои параметри на болницата. Цв. Зафирова [20] анализира въпроса за контрола на болничните разходи и някои възможни инструменти за това. В статията се анализират и разработват различни модели на конкурентно поведение на болниците в пазарна среда. Т. Стоянова, В. Асенова и А. Андреева [30] предлагат въвеждането на “вътрешен пазар” в болничната икономика — т.е. “всяко звено потребител на услуги, да ги закупува от звената доставчици — ... по цени..., базирани на директните разходи на звената”. По-нататък те предлагат разпределение на бюджета на стационара по отделения на базата на преминалите болни и на тежестта на лекуваните заболявания. Р. Русев [29] описва един подход за икономически анализ на лечебната дейност на болницата, базиран на показателя “обем на дейността”, в който се отчита броят на пациентите и точките, изразяващи тежестта на заболяването им. Л. Иванов, М. Ганова — Йоловска и Б. Константинов

[18] обсъждат равнището на достоверност на медицинската информация, събирана в един български експеримент за определяне на разходите за отделни диагностично-свързани групи. Б. Давидов [11] разглежда някои методични въпроси на определянето на разходите на болничния продукт. Запознаване с опита на британските болнични мениджъри в тази област предлага изследването на Хр. Грива [8]. Разбира се това е един неизчерпателен преглед на някои характерни разработки в тази област.

Независимо от това относително множество на изследвания, все още липсва достатъчна методологична база, съществуващи информационни системи в болниците не осигуряват достатъчна и надеждна информация, липсва ориентация към използването на богатия международен опит в областта на съответни номенклатури и подходи. Все още не са разработени, утвърдени от науката и приети от практиката методики, които да служат като оперативен инструмент на нашите болнични мениджъри.

1. Подходи за определяне на разходите за единица болничен продукт

Приемаме, че въпросите за същността и измерителите на болничния продукт са решени на някакво задоволително равнище и е избрана система за описание и кодиране на съответния болничен продукт. Поставя се на дневен ред въпросът за определянето на разходите на болницата за “производство” на единица от този продукт. Тук ще изложим становището си, че подходите за определяне на разходите са практически независими от вида измерители на този продукт.

Или — всички подходи за определяне на разходите, които ще разгледаме по-долу, са еднакво приложими за който и да е вид болничен продукт.

Според степента на детайлност, а оттук и на точност на подходите за определяне на разходите, те са разгледани на няколко последователни равнища [13]. Тук ги представяме накратко.

Равнище 1. “Методика за разделно отчитане на разходите”

Съгласно “Методика за разделно отчитане на разходите...” [15] болничните разходи се отчитат по бюджетни параграфи и се разпределят по определени правила между стационарните отделения. На базата на количеството на продукта и на разходите се получават стойностите на “разход за единица продукт”, а именно: “среден разход за един преминал болен”, “... за един леглоден”, “... за един преглед” — общо за болницата, и по кабинети и отделения (*виж Бюлетин “Икономическа информация”*). Характерна черта на подхода е, че разходите на параклиничните звена, на болничната администрация и на стопанските звена се включват (*разпределят*) в общите разходи на отделенията.

Предимството на този подход е неговата относителна простота. Болничните статистици и икономисти се справят без особени затруднения с отчитането на показателите — годишно и на по-малки интервали. Недостатък на подхода е неговата ниска точност — разпределянето на разходите по болнични отделения става по приблизителни критерии.

Усъвършенстване на подхода предлага М. Попова [27]. С него точността на разпределението и определянето на разходите се повишава, без обаче да се променя радикално философията, а оттук не се премахват и недостатъците на подхода.

Равнище 2. “Отчитане на разходите в предметен план”

За да повишат точността на отчитането на разходите, редица наши болнични мениджъри отчитат както разходите на болничните отделения, така и разходите на специфични звена като например: клинична лаборатория, аптека, кухня, консумативи и пр.

Този подход повишава точността на отчитането на разходите. Заедно с разходите по отделения се получават и разходите на другите звена за “производство” на т. нар. “междинен продукт”. Така има възможност да се определят разходите за

извършване на едно изследване от даден вид, за една манипулация от даден вид, за една рентгенова (*друга*) снимка от даден вид и пр. Тези разходи могат да се добавят към или интегрират в разходите на всяко отделение за съответния продукт, и така да се повиши точността на анализа и на съответните управлениски решения.

Равнище 3. Метод “ABC”

Подходът се разглежда като формализирана детайлизация на гореописания. При него всяко болнично звено се дефинира като разходен център, “произвеждащ” някакъв междинен и/или краен продукт. Разходите на взаимосвързаните центрове се преизчисляват и така се определят крайните разходи за крайния болничен продукт. Практическо приложение на подхода описват Л. Иванов, Е. Делчева, М. Попова и Т. Стоянова [17].

Това е най-точният подход за определяне на разходите в структурен и предметен план, но приложението им изисква значителна изследователска работа, което го прави най-скъп за рутинно приложение.

Равнище 4. Подход “Индивидуални разходи”

При този подход се определят индивидуалните разходи за всеки отделен пациент.

В Глава първа по-горе разгледахме проблемите по измерването на болничния продукт и множеството прилагани номенклатури на болничните дейности. Ако тези номенклатури са достатъчно детайлни и обхващат по-голямата част от извършените спрямо пациента медицински дейности, тогава проблемите тук се свеждат само до въвеждане на коректна система за регистрация.

Всяка конкретна извършена дейност за (*спрямо*) някой конкретен пациент А.Б.В., се регистрира и отчита за този конкретен пациент. Средните разходи за всяка дейност са предварително определени в “ценоразпис”¹ към номенкла-

¹⁾ Тук понятието “ценоразпис” се използва условно. В случая не става дума за цени на дейностите, а за разходи за тяхното извършване. Цените се определят по други способи, за други цели – например продажба на продуктите на икономически субекти извън болницата (виж [11]).

турата. Оттук индивидуалните разходи за пациента А.Б.В. се получават посредством събиране на всички разходи, за всички извършени за него дейности. В резултат се получава сумата на разходите за лечение на конкретния пациент А.Б.В.

2. Обсъждане на възможната степен на точност на определяне на разходите

Дискусията в този аспект трябва да протече между двата полюса – разходи и ефективност. Голямата точност на определяне на разходите за болничен продукт повишава възможностите за ефективно управление на болницата като цяло и на всяко отделно нейно звено. А ефективно управление означава по-малко разходи на болницата за единица продукт и при определени условия – по-добри позиции в пазарната ситуация. Но по-голямата точност изисква влагане на повече ресурси в информационното осигуряване на икономическите и медицинските процеси. При винаги ограничените болнични ресурси очевидно е, че във всеки определен период болничното ръководство ще трябва да търси рационален баланс между тези полюси.

Ето някои възможни опорни точки за търсене на такъв баланс.

1. Поради самата същност на болничните разходи, максималната точност на определяне на разходите за единица болничен продукт е строго лимитирана.

Вземаме за пример хипотетичния пациент А.Б.В. и разглеждаме индивидуалните разходи за неговото лечение. За максимално точно отчитане на разходите, направени за лечението му, се изисква наличието на: а) максимално детайллизирана номенклатура на всички болнични дейности; б) определяне на средните разходи за всяка дейност от тази номенклатура; в) регистрационна система, отчитаща количеството дейности, извършени спрямо този конкретен пациент; г) система, позво-

ляваща максимално точно отчитане на общоболничните разходи и отнасянето на съответния дял от тях към “сметката” на пациента А.Б.В.

Може да се обсъжда въпросът, доколко е рационално въвеждането на методология и осигуряваща я информационна система за индивидуално определяне на разходите за конкретен болен при съпоставката “разходи — точност”.

2. Въвеждането на детайлни номенклатури на медицински дейности от типа на номенклатура на лабораторните изследвания, на манипулациите, на хирургичните интервенции и пр., на равнище “отделна болница”, трябва да става изключително предпазливо. Първо — защото разработването им на локално равнище е общо взето скъп процес. Второ — защото рано или късно ще се разработят такива номенклатури на национално равнище и ще се наложи най-малкото синхронизирането на локалните с националните.
3. Въвеждането на национални номенклатури трябва задължително да става с оглед на възможностите за свързване на тези номенклатури с европейски и международни номенклатури и стандарти. Тук трябва да се имат предвид най-малкото следните съображения. Първо — въпросите на единната статистическа отчетност, които по всяка вероятност ще станат актуални в един средносрочен период. Второ — въпросите на обмен на медицински, статистически и икономически данни в рамките на единното европейско, а и световно информационно пространство, които стават актуални с глобализацията на информационните системи.
4. Въвеждането на единни правила и подходи за определянето на разходите за отделните видове дейности в национален мащаб е задължително (*виж например оти-*

*та на Великобритания*²⁾). Целесъобразно е съществуващата “Методика ..” да се усъвършенства радикално или замени с друга. Хр. Грива [8] предлага опорни точки за разработване на такава универсално приложима методика. Само по този начин бъдещите локални разходи на отделните болници за един и същ продукт ще бъдат съпоставими в национален мащаб. В някакво по-далечно бъдеще доста вероятно ще се постави и въпросът за разработване на международно съпоставими методики.

Обобщение

Все още на “изследователския пазар” няма предложени достатъчно апробирани методи за определяне на болничните разходи, които да отговарят на противоречивите изисквания: висока точност, ниски разходи за приложение, широко приложими (*във всички български болници*), международно съпоставими и др. Предложените до момента методи отговарят само на някои от изискванията. Има очертана потребност от метод, който да е бързо и лесно приложим, и оттук да изисква минимални разходи за внедряването му, да е внедрим в 100 % от наблюдаваните обекти (*във всички болници, обхванати в информационната система “Икономическа информация” на НЦЗИ*) и да осигурява значително повисока точност от досегашния метод на “разделно отчитане на разходите”.

Тази потребност очерта и изследователската рамка, в която е разработен методът “среден разход за диагноза”, развит в следващите глави.

²⁾ Министерството на здравеопазването на Великобритания редовно публикува ръководни и инструктивни материали (*guidelines*), регламентиращи отделни подходи, в това число и по определянето на разходите на болниците.

ГЛАВА ЧЕТВЪРТА

МЕТОД “СРЕДЕН РАЗХОД НА ДИАГНОЗА”. МЕТОДИКА НА РАЗРАБОТВАНЕ

Общи бележки. Уточняване на термини и понятия

Преди всичко трябва да отбележим, че избраното от нас название на метода не отразява точната му същност. Първо, защото става въпрос за разход за лечение на пациент (*на конкретен пациент или на група пациенти*), а не на диагноза. Второ — защото диагнозата не се лекува — лекува се заболяването или болестта. Видът на конкретната болест (*основна, водеща, съпътстваща и пр.*) на свой ред се определя според Международната класификация на болестите (*засега Девета ревизия*).

Оттук и разходите, извършени за лечението на конкретен пациент, или обобщено — средните разходи за лечение на група пациенти, в точния смисъл на понятието представляват “средни разходи за лечение на група пациенти, страдащи от определена болест (*или група болести*)”. Естествено това название е дълго, плюс това в клиничната практика терминът “диагноза” (*в контекста на наличие на определена болест*) е придобил гражданственост. По тази причина предлагаме като съкратено название на въпросния метод именно “среден разход на диагноза”, съзнавайки неговата до известна степен неточност и условност.

Има нужда от още едно уточняване. Дотук обсъждахме термина “пациент” в болница, а не термина “болен”. Пациент е по-точен термин, защото не всички пациенти са болни. Типичен пример са родилките с нормално раждане. Независимо от това, тези родилки в термини на МКБ се класифицират със съответен код на болест — код 650. Значи в тези термини можем с известна условност да използваме обоб-

щаващия термин “болест” и “болен”.

Заедно с това, в икономически план, един от икономическите показатели, използвани в проучването, е прието (*исторически*) да се нарича “среден разход на преминал болен”, а не на пациент, което е още един довод за използване на термина “болен”.

Не можем в едно проучване да уточним, още по-малко да променим вече утвърдили се термини. По тази причина ще ги използваме в установените им значения, като имаме предвид настоящите бележки.

1. Цел и обект на проучването

Целта на проучването е да се установят “средните разходи за лечение на болните, страдащи от определена болест или група болести”, или на “средните разходи за диагноза” — на равнище болнично отделение в отделна болница, и съответно обобщаване на тези показатели нагоре по йерархични равнища до равнище “всички общински болници”. Но тези показатели не се наблюдават в отделните болници.

По тази причина като обект на проучването се определяха показатели, които се наблюдават и регистрират във вътрешната болнична отчетност. Това са показатели “изписани болни от дадена болест (*група болести*)” и “среден престой на изписани болни” — по видове отделения и по болести и групи болести, както и показателя “среден разход на един преминал болен” — в аналогични разрези. За регистрацията на тези показатели разработихме специална статистическа форма — *Приложение 10 към Отчет 365*. Тези форми, попълнени след края на дадена календарна година от всяка болница — обект на проучването, постъпват в НЦЗИ.

На базата на тези показатели по определен алгоритъм се изчислиха “средните разходи за диагноза” (*в съответните разрези*) и така се постигна целта на проучването.

Поставя се въпросът, защо е избран показателя “изписани болни”, а не по-обичайния и по-разпространения пока-

зател “преминали болни”. Основанията ни са няколко:

1. Съгласно концепцията за “Европейски минимален набор от базови данни” (*European Minimum Basic Data Set*), т. 8 [33] продължителността на лечение в болницата се отчита по два параметъра:

- а) престоя в отделението,
- б) престоя в болницата.

Престоят в отделението описва параметри и специфични характеристики на лечението (*особено при преминаване в различни отделения*), което показателят “престой в болницата” не може да отрази.

2. Показателят “изписани болни” се регистрира във всяка болница — обект на проучването, на равнище болнично отделение по конкретни болести (*по МКБ – 9*).

3. За целите на националната статистика в болницата се събират данни и рутинно се попълват статистическите документи — *Приложение 5* и *Приложение 6* към *Отчет 365*. Оттук попълването на данни за предложението от нас документ *Приложение 10* не представлява методологичен проблем, а е по-скоро технологичен, който относително лесно беше решен.

2. Обхват на проучването

Взе се решение да се обработят данни за всички изписани болни, лекувани във всички обединени районни и общински болници. Тук ще използваме за краткост термина “общински болници” — 134 на брой, които определят обхвата на проучването. Болниците (*и получените данни*) са групирани в пет групи според броя на болничните легла в тях (*вижт. 7 “Използвани номенклатури”*).

От всяка болница се събират данни от всичките отделения, което прави около 3 190 наблюдавани болнични отделения.

Университетските болници и националните центрове не се включиха в проучването поради няколко причини, воде-

ща от които е тяхната висока специализация и многото специфични характеристики на болничния им продукт.

3. Общо описание на метода

Две бяха основните изисквания при разработването на метода. Първото беше от болниците-обект на наблюдение да се предоставя рутинно в НЦЗИ цялата необходима изходна информация. Или събирането на необходимата информация да не изиска големи допълнителни вложения на усилия. Известно е, че влагането на допълнителни усилия по събирането на информация в болниците налага влагането на допълнителни ресурси (*персонал, технически устройства, време*). В сегашните условия на дефицит на здравни ресурси да изискваме изразходването на такива допълнителни ресурси от всичките изследвани 134 общински болници би било най-малкото неетично.

Второто изискване беше т.нар. от нас “правило на най-малкия общ знаменател”. Това означава следното — в доста болници се събира значителен обем информация за диференциране на болните по видове (*класове, групи, подгрупи и пр.*) болести³⁾. В същите или в други болници се наблюдават едни или други разходи — вкл. и на равнище конкретен болен⁴⁾. В редица други болници обаче (*и те за съжаление са болшинство*) не се прави нищо по тези въпроси. За да можем да обработим надеждна информация от общинските болници, като имаме предвид първото изискване, трябваше да започнем с информация, която НЦЗИ в настоящия период получава именно от всички болници.

След проучвателна работа се установи, че в болниците от общ тип за целите на националната статистическа от-

³⁾ В тях има различни информационни системи, позволяващи това — например в Първа градска болница — София има такава система.

⁴⁾ Аналогично в тях има различни информационни системи, позволяващи това наблюдение — например в ОРБ Велико Търново.

четност се събират и обработват данни за изписаните болни и за проведените леглодни за попълване на *Отчет 365 – Приложения 5 и 6*. В тези приложения се използва второто йерархично равнище на МКБ, съгласно което болестите се дезагрегират в 129 групи (*отделни типични болести, групи болести, подкласове и класове болести, като класовете са от I до XVII вкл.*). По подобие на тези приложения, специално за целите на настоящото проучване, разработихме нова статистическа форма – *Приложение 10*.

От данните в *Приложение 10* в НЦЗИ по определен алгоритъм изчислихме средния престой на болните – от всяко отделение, за всяка група болести, на всяка болница. От средния престой и данните за средния разход на един леглоден в съответното отделение, по определен алгоритъм получихме величината на показателя “среден разход на диагноза” – за болест (*група, клас болести*), в дадено отделение и болница.

Оттук нататък данните се обобщават в различни направления – по видове отделения, по видове болници, по групи и класове болници, докато се стигне до данни на равнище “всички болници” – в страната.

4. Входна информация

За входна информация използвахме следните източници на данни:

1. Документ “Приложение 10” към *Отчет 365*.

В това приложение използвахме номенклатура на болестите на лекуваните в стационара болни със 129 групи (*идентична с тази от Приложения 5 и 6*) – за улеснение на работата на болничните статистици. За номенклатура на видовете отделения приехме тази, която се използва в информационната система “Икономическа информация” (*повече виж в т. 7 “Използвани номенклатури”*).

В отделните полета на *Приложение 10* специалистите от всяка болница попълват данни за:

- брой изписани болни от всяко болнично отделение и по всяка номенклатурна единица на болестите;
 - брой проведени леглодни от тези болни.
2. Информационна система “Икономическа информация” (*ИСИИ*) в НЦЗИ.
- От нея се използват данни за средния разход на преминал болен във всяко конкретно болнично отделение.

5. Теоретична същност на метода

1. Приемаме, че средният разход на болни от дадена болест (*група болести*) в дадено отделение е пропорционален на средната продължителност на престоя — измерена в “брой дни”.
2. Посредством допълнителна обработка на данните от *Приложение 10* определяме средната продължителност на престоя — по групи болести и за всяко отделение.
3. Вземаме (*от ИСИИ*) средния разход за един леглоден в даденото отделение. Въвеждаме данните в съответните полета на таблиците.
4. Умножаваме величините: “брой леглодни” по “среден разход за един леглоден”.
5. Получаваме величината “среден разход на диагноза” (*СРД*) — или средния разход за лечение на болест (*група болести*) в дадено отделение.
6. Оттук нататък посредством обобщаване на данните получаваме данни във всеки желан разрез: СРД общо за болница, в това число СРД по видове отделения и СРД по групи болести; СРД по групи болници — аналогично; СРД общо за всички болници — в аналогични разрези.

В процеса на анализ на резултатите ще покажем и ще използваме такива обобщени данни и ще демонстрираме на практика някои от възможните разрези и равнища на обобщаване на данните за СРД.

6. Тестване на метода. Пилотно проучване

Преминаването към пълномащабно наблюдение изискаше задължително тестване на целия инструментариум: на възможностите за попълване и за използваемостта на данните от първичния документ; на методиката за изчисляване на крайните резултати; на технологията на обработка на големи масиви информация; на някои от възможностите за анализи и използване на данните.

Любезно съгласие за тестването ни беше дадено от д-р А. Милкоева — директор на Първа районна болница — София. Така първият макет на *Приложение 10* беше разработен от нас, и тестван и коригиран именно в тази болница. Разработена беше и съответната технологична база за обработка на данните.

Д-р Милкоева беше и първият краен потребител на данните за СРД в нейната болница. Получихме нейното авторитетно становище, че тези данни могат да бъдат полезен инструмент във вътреболничния мениджмънт, което ни даде необходимата сигурност за ползата и насоките на пълномащабно приложение на метода.

7. Използвани номенклатури

Както посочихме по-горе, основното съображение, което имахме предвид при разработването на метода, беше използването му да не е свързано с допълнителни усилия на медицинския персонал. Допълнителните усилия изискват средства за допълнително обучение, време за привикване, допускане на неизбежни грешки и полагане на усилия за контрол и отстраняване. А това изиска и допълнителни ресурси, което осъкъпява метода. Дотук става дума за етапа “разработване на метода”. А ако се стигне до масовото внедряване на метода, изискванията за лекота на използването, за прозрачност и лесен контрол на резултатите, както и за приложението му без използването на компютърна техника, са

просто задължителни⁵.

За да избегнем това осъкляване използвахме съществуващите в практиката категории и показатели, както и съществуващите в статистическата отчетност номенклатури, които са следните:

7.1. Списък на болниците

Използва се обикновен списък на болниците, който се употребява в информационната система ИСИИ.

7.2. Групи болници

Използва се групирането на болниците в пет групи, регламентирано с документа “Единна методика за разделно отчитане на разходите ...” [15]. Съгласно нея и последващи нейни корекции [1] общинските болници са диференцирани в пет групи според броя на леглата, с които разполагат, както следва:

Първа група

ОРБ с междурайонни функции и градските болници в София, Пловдив и Варна;

Втора група

ОРБ и общински болници с 500 и повече легла;

Трета група

общински и работнически (*през периода*) болници с легла от 250 до 500;

Четвърта група

общински болници с легла от 100 до 250;

Пета група

общински болници с до 100 легла.

⁵⁾ В ерат на информационните технологии това изискване звуци едва ли не архаично. Имаме предвид обаче реалната ситуация днес и сега. В повече от три четвърти (според оптимистична оценка) от въпросните болници няма каквито и да е компютърни технологии, използвани в рутинната статистическа отчетност. По тази причина масовото въвеждане на какъвто и да е сложен метод, базиран на нуждата от използване на такава техника, е практически невъзможно. Разбира се, когато всяко заведение се снабди с такава техника, най-простото нещо е както този, така и много по-ресурсемки методи да се “компютризират”.

Колкото и спорно и условно да е това делене, то има две предимства:

- a) просто е за контрол и приложение (*в сравнение с редица предлагани по-точни, но по-сложни методи*);
- b) позволява получаването на резултати, които наистина са свързани с големината на болниците, измерена посредством броя легла.

Разбира се получените резултати лесно могат да се преизчислят във всяка желана групировка. Например — само за обединени районни болници, само за общински болници, само за определен регион (*област, община, населено място и пр.*)

7.3. Видове отделения

Поради спецификата на метода се налага използване на данни за разходите по болнични отделения. Затова като номенклатура на болничните отделения използваме тази, приложена в ИСИИ. Съгласно нея видовете отделения във всички 139 болници са 41.

Съображенията ни са аналогични — за целите на ИСИИ болничните статистици групират болните по отделения именно по тази номенклатура. Трябва да отбележим, че липсата на официално утвърдена номенклатура на болничните отделения съществено затруднява както болничните статистици, така и обработката на данните в НЦЗИ. В отделни болници има отделения със сходни функции но с различни названия, което значително затруднява съответните статистици при поставянето на данните в съответните раздели на номенклатурата (например: кардиологично отделение и ревмокардиологично отделение; отделение за реанимация, анестезиологично отделение и пошироко разпространеното отделение за анестезиология, реанимация и интензивно лечение (*ОАРИЛ*)).

7.4. Класове, подкласове, групи и отделни болести

Номенклатурата, разработена в документа *Приложение 10*, представлява всъщност второто равнище на дезагрега-

ция на Международната класификация на болестите (*МКБ*) — девета ревизия. Това равнище съдържа 129 номенклатурни единици, като видовете болести са показани в различни групи. Някои видове са дадени конкретно, някои са агрегирани в различни подгрупи, групи и пр. Най-обобщеното равнище съдържа 17 класа болести.

Трябва да подчертаем един съществен недостатък на тази номенклатура, който произтича от първоначалните недостатъци на номенклатурата, използвана в *Приложения 5 и 6*. Той се състои в това, че в отделните групи болести няма графа “други”, която да послужи за извършване на аритметичен контрол на въведените данни. Така статистиците и на локално, и на национално равнище, не могат да проверят пряко достоверността на попълваниите данни.

7.5. Видове разходи

Използвана е номенклатурата на видовете бюджетни разходи според последната ѝ актуализация от ИСИИ.

7.6. Използвани показатели

Използвахме следните показатели:

- ◆ среден престой на един болен (*в дни*) — в класическото му определение;
- ◆ среден разход на един леглоден (*в лева*) — аналогично;
- ◆ среден разход на диагноза (*в лева*) — разходи за лечение на болен от дадено заболяване — според предложенната тук номенклатура на болестите.

8. Използван програмен продукт

За целите на изследването използвахме програмния продукт от клас “електронни таблици” (*ET*) — в случая EXCEL за Windows. Предимствата на този клас продукти специално в икономическите разработки на информационни системи, изследвания, анализи и др. бяха оценени от нас още при появата на персоналните компютри. Последващи приложения на продук-

ти от този клас в работата на лаборатория “Информационни системи и модели” на НЦЗИ потвърдиха това становище.

Най-общо тези предимства са в следните насоки:

- а) Работата с продукта се усвоява бързо и без продължително специализирано обучение — така експертите по обработка и анализ на икономическата информация на Центъра сами разработват: макети на входни документи, технология на въвеждането на данните, алгоритми на обработка на резултатите, както и макети на изходните документи.
- б) Продуктът позволява организирането на информационни масиви и бази данни, от които лесно може да се извлече, обработи допълнително и преформатира информация за последващи аналитични разработки.
- в) Графичните възможности на продукта са достатъчни за разработване на необходимото количество диаграми.

За целите на въвеждането на данните се разработи ЕТ, която е точно копие на хартиения документ *Приложение 10*. Таблицата съдържа 10 578 полета за въвеждане на данни.

9. Проблеми на контрола при въвеждане на данните

Запазването на табличния формат на данните позволява във всяка ЕТ да се извърши формален, аритметичен и логически контрол на верността на въведените данни.

1. Извършва се аритметичен контрол на верността на въведените данни — въвеждат се контролни сборове по вертикална и по хоризонтала за всички данни, за които това е възможно. Вече споменахме, че за броя на болните по болести и групи болести този контрол в общия случай е силно затруднен поради изтъкнатите причини (*вижт. 7 “Използвани номенклатури”*).
2. Извършва се контрол на наличието и съответствието на данни от трите вида: данни за наличието на болни,

за наличието на данни за средния им престой и за наличието на разходи в съответните отделения. Липсата на данни от един от видовете е сигнал за грешка, която се анализира.

3. Извършва се контрол за логичността на едни или други данни и се прави сверка с първичните документи. Приема се, че тези данни са верни и процедурата продължава.

10. Използвана методика за обработка на данните

За осигуряване на възможности за максимален контрол на данните по целия технологичен процес на обработката се предвиди максималното им съхраняване във вида, в който са въведени. Стремежът ни беше по време на целия технологичен процес да се използват едни и същи макети — на хартиени документи — идентични със (*или близки до*) съответните електронни таблици.

За целта данните от отделните болници в *Приложение 10* в хартиения му вариант се въвеждат в ЕТ — идентична с формата на *Приложение 10*. Оттук нататък процесът се разделя в два потока — в две самостоятелни ЕТ:

- a) ЕТ с данни за средния престой — по отделения и по болести — в нея се въвежда средният разход на един леглоден и се получава показателят “среден разход на диагноза”;
- b) ЕТ с данни за броя преминали болни — по отделения и по болести, която служи за други разчети.

Оттук нататък по определена технология данните от двете ЕТ се обобщават в необходимите групи и се получават изходни таблици — във вид на ЕТ и/или във вид на хартиени таблици.

Обобщение

С оглед на постигане на максимална ефективност на метода — т.е. получаване на максимално детайлни данни в необходимите разрези, изчерпателен обхват на изследваните

обекти и минимални експлоатационни разходи, се разработи настоящият метод СРД. Той се базира основно на събирана в болниците информация, нейното пренасяне на специални отчетни форми и обработката на тези форми по определени алгоритми на национално равнище.

ГЛАВА ПЕТА

ПРОБЛЕМИ НА ТОЧНОСТТА НА ПОЛУЧЕНИТЕ РЕЗУЛТАТИ

Общи положения

Както при всеки метод проблемът с точността на получените резултати е основен. Нашето становище обаче е, че този проблем трябва да се оценява през два допълнителни “филтъра”.

Първият “филтър” е количеството ресурси, необходими за приложението на този метод — в настоящия му вид. Това количество трябва да се съпостави с количеството ресурси, необходими за:

- ◆ определено повишаване на точността на този метод;
- ◆ разработване и внедряване на друг алтернативен метод, осигуряващ по-висока точност на резултатите.

Вторият “филтър” е практическата необходимост от някаква степен на точност на резултатите. За различни цели и за различни управленски задачи тя може да варира от максимално възможна точност (*да приемем, че това е 100 % точност*) до приемлива за дадената задача степен на точност.

1. Преглед на факторите, влияещи върху точността на метода СРД

Основните фактори, влияещи върху степента на точност на получените резултати, са следните:

1.1. Точност на определяне на кода на болестта според МКБ

Това е изключително сложен въпрос от сферата на клиничната практика. Известни са дискусии по диференцирането на водеща от съпътстващи диагнози, по отразяване-

то на съществуващите заболявания в статистическата документация и пр. Тези въпроси са извън нашата компетентност и за това приемаме, че точността на предложения метод в този аспект е идентична с точността на регистрация на диагнозата, resp. на болестта по МКБ в първичната болнична отчетност, а оттук и в статистическата отчетност.

1.2. Точност на диференциране на болничните отделения

В т. 7 от Глава четвърта “Използвани номенклатури” обърнахме внимание на проблема за липсата на единна национална класификация на болничните отделения. Следователно всяка възможна единна номенклатура създава предпоставки за грешки, когато статистиците от конкретна болница се опитват да поместят данните от техните отделения в “клетките” на определена номенклатура. Подчертахме, че това затруднение е особено типично в отделения като: кардиологично и ревмокардиологично, отделение за реанимация, анестезиологично отделение и по-широко разпространеното отделение за анестезиология, реанимация и интензивно лечение (*ОАРИЛ*). По тази причина данните за този тип отделения на национално равнище трябва да се приемат предпазливо и с допълнителни уточнявания по първичните документи.

1.3. Точност на регистриране на болните с дадени болести в отделенията

При анализа на данните на национално равнище прави впечатление наличие на болни от дадена болест в отделения, в които това изглежда нелогично. Например – наличието на болни с болести от клас V “Психични разстройства” в 28 вида от всичките 41 вида отделения, в това число и в дерматовенерологични отделения (!). Подобни проблеми са налице за много видове и класове болести. Справката ни с първичните документи от отделните болници показва, че наистина има такива болни в такива отделения. Данните от 1999 г.

показват, че това не е случайно явление.

Оттук нататък се поставя въпросът за точността на определяне на болестта и нейното регистриране в различните отделения на конкретна болница, който е далеч от нашата компетентност.

1.4. Наличие на болни с параметри, значително различаващи се от средните величини

Това е известен в статистическите изследвания феномен. В анализите на подхода “кейс-микс” тези данни се наричат аутлайери (*от англ. outliers*⁶). По правило такива данни по определен алгоритъм се елиминират или се включват в общата съвкупност по допълнителни правила.

В нашето изследване това не е направено по съвсем очевидни причини. Това е първо наблюдение на равнището на тези показатели. Редно е те да се представят на вниманието на експертите именно във вида, в който са получени, без каквато и да е “намеса”. По-нататъшни допълнителни изследвания — както наши, така и на всички, които проявят интерес в това поле — ще помогнат да се изясни количеството и интензивността на тези аутлайери и да се разработят алгоритми за намаляване на неточността, която те внасят в общите резултати.

1.5. Точност на диференциране на разходите по болнични отделения

Това е принципен проблем на точността на метода, регламентиран с действащата “Методика за разделно отчитане на разходите...”. Нейната относителна точност, както и насоки за повишаването ѝ са дискутиирани [28]. Публикувани са опити за приложения на методи с по-голяма точност на

⁶⁾ K. Russel-Babin [34] привежда известната дефиниция за аутлайерите като “извън предвижданията”. В по-развит вид тя ги обяснява като “пациенти, за които се превишават общоприетите очаквания за продължителност, сложност и разходи за техния епизод на лечение”.

диференциране на разходите. В литературата и в практиката на чужди и наши заведения се обсъждат предимствата и недостатъците на множество методи за определяне на разходите за болничния продукт [13]. В някои български болници понастоящем (*например в Ямбол, Велико Търново и др.*) има информационни системи, позволяващи диференцирането на разходите за преминал болен на индивидуално равнище (*инф. на авторите*).

Все още обаче не е създаден метод, който да е достатъчно ефективен, евтин и универсално приложим, за да може с него да се регистрират данни за диференциране на разходите във всички 134 болници. Доколкото именно това е нашата цел, ние трябва да се примирим със съществуващата неточност на този метод. Разбира се, когато и ако се внедри масово подобрен или качествено нов такъв метод, ще се повиши и точността на метода СРД.

1.6. Разлика между параметрите “изписани болни от отделение X” и “преминали болни в отделение X”

Известно е, че това са различни величини поради различната методика на изчисляването им. По-горе изяснихме основанията си за използването на параметъра “изписани болни”, с което се допуска определена грешка в разчетите. Нправихме някои изчисления за определяне на размера на тази грешка. На локално равнище (*на равнище конкретна болница*) разликата между двете величини в различните отделения варира от 5 до 9 % (*без разбира се да имаме предвид отделения като “анестезиологично”, ОАРИЛ и др., за чиито проблеми споменахме по-горе*).

1.7. Точност на регистрация на данните за изписаните болни

На национално равнище, без проверки на първичната документация на самото място, ние не можем да контролираме точността на регистрация на данните за броя на изписаните болни и броя пролежани от тях леглодни. Косвени дан-

ни за оценка на тази точност получихме, като сравнихме броя на изписаните болни, сумирани на равнище “общо болници” — през 1998 г. — 807 096 болни и през 1999 г. — 796 006 болни. Получената разлика от около 11 000 болни е минимална — около 1.3 %.

Тази разлика може да се съпостави с други две величини — броя на преминалите болни (*величина с относително точна регистрация*) — съответно — през 1998 г. — 930 961 болни и през 1999 г. — 926 179 болни. Разликата между тези величини е 4 782 болни или около 0.5 %. Между величините “изписани болни” и “преминали болни” и за двете наблюдавани години има приемливо близки разлики, което е косвен показател за точността на регистрация на изписаните болни.

1.8. Точност на метода СРД

Методът почива на допускането, че разходите за лечение на болен с определена по МКБ болест са право пропорционални на продължителността на престоя му в дни. А разходите за лечението за един леглоден се определят с показателя “среден разход за един леглоден”.

Тук има два източника на грешки:

а) Разликата в ресурсоемкостта на лечението на отделните болести

Напълно логично е да се допусне, че средният разход за лечение на един болен от “Менингити” МКБ 320-323 и “Глаукома” МКБ — 365 в едно и също отделение на една и съща болница, се различава значително. Доколкото обаче средният престой и за двете болести е приблизително еднакъв, а средният разход за отделението е един и същ, то се получават относително близки разходи — съответно 79.11 лв. и 76.71 лв. (деноминирани) — виж Таблица “Среден разход на един изписан болен в отделенията на обединените болници през 1999 г.” в приложението.

На този етап ще трябва да се примирим с тази неточност.

Възможности за намаляване на неточността е извършването на детализирани анализи за определяне на относителната ресурсоемкост на лечението на отделните болести в рамките на едно и също отделение и изготвянето на допълнителни коефициенти за корекция [11]. Осъществяването на такива изследвания обаче изиска голям обем методична и изследователска работа извън целите и задачите на настоящето изследване.

б) Разликата в ресурсоемкостта на лечението на отделни болести в течение на болничния престой

Известно е, че разходите за лечение на конкретен болен се съсредоточават в първите дни от престоя му, когато се извършват интензивно и диагностичните, и терапевтичните процедури. Този феномен не се отчита в съществуващата статистическа отчетност на средния престой на болните, не се отчита и с “Методиката за разделно отчитане...”, съответно не може да се отчете и в метода СРД – поне в настоящата ми версия.

2. Обща дискусия по точността на метода СРД

В т. 1 анализирахме осем източника на неточност на метода СРД, които поотделно или в съвкупност намаляват с определена величина точността на получените резултати. Какви изводи могат да се направят от този анализ?

1. Налице е метод, който осигурява пълно (100 %) обхватане на изследваните обекти – в случая всички (134) общински болници с техните (около 3190) отделения. Методът осигурява получаването на резултати на локално и на национално равнище, с определена степен на точност. До появата на друг метод със същия обхват, който да осигурява поне същото равнище на точност (*t.e. да намалява или елиминира някои от факторите, споменати по-горе*) ние не можем да оценим в съпос-

тавими величини точността на метода. Едва когато тъкъв метод се появи, експериментира, и резултатите му се представят за публично обсъждане, такива сравнителни анализи могат и задължително трябва да се направят.

2. Можем да означим съществуващата степен на точност на метода с условната величина **M**. Тази степен на точност е постигната с влагането на определено количество ресурси (*в т.ч. и време*), означени с **P**. Тук в **P** пре-небрегваме времето и интелектуалните усилия за разработване на метода. **P** по-скоро означава ресурсите, вложени за рутинното събиране на информация, попълването на първичните документи в болниците и обработката на данните на национално равнище.

Всеки нов метод, който ще повиши точността на получените резултати с някаква величина **M₁**, ще изисква влагането на допълнителни ресурси **P₁**. Само при съпоставката на **M₁** с **P₁** ще може да се оцени ефективността на новия метод, или казано на икономически език — да се оцени “колко ресурси ще са необходими за повишаването на точността на метода с определена величина”.

Обобщение

Предложеният метод СРД осигурява едно начално равнище на съответствие между “точност и разходи за приложението му”, което предстои да се оцени в сравнителен план с появата на усъвършенствани версии или алтернативни методи със същата цел, задачи и обхват.

ГЛАВА ШЕСТА

ПРЕДСТАВЯНЕ НА ДАННИТЕ, ПОЛУЧЕНИ ОТ ПРИЛОЖЕНИЕТО НА МЕТОДА СРД

Общи положения

Големият мащаб на проучването (*всички общински болници*) и големият обем данни, събиращи от тях (*11 000 полета за данни в няколко големи номенклатури*), затрудняват разбира се и представянето на крайните резултати от него. В разработка от такъв род трябва да се представи по-скоро същността на метода и мястото на приложение на данните, получени от него. Тук ще покажем само някои характерни резултати.

1. Данни по метода СРД на равнище отделна болница

В резултат на обработката на данните се получават на първо място данни за всяка отделна болница. Предлагаме кратко описание на данните, получени за една болница. Общата идея за вида на таблицата може да се получи от вида на **Таблицата “СРД в отделенията на общинските болници”**, показана в приложението.

По хоризонталната част на таблицата са описани съответните болнични отделения. В случай, че болницата има повече отделения, таблицата продължава на следващи страници (*по хоризонта*), плюс отделна колона за данни “Общо” за болницата. По вертикалната част на таблицата е развита номенклатурата на класовете, групите и конкретните болести (*виж номенклатурата, описана в Глава четвърта*).

За всяко отделение и вид болест има данни за среден разход на диагноза (*или за един болен*) — в лева.

В отделна таблица с идентична размерност (*непоказана тук*) са поместени данните за броя на изписаните болни от съответните отделения и болести, и средния им престой. Тези данни служат за допълнителни изчисления.

Данните от двете таблици осигуряват възможност да се получат нови данни за протичащи процеси. Например:

- а) определяне на общите разходи по отделения и общо на болницата по отделни болести, групи болести и класове болести;
- б) определяне на общата консумация⁷ на леглодни — по отделения и общо за болницата по отделни болести, групи болести и класове болести.

Посредством допълнителна обработка на горните данни, които са в абсолютен вид, могат да се получат редица други данни като например: процентни съотношения, корелационни зависимости, статистически величини и др. Сравняването на еднотипни данни от няколко периода позволяват анализ на тенденции в ретроспективен и проспективен план, и др.

2. Данни по метода СРД на равнище “общо болници”

По определен алгоритъм данните от отделните болници се обобщават на две равнища:

- а) група болници;
- б) “общо болници”.

Доколкото данните и на двете равнища имат един и същ вид и формат, разглеждаме тези, получени на равнище “общо болници”.

Представяме данните в Таблицата от приложението, а тук предлагаме кратко описание.

⁷⁾ Тук термина “консумация” не е много прецизен. Става дума за количество леглодни, които са заети от определена категория болни.

Таблицата съдържа данни за всички изследвани болници, като по хоризонталната ѝ част са описани всички 41 вида болнични отделения, плюс отделна колона за данни “Общо” за всички болници.

По вертикалната част на таблицата е развита номенклатурата на класовете и конкретните болести.

За всяко отделение и вид болест има данни за среден разход на диагноза (*или за един болен*) — в лева.

В отделна таблица (*която не е показана тук*) са поместени данните за броя на изписаните болни от съответните отделения и болести и за средния им престой. Тези данни служат за допълнителни изчисления.

Аналогично на описането в т. 1 данните от двете таблици осигуряват възможност да се получат нови данни за протичащи процеси.

3. Данни по метода СРД в други възможни разрези

В зависимост от конкретната задача, получените данни могат да се обобщават в практически всички желани разрези и групи. Например — могат да се получат данни в разрез за всеки вид болнични отделения на равнище “общо болници”. Това означава да се получат данни за величините: СРД, среден престой, брой преминали болни и т.н. — по всички терапевтични, ендокринологични, родилни и т.н. отделения — общо или диференцирано по номенклатурата на видовете болести.

Или, да се получат данни за същите величини — по всички отделни болести, подгрупи, групи и класове болести; същите данни в разрез по групи болници; същите данни в регионален аспект и т.н.

Обобщение

Представеният метод осигурява възможност за получаване на много голямо количество данни: разходи, среден

престой и др. по отделни болести, подгрупи, групи и класове болести (*съгласно официалната номенклатура на МКБ – 9*). Тези данни се получават на равнище болнично отделение в конкретна болница и могат да се обобщават в разнообразни разрези — по съответни болници, по групи болници, общо за всички болници и пр. Видът на конкретната агрегация зависи само от вида на конкретната задача, която трябва да се реши.

Така използването на метода СРД предоставя данни на болничните администратори на локално равнище, на регионалните здравни власти и на националните координиращи, контролиращи и планиращи органи за решаване на управленски и изследователски задачи.

ГЛАВА СЕДМА

АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ

Общи положения

Огромният обем на входната и още по-големият обем на изходната информация силно затрудняват нейното представяне и обсъждане в пълнота. Още повече като се има предвид, че целите ни в настоящия труд са основно да представим методичните основи на подхода, както и някои възможни изследователски направления, в които получените резултати могат да се използват. Пълният анализ на всички получени резултати изисква тегърва влагането на значителни последващи изследователски усилия — както наши, така и на други изследователи, които проявят интерес в тази област.

1. Някои резултати на национално равнище

Данните, които се анализират са представени на **Таблица 1**. Те са за: абсолютния брой и структурата на изписаните болни от общинските болници за 1998 г. — обобщени по седемнадесетте основни класа болести, данните за средния разход за един болен от даден клас болести (*или СРД*) и общия разход за всички болни, лекувани от дадения клас болести — в абсолютни величини — лева (*дениминирани*), и в структура. В **Таблица 2** са показани данни за средния престой в дни и за броя леглодни по отделни класове болести.

Показваме анализи на някои най-типични резултати, систематизирани в шест основни направления.

1.1. “Брой на изписаните болни”

1. Най-много са болните от клас XI “Усложнения на бременността, раждането и...”, следвани от класове VIII и VII.

Таблица 1. Изписани болни, среден разход на диагноза и разходи по групи болести в ОРБ и ОБ - 1998 г.

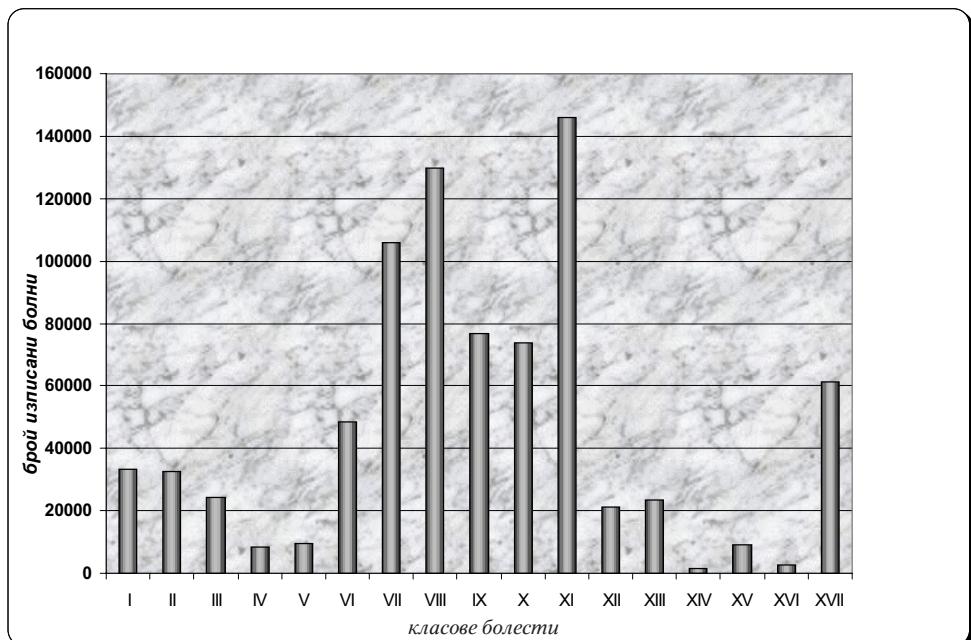
| N на кп. | НАИМЕНОВАНИЕ НА БОЛЕСТИТЕ ПО МКБ - 9 | Ши- фър | Брой изписани болни | Структура на изписаните болни | Среден разход на диагноза (в лева) | Разходи по групи болести | |
|----------------|--|------------|---------------------------|--|---|-----------------------------|----------|
| | | | | | | 3 | 4 |
| | ОБЩО I - XVII клас | б | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| I | Инфекционни болести и паразитози | 001-999 | 807096 | 100.00% | 205.73 | 166084215 | 100.00% |
| II | Новообразувания | 001-139 | 002 | 4.10% | 256.54 | 8496861 | 5.12% |
| III | Болести на ендокринните жлези, на храненето, на обмяната и разстройства на имунитета | 140-239 | 007 | 4.04% | 242.49 | 7910024 | 4.76% |
| IV | Болести на кръвта и кръвтворните органи | 240-279 | 011 | 24176 | 3.00% | 260.23 | 6291320 |
| V | Психични разстройства | 280-289 | 015 | 8172 | 1.01% | 228.49 | 1867220 |
| VI | Болести на нервната система и сетивните органи | 290-319 | 018 | 9564 | 1.18% | 446.04 | 4265927 |
| VII | Болести на кръвообращението | 320-389 | 021 | 48406 | 6.00% | 222.58 | 10774207 |
| VIII | Болести на дихателната система | 390-459 | 039 | 105997 | 13.12% | 271.51 | 28752094 |
| IX | Болести на храносмилателната система | 460-519 | 054 | 129850 | 16.09% | 200.57 | 26044015 |
| X | Болести на пикочино-половата система | 520-579 | 064 | 76638 | 9.52% | 201.22 | 15461342 |
| XI | Усложнения на бременността, раждането и следродовия период | 580-629 | 071 | 73716 | 9.13% | 195.60 | 14418850 |
| XII | Болести на кожата и подкожната тъкан | 630-676 | 084 | 145914 | 18.08% | 105.41 | 15380795 |
| XIII | Болести на костно-мускулната система и съединителната тъкан | 680-709 | 094 | 20996 | 2.60% | 205.57 | 4316148 |
| XIV | Вродени аномалии | 710-739 | 096 | 23404 | 2.90% | 275.59 | 6449908 |
| XV | Някои състояния, възникващи през перинаталния период | 740-759 | 099 | 1599 | 6.83% | 322.34 | 515422 |
| XVI | Симптоми, признания и недоброте определени състояния | 760-779 | 103 | 8911 | 1.10% | 221.58 | 1974499 |
| XVII | Травми и отравяния | 780-799 | 113 | 2589 | 0.32% | 185.56 | 480415 |
| | | 800-999 | 114 | 61323 | 7.60% | 206.82 | 12682823 |

Таблица 2. Брои изписани болни, среден престой на един болен и пролежани леглодни по класове болести - 1998 г.

| N на кп. | НАИМЕНОВАНИЕ НА БОЛЕСТИТЕ ПО МКБ - 9 | Ши- фър | Брой изписани болни | Ср. престой на 1 болен (дни) | Общо леглодни (брой) | Структура на заетите леглодни |
|----------------|---|------------|---------------------------|------------------------------------|----------------------------|-------------------------------------|
| а | | б | 1 | 2 | 3 | 4 |
| I | ОБЩО I - XVII клас | 001-999 | 001 | 807096 | 10.83 | 8740850 100.00% |
| I | Инфекционни болести и паразитози | 001-139 | 002 | 33121 | 13.50 | 447134 5.12% |
| II | Новообразувания | 140-239 | 007 | 326220 | 12.76 | 416231 4.76% |
| III | Болести на ендокринните жлези, на храненето, на обмяната и разстройства на имунитета | 240-279 | 011 | 24176 | 13.70 | 331211 3.79% |
| IV | Болести на кръвта и кръводворните органи | 280-289 | 015 | 8172 | 12.03 | 98309 1.12% |
| V | Болести на психични разстройства | 290-319 | 018 | 9564 | 23.48 | 224563 2.57% |
| VI | Болести на нервната система и сетивните органи | 320-389 | 021 | 48406 | 11.72 | 567318 6.49% |
| VII | Болести на органите на кръвообращението | 390-459 | 039 | 105897 | 14.29 | 1513268 17.31% |
| VIII | Болести на дихателната система | 460-519 | 054 | 129850 | 10.56 | 1371216 15.69% |
| IX | Болести на храносмилателната система | 520-579 | 064 | 76838 | 10.59 | 813714 9.31% |
| X | Болести на пикочно-головата система | 580-629 | 071 | 73716 | 10.30 | 759275 8.69% |
| XI | Усложнения на бременността, раждането и следродовия период | 630-676 | 084 | 145914 | 5.55 | 809823 9.26% |
| XII | Болести на кожата и подкожната тъкан | 680-709 | 094 | 20996 | 10.82 | 227177 2.60% |
| XIII | Болести на костно-мускулната система и съединителната тъкан | 710-739 | 096 | 23404 | 14.51 | 339592 3.89% |
| XIV | Вродени аномалии | 740-759 | 099 | 1599 | 16.97 | 27135 0.31% |
| XV | Накои състояния, възникващи през перинаталния период | 760-779 | 103 | 8911 | 11.66 | 103902 1.19% |
| XVI | Симптоми, признания и недобре определени състояния | 780-799 | 113 | 2589 | 9.77 | 25295 0.29% |
| XVII | Травми и отравяния | 800-999 | 114 | 61323 | 10.89 | 667807 7.64% |

- Болните от класове XI, VIII и VII формират около половината от всички изписани болни.

Броят на изписаните болни от отделните класове болести е показан на диаграмата на **Фигура 1**.

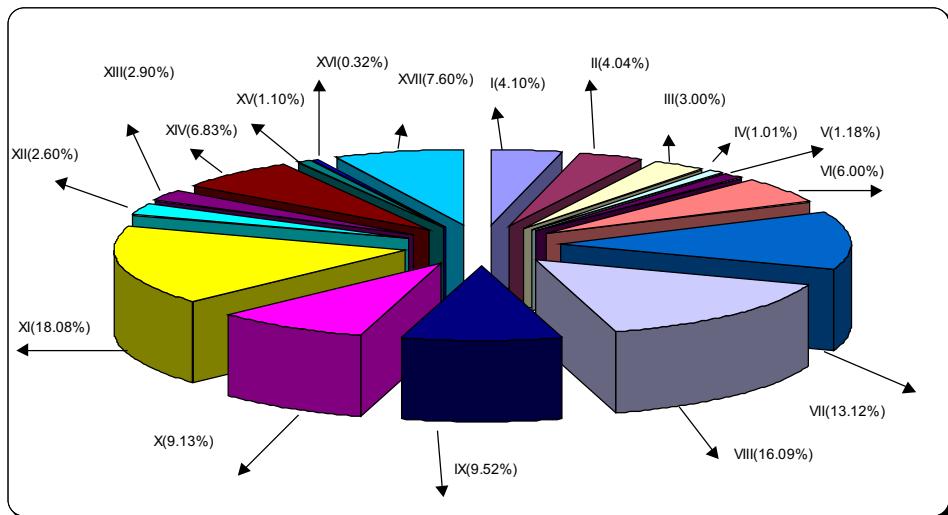


Фигура 1. Изписани болни по основни класове болести в обединените районни и общински болници - отчет 1998 г.

1.2. “Структура на изписаните болни по класове болести”

- Най-голям дял в структурата на изписаните болни (18.08%) заемат болните с болести от клас XI “Усложнения на бременността, раждането и следродовия период”.
- Болните от шест класа болести, а именно от класове XI, VIII, VII, IX, X, XVII, VI, формират около 80 % от изписаните болни.

Структурата на болните по класове болести е показана на диаграмата на **фигура 2.**



Фигура 2. Структура на изписаните болни по основни класове болести за 1998 г.

1.3. “Среден престой на изписаните болни по класове болести”

Средният престой на изписан болен за всички болници, класове болести и за всички видове отделения е 10.83 дни (**таблица 1**).

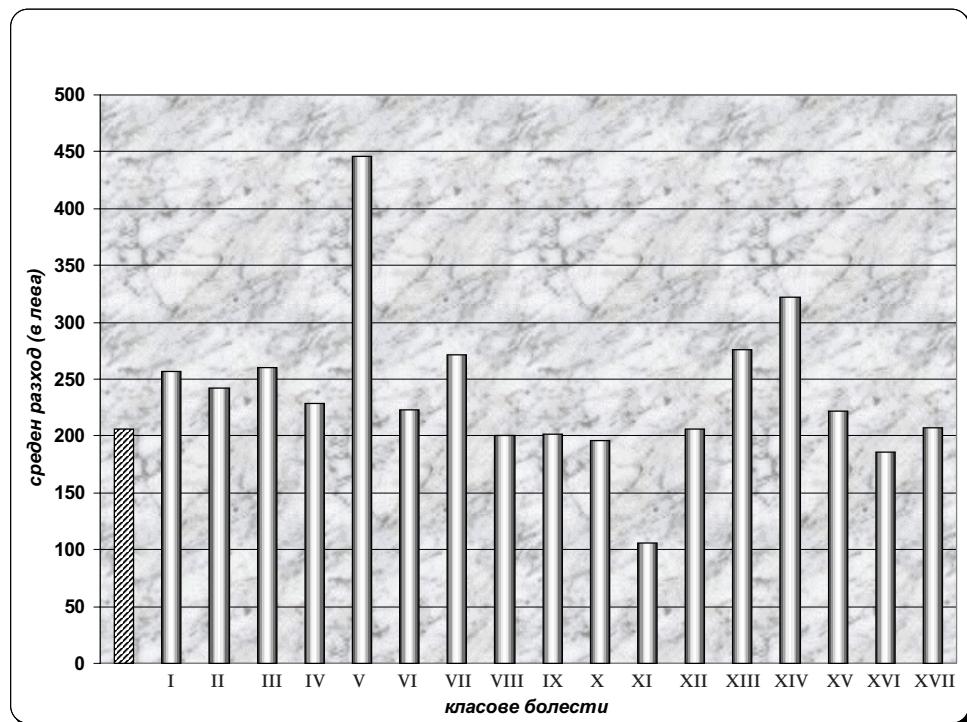
- Най-висок среден престой имат болните от клас V “Психични разстройства” — 23.48 дни
- Най-нисък среден престой имат болните от клас XI “Усложнения на бременността, раждането и...” — 5.55 дни.
- За десет класа болести средният престой е над 11 дни, за пет класа — между 10 и 11 дни, и за два — под 10 дни.

1.4. “Среден разход на диагноза на изписаните болни по класове болести”

Средният разход на диагноза за един болен общо за всички болници, класове болести и за всички отделения е 205.78 лв. (*таблица 2*).

1. Най-висок среден разход на диагноза за изписан болен има за болести от клас V “Психични разстройства” — 446.04 лв.
2. Най-нисък среден разход на диагноза за изписан болен има за болести от клас XI “Усложнения на бременността, раждането и ...” — 105.41 лв.

Графично представяне на средния разход на болните по класове болести представяме на диаграмата на **фигура 3**.



Фигура 3. Среден разход на диагноза на един изписан болен по основни класове болести за 1998 г.

1.5. “Разходи по класове болести”

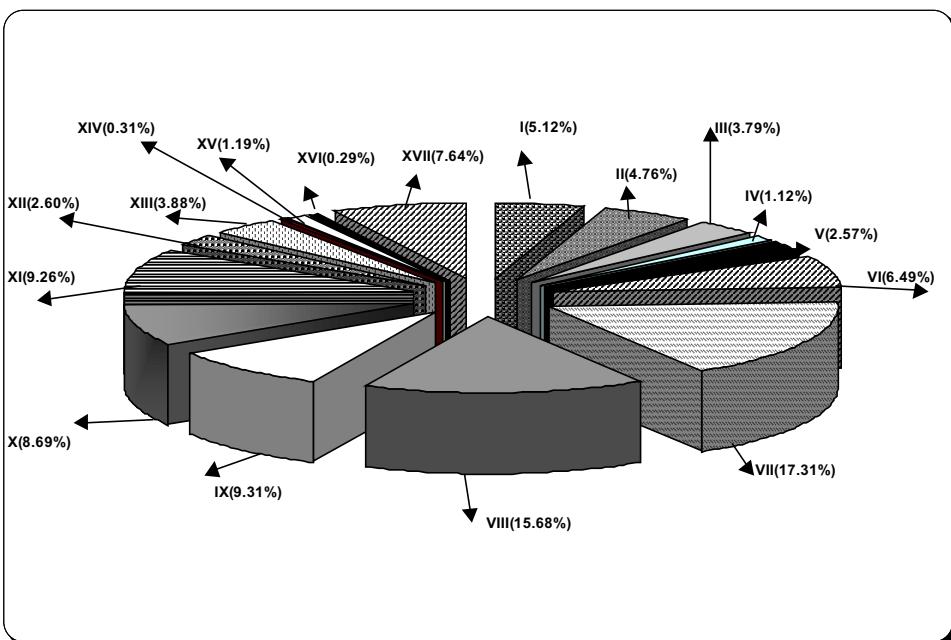
Общо разходите за лечението на всички болни са 166 084 215 лв. (деноминирани)

1. Най-голям дял в структурата на разходите (17.31%) заемат разходите за болни от клас VII “Болести на органите на кръвообращението”.

Справка с колона “Среден разход за диагноза” обяснява разликата — СРД за един болен от клас XI е 105.41 лв., а СРД за един болен от клас VII е 271.51 лв. — или над 140 % повисок.

2. Разходите за лечението на болните от шестте класа болести представляват 74.4 % от общите разходи на всички болници за всички болни.

Структурата на разходите по класове болести е показана на диаграмата на **фигура 4**.

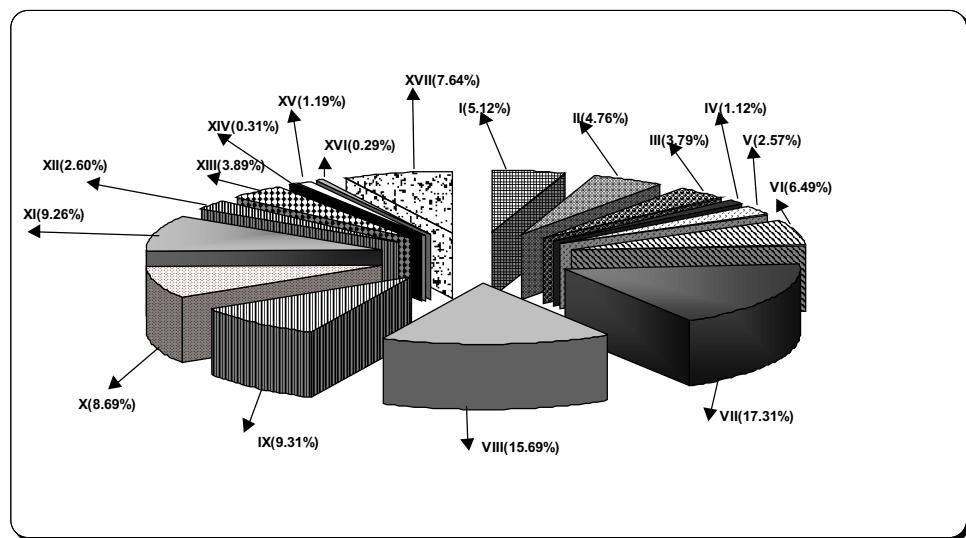


Фигура 4. Структура на разходите за лечение на изписаните болни по основни класове болести за 1998 г.

1.6. “Болничен капацитет – заети леглодни по класове болести”

- Най голям брой леглодни в общата структура на заетите леглодни имат изписаните болни с болести от клас VII – 17.3 % (*таблица 2*). След тях са болните с болести от клас VIII.
- Общо болните от шест групи болести заемат 67.9 % от общия брой на заетите леглодни

Структурата на заетите леглодни по класове болести е показана на диаграмата на **фигура 5**.



Фигура 5. Структура на заетите леглодни от болни по отделни класове болести през 1998 г.

1.7. Някои съпоставки

- Болните от “Болести на дихателната система” (клас VIII) заемат най-голям дял (16.09 %) в общата структура на изписаните болни. Разходите за лечение на бол-

ните от този клас заемат второ място (15.68 %) след болните от “Болести на органите на кръвообращението” (клас VII) в общата структура на разходите по класове болести. Това се дължи на следните причини:

- a) изписаните болни от “Болести на дихателната система” (клас VIII) (129 850 болни) са с 23 953 повече от тези в клас VII “Болести на органите на кръвообращението” (105 897 болни);
 - б) средният разход на диагноза за болните от клас VIII “Болести на дихателната система” (200.57 лв.) е по-малък с около 71.0 лв. от този в клас VII “Болести на органите на кръвообращението” (271.51 лв.) — **таблица 1.**
2. Болните от “Болести на органите на кръвообращението” (клас VII) заемат най-голям дял (17.3 %) в общата структура на заетите леглодни, а на второ място (с 15.7 %) са от клас VIII “Болести на дихателната система”. Това се дължи на факта, че средният престой на болни от клас VIII “Болести на дихателната система” (10.55 дни) е с 3.73 дни по-малък от този на болните в клас VII “Болести на органите на кръвообращението” (14.29 дни) — **таблица 2.**

2. Резултати на локално равнище. Анализ на равнище болница⁸

Представяме кратък анализ от произволно избрана болница (*Общинска болница – Петрич*) от трета група болници. Данните са показани в **таблица 3** и **таблица 4**. Таблица 3 съдържа информация за броя изписани болни по класове болести (I – XVII), структурата на изписаните болни, средния разход за 1 болен, разходите по групи болести (в лева) и структурата им. Показаните данни в **таблица 4** са за сред-

⁸⁾ Анализът е разработен от отговорник на проект в лаборатория “Информационни системи и модели на НЦЗИР. Коларова

ния престой на един болен (*в дни*), броя на изписаните болни, общо леглодни и структурата на леглодните.

Показваме някои характерни резултати.

2.1. “Брой на изписаните болни”

Общият брой на изписаните болни в ОБ Петрич е 5702.

Най-голям брой са изписаните болни от клас XI “Усложнения на бременността, раждането и следродовия период”, следвани с много малка разлика от клас VII “Болести на дихателната система”. С най-нисък брой изписани болни е клас XV “Някои състояния, възникващи през перинаталния период”.

Както на национално ниво, така и тук, болните от класове XI, VII и VII формират повече от половината от общия брой изписани болни.

2.2. “Структура на изписаните болни по класове болести”

Най-висок процент (19,36%) — почти 1/5 — заемат изписаните болни от клас XI “Усложнения на бременността, раждането и следродовия период”. Следват болните от класове VII “Болести на органите на кръвообращението” и VIII “Болести на дихателната система”. Трите класа болести формират повече от една трета от структурата на изписаните болни.

2.3. “Среден престой на изписаните болни по класове болести”

Средният престой на един изписан болен за ОБ Петрич е 8,44 дни.

Болните от клас III “Болести на ендокринните жлези, на храненето, на обмяната и разстройства на имунитета” имат най-дълъг престой — 12,92 дни, следвани от тези от клас XIII “Болести на костно-мускулната система и съединителната тъкан” с 11,66 дни. Най-малък престой (*5,02 дни*) имат болните от клас X “Болести на пикочо-половата система”, който е 2,5 пъти по-нисък от този на клас III.

**Таблица 3. Изписани болни по класове болести, среден разход за диагноза, разходи по класове болести в ОБ
Петрич през 1999 г.**

| N на клп. | НАИМЕНОВАНИЕ НА БОЛЕСТИТЕ ПО МКБ - 9 | Ши- фър а | брой изписани болни | структурата на изписа- ните болни (в %) | ср.разход за диагноза (в лева) | разходи по класове болести | |
|-----------------|--|-----------------|---------------------------|--|--------------------------------------|-------------------------------|------------|
| | | | | | | в лева | в % |
| | ОБЩО I - XVII клас | 001-999 | 001 | 5702 | 100.00 | 284.00 | 1619368.00 |
| I | Инфекциозни болести и паразитози | 001-139 | 002 | 541 | 9.49 | 258.05 | 139605.05 |
| II | Новообразувания | 140-239 | 007 | 143 | 2.51 | 316.17 | 45212.31 |
| III | Болести на ендокринните жлези, на храненето, на обмяната и разстройства на имуностета | 240-279 | 011 | 78 | 1.37 | 434.73 | 33908.94 |
| IV | Болести на кръвта и кръвообразуващи органи | 280-289 | 015 | 27 | 0.47 | 363.81 | 9822.87 |
| V | Психични разстройства | 290-319 | 018 | 65 | 1.14 | 258.77 | 16820.05 |
| VI | Болести на нервната система и сетивните органи | 320-389 | 021 | 143 | 2.51 | 306.05 | 43765.15 |
| VII | Болести на органите на кръвообращението | 390-459 | 039 | 973 | 17.06 | 295.53 | 287550.69 |
| VIII | Болести на дихателната система | 460-519 | 054 | 1065 | 18.68 | 334.28 | 356008.20 |
| IX | Болести на храносмилателната система | 520-579 | 064 | 492 | 8.63 | 334.35 | 164500.20 |
| X | Болести на пикочно-половата система | 580-629 | 071 | 535 | 9.38 | 168.83 | 90324.05 |
| XI | Усложнения на бременността, раждането и следродовия период | 630-676 | 084 | 1104 | 19.36 | 226.58 | 250144.32 |
| XII | Болести на кожата и подкожната тъкан | 680-709 | 094 | 163 | 2.86 | 391.29 | 63780.27 |
| XIII | Болести на костно-мускулната система и съединителната тъкан | 710-739 | 096 | 44 | 0.77 | 392.21 | 17257.24 |
| XIV | Вродени аномалии | 740-759 | 099 | 11 | 0.19 | 373.09 | 4103.99 |
| XV | Някои състояния, възникващи през перинаталния период | 760-779 | 103 | 4 | 0.07 | 201.84 | 807.36 |
| XVI | Симптоми, признания и недобре определени състояния | 780-799 | 113 | 0 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| XVII | Травми и отравяния | 800-999 | 114 | 314 | 5.51 | 304.79 | 95704.06 |

Таблица 4. Среден престой, брой изписани и пролежки леглодни по класове болести в ОБ Петрич през 1999 г.

| N на кл. | НАИМЕНОВАНИЕ НА БОЛЕСТИТЕ ПО МКБ - 9 | Ши- фър | ср.престой на 1 болен (в дни) | брой изписани болни | общо леглодни | с труктура (в %) |
|----------------|---|------------|-------------------------------------|---------------------------|------------------|---------------------|
| | а | б | 1 | 2 | 3 | 4 |
| I | ОБЩО I - XVII клас | 001-999 | 001 | 8.44 | 5702 | 48137 100.00 |
| II | Инфекциозни болести и паразитози | 001-139 | 002 | 7.67 | 541 | 4150 8.62 |
| III | Новообразувания | 140-239 | 007 | 9.40 | 143 | 1344 2.79 |
| IV | Болести на ендокринните жлези, на храненето, на обмяната и разстройства на имунитета | 240-279 | 011 | 12.92 | 78 | 1008 2.09 |
| V | Болести на кръвта и кръвотворните органи | 280-289 | 015 | 10.81 | 27 | 292 0.61 |
| VI | Психични разстройства | 290-319 | 018 | 7.69 | 65 | 500 1.04 |
| VII | Болести на нервната система и сетивните органи | 320-389 | 021 | 9.10 | 143 | 1301 2.70 |
| VIII | Болести на органите на кръвообращението | 390-459 | 039 | 8.79 | 973 | 8548 17.76 |
| IX | Болести на дихателната система | 460-519 | 054 | 9.94 | 1065 | 10583 21.99 |
| X | Болести на храносмилателната система | 520-579 | 064 | 9.94 | 492 | 4890 10.16 |
| XI | Болести на пикочо-половата система | 580-629 | 071 | 5.02 | 535 | 2685 5.58 |
| XII | Усложнения на бременността, раждането и следродовия период | 630-676 | 084 | 6.74 | 1104 | 7436 15.45 |
| XIII | Болести на кожата и подкожната тъкан | 680-709 | 094 | 11.63 | 163 | 1896 3.94 |
| XIV | Болести на костно-мускулната система и съединителната тъкан | 710-739 | 096 | 11.66 | 44 | 513 1.07 |
| XV | Вродени аномалии | 740-759 | 099 | 11.09 | 11 | 122 0.25 |
| XVI | Някои състояния, възникващи през перинаталния период | 760-779 | 103 | 6.00 | 4 | 24 0.05 |
| XVII | Симптоми, признаци и недобре определени състояния | 780-799 | 113 | 0.00 | 0 | 0 0.00 |
| XVIII | Травми и отравяния | 800-999 | 114 | 9.06 | 314 | 2845 5.91 |

2.4. “Среден разход на диагноза на изписаните болни по класове болести”

Средният разход за диагноза в ОБ Петрич “общо за болницата” е 284.00 лева.

Най-висок среден разход на диагноза има клас III “Болести на ендокринните жлези, на храненето, на обмяната и разстройства на имунитета” — 434.73 лева, а най-нисък — клас X “Болести на пикочо-половата система” — 168.83 лева.

2.5. “Разходи по класове болести”

Общите разходи за лечението на всички изписани болни в ОБ Петрич са 1 619 368 лева.

Най-големи са разходите за лечение на болните от клас VIII “Болести на дихателната система” — 356 008 лева, които представляват 21.99% от структурата на общите разходи.

Най-ниските разходи са за клас XV “Някои състояния, възникващи през перинаталния период” — 807.36 лева.

2.6. “Болнichen капацитет — заети леглодни по класове болести”

Най-голям брой леглодни са реализирани за лечение на болите от клас VIII “Болести на дихателната система” — 10 583 дни. Те формират 22% от структурата на заетите леглодни.

Четирите класа — VII, VIII, IX и X — са с най-висок дял в структурата на реализираните дни — заемат 65.36% от общия брой леглодни.

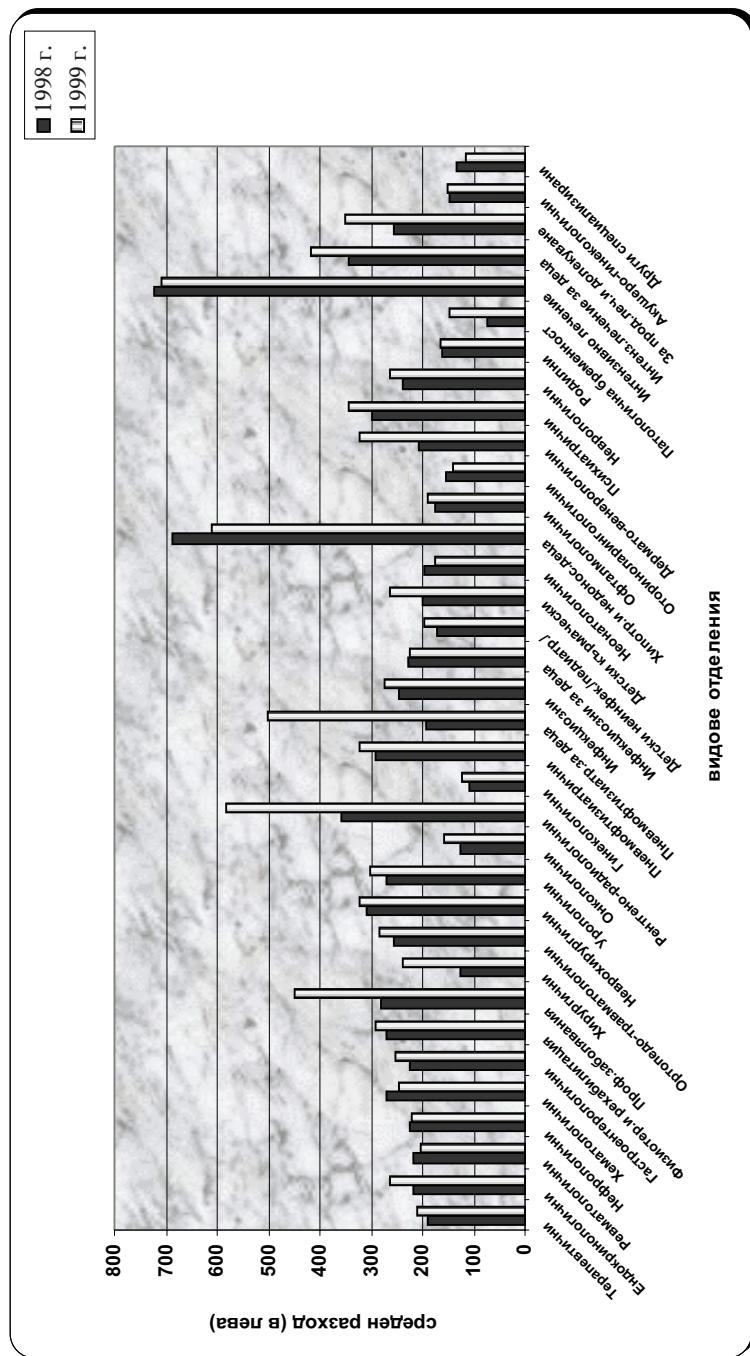
2.7. Някои съпоставки

1. Болните от клас XI “Усложнения от бременността, раждането и следродовия период” заемат най-голям дял (19.36%) в общата структура на изписаните болни. Разходите за лечението на болните от този клас (15.45%) заемат трето място в структурата. Най-големи са разходите за лечението на болните от клас VIII “Болести на дихателната система” (21.99%) от общите разходи. Това се дължи на следните причини:

- а) Изписаните болни от клас XI “Усложнения от бременността, раждането и следродовия период” са с 39 повече от изписаните болни от клас VIII “Болести на дихателната система”.
- б) Средният разход за 1 болен в клас XI “Усложнения от бременността, раждането и следродовия период” е по-малък със 108 лева в сравнение със средния разход за 1 болен в клас VIII “Болести на дихателната система” (*виж таблица 3*).
2. Най-голям дял (21.99%) в структурата на проведените леглодни заема клас VIII “Болести на дихателната система”. Клас XI “Усложнения от бременността, раждането и следродовия период” е на трето място с 15.45%. Подобни анализи (*и разбира се много по-задълбочени*) могат да се извършват за всяка конкретна болница — както от самите болнични мениджъри, така и от специалисти на НЦЗИ.
- 3. Анализи на динамиката на показателите през 1999 г. спрямо 1998 г.**

Липсата на място и ограничените цели на проучването стесняват анализа ни предимно до синхронния му аспект — т.е. до анализа на процеси и явления в рамките на една календарна година. Диахронният аспект на анализите обаче е не по-малко важен и интересен. Първо, както вече се спомена, на национално равнище са получени и обработени данни за две последователни години (*1998 и 1999 г.*), от които могат да се правят анализи и съпоставки за динамиката на процесите и явленията на съответните равнища. Второ — на локално равнище болничните мениджъри могат да организират получаването и обработването по нашата методика на такива данни за всеки желан временен интервал — шестмесечие, тримесечие, месец. На базата на такива данни може да се следи динамиката на отделните процеси, което ще даде насоки за реакция на болничните мениджъри.

Фигура 6. Среден разход за един болен по видове (избрани) болнични отделения през 1998 и 1999 г.



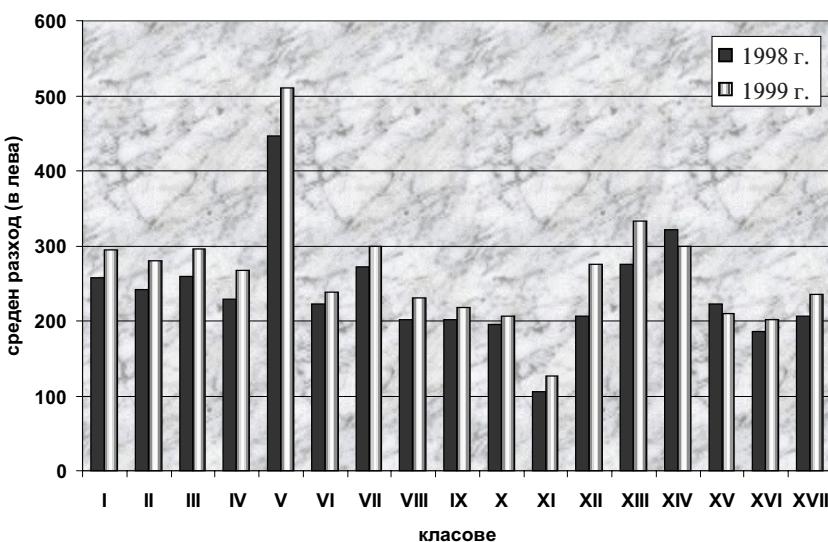
Тук показваме само някои изходни насоки за подобни анализи.

3.1. Сравнителен анализ на СРД по видове болнични отделения

В повече от половината (*в 28 от общо 41*) от видовете болнични отделения през 1999 г. се констатира увеличение на СРД спрямо нивото през 1998 г. (*фигура 6*). В някои случаи това увеличение е с около 500%, в някои случаи е незначително. В осем отделения има намаляване на СРД и в две има минимална промяна. Три отделения са изключени от анализа по причини, които коментирахме по-горе.

3.2. Сравнителен анализ на СРД по видове болести

В 14 от 17 класове болести се наблюдава повишаване на СРД през 1999 г. в сравнение с 1998 г. (*вижд фигура 7*).



Фигура 7. Среден разход за един болен по класове болести през 1998 и 1999 г.

Обобщение

По-горе представихме някои посоки за последващи задълбочени анализи на процеси и явления, които могат да се направят на различни равнища с получената по метода СРД информация. Общото, което трябва да се подчертава е, че тази информация позволява анализите да се развият на равнище вид болест (*група, клас болести*), в конкретен вид (*видове*) болнични отделения. Именно така, в разрез на отделни болести (*група, клас*), могат да се анализират различни параметри на болничното обслужване като: брой изписани болни, среден престой, среден разход за диагноза, общо разходи, както и редица други параметри.

Смятаме, че тези анализи имат своята стойност на национално равнище — за да очертаят структурата на разходите за болнично обслужване по болести, групи и класове болести, както и величините на другите обобщени параметри на системата “болнично обслужване” като такава.

Подобни анализи имат определена стойност на микрополикономическо равнище — за да очертаят процеси и явления, които са необходими за анализ и планиране на дейността на конкретна болница.

Може би подобни анализи ще намерят мястото си и на едно специфично равнище — мезополикономическо (*в икономически термини*) или областно (*в географско-административни термини*). По редица причини в последните години има много малко медико-социално-икономически изследвания на това равнище. Създадените обособени регионални институции (*Районните здравноосигурителни каси и областните здравни центрове*) вероятно ще имат необходимост от подобни изследвания.

ГЛАВА ОСМА

МЕТОДЪТ СРД ЗА АНАЛИЗ НА КЛИНИЧНИ И ИКОНОМИЧЕСКИ АСПЕКТИ В КОНКРЕТНА БОЛНИЦА

Общи положения

Това е описание на един опит за приложение на данните от метода СРД в анализа на един фрагмент от дейността на Първа градска болница – София (ПГБ). (*Целият анализ е публикуван в [9].*) Тук е представена съкратена версия, имаща за цел да подскаже насоки за такъв анализ на конкретно равнище, както и да свърже анализа с проблеми на терапевтичните алгоритми, прилагани в клиничната дейност.

1. Постановка на проблема

Приемаме, че “алгоритъм” означава “система от правила, определящи съдържанието и последователността от изчислителни и др. операции, чието прилагане води до решаване на която и да е от даден клас задачи”. Следователно “терапевтичен алгоритъм” представлява систематизирани правила за поведение на лекуващия лекар в процеса на определяне на диагнозата и на адекватната терапия при определен клас болести.

Поставят се въпросите за отчитане и анализиране на следствията (*ефектите*) от тези начини (*алгоритми*) на лекуване на болните – в клиничен и в икономически аспект.

2. Терапевтичните алгоритми в клиничен аспект

Ефективност в клиничен аспект означава постигане на най-благоприятни резултати при минимум негативни ефекти.

За тази оценка лекарите разполагат с измерители като: динамика на подобряване (*на определен параметър или на общото състояние на болния*), съпоставка на състоянията на болните при приемане и изписване; наличие (*липса*) на допълнителни усложнения, наличие (*липса*) на странични явления; отдалечени резултати от лечението — например след една (*или след повече години*) и много други.

Един от показателите за ефективността на лечението е “среден престой на болните”. Колкото и да е дискусационен, неговата простота и нагледност го правят широко приложим. Данните, събрани за изчисляване на СРД, позволиха анализа на средния престой на равнище “отделни болести” (*групи, класове болести*).

На таблица 5 е показан средният престой на един преминал болен за 1998 г. от болести от клас X “Болести на пикочо-половата система” в урологично отделение на ПГБ. Показани са и данни за всички урологични отделения в болниците от първа група.

Средният престой за един преминал болен от този клас — общо за всички болести от X клас и за всички болници от първа група, е 12.9 дни. Средният престой в ПГБ е 13.7 дни. Или — в ПГБ средният престой е по-дълъг с 0.8 дни.

Данните от следващите редове на таблицата насочват към по-големи детайли — по редица болести и групи болести средният престой в ПГБ е значително по-голям от този в групата. Възможните причини са: а) наличие на няколко болни с много дълъг престой; б) по-лоша организация на приемане и изписване; в) прилаганите терапевтични алгоритми, като тук оценката може да бъде полярна (*качествени алгоритми, осигуряващи висок краен ефект, но и по дълъг престой, или не-качествени алгоритми, просто увеличаващи престоя*). Установяването на конкретните причини изисква специално изучаване.

По подобна схема могат да се направят анализи по всяка отделна група болести (*или по отделна болест*), за всяко отделение в ПГБ.

Таблица 5. Среден престой на един изписан болен в урологичните отделения на общинските болници от първа група - от клас X и по видове болести за 1998 г.

(в дни)

| N на кл. | НАИМЕНОВАНИЕ НА БОЛЕСТИТЕ ПО МКБ - 9 | код | Ши- фър | в болниците от първа група | в ПГБ София |
|----------------|---|----------------|------------|----------------------------------|----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| X | Болести на пикочо-половата система | 580-629 | 071 | 12.9 | 13.7 |
| | в това число: | | | | |
| | Болести на пикочната система | 580-599 | 072 | 10.6 | 13.6 |
| | от тях: | | | | |
| | Нефрит, нефротичен синдром и нефроза | 580-589 | 073 | 14.3 | 13.6 |
| | в това число: | | | | |
| | Остър гломерулонефрит | 580 | 074 | 0.0 | 0.0 |
| | Бъбречни инфекции | 540-543 | 075 | 12.2 | 0.0 |
| | от тях: | | | | |
| | Хроничен пиелонефрит | 590,0 | 076 | 11.6 | 10.8 |
| | Камъни в пикочните пътища | 592-594 | 077 | 12.6 | 15.8 |
| | Цистит | 595 | 078 | 9.3 | 7.9 |
| | Уретрит | 597 | 079 | 12.2 | 0.0 |
| | Хиперплазия на простатата | 600 | 080 | 17.5 | 11.9 |
| | Хидроцеле | 603 | 081 | 9.2 | 8.5 |
| | Салпингит и оофорит | 614,2 | 082 | 16.0 | 16.0 |
| | Генитален пролапс | 618 | 083 | 7.5 | 0.0 |

Източник: Б. Давидов [9].

3. Терапевтичните алгоритми в икономически аспект

3.1. Анализ на средния разход за диагноза

На таблица 6 е показан СРД за 1998 г. от болести от X клас за ПГБ и за всички урологични отделения в първа група болници.

СРД за болести от X клас в ПГБ е 462.07 лв., а СРД за

всички болници в групата — 311.85 лв. Аналогично за всяка отделна болест (*група болести*) средният разход в ПГБ е значително по-висок от средните на всички болници от групата. Възможните причини са сходни с тези, разгледани по-горе.

Таблица 6. Среден разход за диагноза за болести от клас X - общо и по видове болести в урологичните отделения на общинските болници - 1998 г.

(в деноминирани лева)

| N на кл. | НАИМЕНОВАНИЕ НА БОЛЕСТИТЕ ПО МКБ - 9 | код | Ши- фър | в болниците от първа група | в ПГБ София |
|----------------|---|----------------|------------|----------------------------------|----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| X | Болести на пикочо-половата система | 580-629 | 071 | 311.85 | 462.07 |
| | в това число: | | | | |
| | Болести на пикочната система | 580-599 | 072 | 256.44 | 459.13 |
| | от тях: | | | | |
| | Нефрит, нефротичен синдром и нефроза | 580-589 | 073 | 347.50 | 459.13 |
| | в това число: | | | | |
| | Остър гломерулонефрит | 580 | 074 | 0.00 | 0.00 |
| | Бъбречни инфекции | 540-543 | 075 | 296.28 | 0.00 |
| | от тях: | | | | |
| | Хроничен пиелонефрит | 590,0 | 076 | 282.45 | 363.28 |
| | Камъни в пикочните пътища | 592-594 | 077 | 304.50 | 534.09 |
| | Цистит | 595 | 078 | 224.81 | 265.90 |
| | Уретрит | 597 | 079 | 295.50 | 0.00 |
| | Хиперплазия на простатата | 600 | 080 | 424.97 | 402.71 |
| | Хидроцеле | 603 | 081 | 222.11 | 287.70 |
| | Салпингит и оофорит | 614,2 | 082 | 388.11 | 539.28 |
| | Генитален пролапс | 618 | 083 | 181.93 | 0.00 |

Източник: Б. Давидов [9].

3.2. Анализ на разходите за един леглоден

На таблица 7 са показани средните разходи за: един леглоден, за един лекарстводен и за един храноден — за всички урологични отделения в болниците от първа група, вкл. и за ПГБ. Прави впечатление следното:

- а) Средният разход за един леглоден варира от 12.18 лв. (*III ОБ Пловдив*) до 50.36 лв. (*Втора градска болница – София*). Урологичното отделение на ПГБ е на второ място в групата – с 37.99 лв.

Таблица 7. Среден разход за един леглоден, един лекарстводен и един храноден в урологичните отделения на общинските болници от първа група - 1998 г.

(в деноминирани лева)

| N по ред | БОЛНИЦИ от първа група | Среден разход на един леглоден | Среден разход на един лекарстводен | Среден разход на един храноден |
|----------------|-----------------------------------|---|---|---|
| | | 1 | 2 | 3 |
| 1 | ОБР Благоевград | 27.94 | 7.93 | 2.32 |
| 2 | ОРБ Бургас | 26.67 | 10.19 | 0.91 |
| 3 | ОРБ Варна | 29.66 | 10.18 | 2.59 |
| 4 | ОРБ В. Търново | 18.71 | 4.17 | 0.95 |
| 5 | ОРБ Враца | 18.19 | 1.91 | 1.40 |
| 6 | ОРБ Пловдив | 25.50 | 8.18 | 1.13 |
| 7 | ОРБ Русе | 23.36 | 6.14 | 2.50 |
| 8 | ОРБ София | 30.65 | 8.18 | 1.72 |
| 9 | ОРБ Ст. Загора | 24.83 | 6.93 | 1.90 |
| 10 | ОРБ Хасково | 23.72 | 4.18 | 1.45 |
| 11 | ОРКБ Шумен | 17.70 | 2.74 | 1.28 |
| 12 | ОБ Аспарухово | 20.50 | 4.51 | 2.34 |
| 13 | ОБ Варна | 25.96 | 5.96 | 4.17 |
| 14 | I ОБ Пловдив | 28.34 | 8.22 | 1.10 |
| 15 | II ОБ Пловдив | 19.90 | 5.08 | 1.28 |
| 16 | III ОБ Пловдив | 12.18 | 1.24 | 1.88 |
| 17 | ПГБ София | 37.99 | 10.82 | 2.03 |
| 18 | II ОРБ София | 50.36 | 7.53 | 2.18 |
| 19 | III ОРБ София | 34.10 | 5.69 | 1.51 |
| 20 | V ОРБ София | 30.71 | 12.34 | 1.44 |
| 21 | VI ОРБ София | 13.67 | 3.81 | 1.51 |

Източник: Б. Давидов [9].

Повече разходи означават по-големи грижи и по-високо качество. Дали е така наистина? Дали това има връзка с тясно клиничните аспекти на лечението — повече (*и то целесъобразни*) изследвания, по-скъпа (*и по-ефективна*) терапия и пр.? Или просто по-високите разходи се дължат на по-големите стопански разходи на болницата? Тези въпроси очертават насоки за задълбочени анализи.

- б) Средният разход за един лекарствден варира от 1.24 лв. (*отново III ОБ Пловдив*) до 12.84 лв. (*Пета ОРБ – София*). ПГБ заема второ място с 10.82 лв. — или с около 20 % по-ниски разходи.

Дали става въпрос за приложение на скъпи и високоефективни медикаменти, за обикновена презастраховка или за полипрагмазия — това са насоки за задълбочено клинично изучаване.

- в) Средният разход за един храноден варира от 0.56 лв. (*ОРБ Силистра*) до 2.59 лв. (*ОРБ Варна*). ПГБ заема седмо място — 2.03 лв., което изглежда добре на фона на другите болници.

4. Отново алгоритмите в клиничен аспект

Приемаме, че всички визирани по-горе анализи са направени — за всяко отделение и за група болести, и за съответните им алгоритми са получени негативни и позитивни клинични и икономически изводи. Следващата стъпка е нов анализ на всички алгоритми. Общата цел на такъв анализ е да се провери, дали в някои стъпки на алгоритмите не може да се търсят по-ефективни или по-малко ресурсоемки решения, които да намалят съответния СРД при запазване (*или подобряване*) на медицинските ефекти.

Обобщение. Терапевтичните алгоритми и СРД

Болниците вече започват да стават “икономически субекти” — т.е. търговски дружества. В скоро време те ще започнат да извършват поне две неща:

- a) Да лекуват задължително здравноосигурени пациенти.
За лечението на всеки пациент съответната Районна здравноосигурителна каса ще заплаща определена сума. Друг е въпросът, по какви методи ще се определи тази сума. От съпоставката между размера на тази сума и реалните разходи на болницата за този пациент с конкретната болест ще се установи, дали болницата ще има “печалба” или “загуба”⁹ от този пациент,resp. от всички други пациенти.
- b) Да лекуват пациенти, заплащащи лечението си “в брой” и/или пациенти, за които лечението се плаща от дружества за доброволно здравно осигуряване. Тук вече съпоставката между размера на платената “в брой” сума и реалните разходи на болницата за този пациент ще формира истинските печалба или загуба на болницата — от този пациент, resp. от всички други пациенти.

⁹⁾ За лечението на този клас пациенти болницата ще работи в режим “не за печалба” и така термините “печалба” и “загуба” са условни. В точни термини става дума за “разлики” (положителни или отрицателни) между “приходи” и “разходи”.

ГЛАВА ДЕВЕТА

ПРОБЛЕМЪТ ЗА РАЗПРЕДЕЛЕНИЕ НА РЕСУРСИТЕ. ПРОБЛЕМЪТ “ОРЕГОН”

Общи положения

Наличието на данни за разходи по отделни болести, обобщени на национално равнище, открива възможност за дефиниране на една задача от принципно нов тип за нашата здравна система. Тук умислено подчертаваме категорията “дефиниране”, с което означаваме възможността за формулиране на задачата. Възможностите за нейното решаване (*задоволително по множество критерии*) са изключително сложни и не можем да ги коментираме в изложение с ограничени цели и обхват.

1. Теоретични постановки

Като здравна система определяме съвкупността от всички публични, частни и други здравни заведения и институции, извършващи дейности по опазване, укрепване, диагностициране, лечение и възстановяване на здравето. Теоретично цялостната дейност на тази здравна система трябва да се насочва (*координира, регулира, управлява*) от единен център.

Естественият център за такава дейност е Министерството на здравеопазването (*МЗ*). МЗ трябва да анализира и насочва (*координира, регулира, управлява и пр.*) дейността на всички институции в здравната система към постигане на определени цели, дефинирани в дадена здравна стратегия. Тя може да се раздели на определен брой здравни програми.

2. Оценка на съществуващата ситуация

По настоящем здравните заведения имат множество собственици: има държавни, общински, кооперативни, частни здравни заведения, както и такива на различни благотворителни и други институции. Финансирането на заведенията става предимно от собствениците, с различна степен на участие на потребителите (*пациентите*). Управлението на заведенията става от собствениците с ясно или немного ясно дефинирани национални цели и приоритети.

Множеството стопани, множеството източници на финансиране, несъвършенството на информационното осигуряване и пр. затрудняват МЗ в изпълнението на гореописаните координиращи функции.

3. Оценка на ситуацията в средносрочен план

В резултат на провеждащата се здравна реформа в близките няколко години се очакват две радикални промени:

1. Националната здравноосигурителна каса (*НЗОК*) ще започне пълноценна дейност – т.е. ще заплаща на всички (*или на повечето*) от здравните заведения за количеството и качеството на извършените от тях медицински дейности спрямо задължително осигурени граждани¹⁰.
2. Здравните заведения (*общопрактикуващи лекари, болници и др.*) в България ще придобият изключително голяма автономия.

В тази ситуация се поставя въпросът: по какви начини МЗ ще може да изпълнява гореописаните координиращи функции.

¹⁰⁾ НЗОК ще има и редица други функции, които тук не са предмет на разглеждане.

4. Потребности от нов управленски подход: нови структури и функции, и нова парадигма

Описаната ситуация понастоящем и нейното развитие в средносрочен период еднозначно определят потребността от нов поглед върху проблемите на управлението на здравната система. Досегашният подход “управление на институции” трябва да се замени с “управление на проблеми”. Това означава да се разработи качествено нова управленска парадигма на МЗ, която да е адекватна на променените условия в здравната система.

За да реализира тази нова парадигма, МЗ ще трябва да анализира и координира (*регулира, синхронизира, управлява*) дейността на цялата здравна система за постигането на определени здравни цели. Тези функции трябва да се осъществяват, без МЗ да се намесва директно във финансирането и оперативната дейност на автономните здравни заведения. Подход за решаването на този проблем е използването на принципите на програмното управление (*управление по цели*). За реализация на този подход трябва да се решат следните проблеми:

- А) Идентифициране на здравните проблеми (*по класове и видове болести*);
- Б) Разработване на проблемно-ориентирани здравни програми;
- В) Разработване на модел за избор на решения за разпределение на ресурсите между здравни проблеми. На базата на този модел, като се варира с различни променливи, могат да се търсят оптимални решения по различни критерии — ресурси, време, качество и пр.

5. Основни параметри на здравна програма

Тук за по-голяма нагледност разглеждаме проблемите по съдържанието на проблемно-ориентирана здравна програма за болнично лечение на определена болест (*група болести*).

Една такава програма трябва да съдържа изходни данни (*ретроспективни, текущи, прогнозни*) за:

- ◆ броя на болните от дадена болест (*група болести*);
- ◆ средния престой на тези болни — по отделения, по болници, средно за страната;
- ◆ разходите за болнично лечение на тези болни — по отделения, по болници, общо за страната, дял на разходите спрямо всички разходи.

На базата на тези данни съответни клинични специалисти могат да разработят програма за оптимизация на някои от горните параметри, като предложат организационни, технологически и икономически мерки.

Програмата може да има краткосрочни (*едногодишни*), средносрочни (*две-, петгодишни*) и стратегически (*над петгодишни*) цели.

Методът СРД може да осигури значителна част от необходимите данни за изготвянето на такава програма, а именно:

- а) средни разходи за един болен от дадена болест (*диагноза*);
- б) общи разходи за лечение на всички болни от дадена болест (*диагноза*);
- в) среден престой на един болен от дадена болест (*диагноза*).

6. Методът СРД и проблемът “Орегон”

Определянето на извършените разходи по отделни видове болести (или СРД) на равнище отделно болнично отделение и оттук — на национално равнище, води до възможността за анализ на извършените разходи в някои от насоките, които разглеждахме в предните глави. По-горе обсъдихме възможността разходите да се съсредоточат и в определен брой проблемно-ориентирани програми. Това обаче води и до дефиниране на обратната задача — “как да се разпределат лимитирано количество финансови средства така, че те да задоволят всички потребности от болнично лечение за даден

период — примерно една година”.

Постановката на задачата е следната: Налице са определено количество пари — напр. 1 000 млн. лв. за една произволна бъдеща година, предназначени за заплащане на извършеното болнично лечение. Поставя се въпросът, как тези пари да се разпределят по болести (*групи, класове*), след това по болници и техни отделения, така че всеки нуждаещ се (*страдащ от съответната болест*) да има гаранция, че лечението му ще се заплати от тази сума пари. Или накратко казано — как да се разпределят парите за лечението на всички болни.

За коректната постановка на тази задача са необходими две групи допълнителни данни:

- а) колко се очаква да бъдат в тази бъдеща година всички болни от съответните видове болести;
- б) колко се очаква да струва лечението на един болен от дадена болест в бъдещата година.

Методът СРД позволява получаването на данни по втората група данни. По различни прогнозни методи от наличните за дадена година(*и*) данни може да се изчислят очакваните СРД за произволна бъдеща година [11].

Може да се смята, че извършването на епидемиологично проучване ще осигури данни от първата група.

При това положение постановката на задачата ще има следния вид: умножава се очаквания брой болни по очакваните разходи — по всяка група болести, и се получава разчетната сума пари, която ще струва болничното лечение на болните от съответната болест. Сумата от всички суми за отделни болести ще даде един елемент от решението на задачата — очакваната или необходимата сума пари.

Тази сума обаче предстои да се съпостави със сумата на наличното количество пари — 1000 млн. лв. По правило наличната сума е винаги по-малка от необходимата.

Налага се търсенето на компромиси. Насоките за намаляване на необходимата сума пари са следните:

- ◆ намаляване на броя лекувани болести;
- ◆ намаляване на броя лекувани болни от всяка болест;
- ◆ намаляване на СРД за лечение на болните от дадена болест.

Подобна постановка и начини на решение има задачата, известна в литературата като “Проблемът “Орегон” — или “кой да се лекува и кой не”. Тя е дефинирана от властите в Северноамериканския щат Орегон, които е трябвало да разпределят определено количество публични средства в горните направления. В резултат са изготвили списък с болести, лечението на които се заплаща от тези публични средства и друг списък, лечението на които трябва да се заплати от самия болен. (*Повече подробности по същността и дискусиите, повдигнати от този подход вижж в [10].*)

Обобщение

Въпростът за разпределение на финансовите ресурси за медицинско обслужване на населението у нас до настоящия момент не е поставян с необходимата острота поради наличието на множество разпределителни центрове. Този въпрос постепенно ще започне да става актуален сега, когато НЗОК започна да функционира като основен център на това разпределение. Разгледан е модел на здравна програма, при изготвянето на който могат да се използват данните, получени по метода СРД.

Разпределението на ресурси между отделни конкуриращи се в известен смисъл програми е друга голяма проблемна област, в която има вече опит (*проблемът “Орегон”*).

Методът СРД може да се впише като полезен инструмент в информационното осигуряване при решаването на такъв клас проблеми.

ГЛАВА ДЕСЕТА

НАСОКИ ЗА УСЪВЪРШЕНСТВАНИЕ НА МЕТОДА СРД

Общи положения

Както всяко човешко творение и настоящият метод подлежи на значително развитие и усъвършенстване. Особено когато това е нов метод, чието масово утвърждаване тепърва предстои. На базата на досегашните си наблюдения можем да определим няколко основни насоки за развитие и усъвършенстване на метода.

1. Еднозначно дефиниране на болничните отделения

В досегашната статистическа отчетност по редица причини паралелно съществуват два подхода за дефиниране на подразделенията на болницата — видове легла и видове болнични отделения. Първият е ориентиран по-скоро към клиничните специалности, а вторият — по-скоро към планиране, отчитане и анализ на разпределението на болничните ресурси. Нашето разбиране е, че от икономическа гледна точка вторият подход е по-логичен, защото отделението се разглежда като ресурсен център, т.е. консумиращо определени ресурси и произвеждащо определен продукт(*u*). (*Повече за дефинирането на ресурсни центрове виж в [8].*)

Заедно с този проблем трябва да се реши и въпросът с регламентирането на национална номенклатура на болничните отделения (вкл. клиники, сектори и пр.). Едва тогава продуктите на еднотипните болнични отделения ще могат да бъдат съпоставими.

2. Разработване на единна методика за определяне на разходите

Вече споменахме, че понастоящем за определяне на разходите на болничните отделения се използва “Методиката

за разделно отчитане на разходите...”. Тя е единствената официално регламентирана методика и като такава осигурява съпоставимост на резултатите в синхронен и диахронен аспект. Коментирахме и нейните ограничени възможности в точността на диференцирането на разходите. Освен нея български изследователи предлагат и различни други методи, които освен предимствата си имат недостатъка, че не са приложими. Хр. Грива [8], на базата на опита на британските здравни мениджъри, предлага една такава методика, която с неизбежните обсъждания и усъвършенствания би могла да замени настоящата “Методика...”.

3. Решаване на проблема “изписани болни – преминали болни”

Вече обяснихме причините за избор на показателя “изписани болни”, като отчетохме и неточностите, които този показател внася. Едно по-нататъшно усъвършенстване на метода трябва да реши този проблем, като се базира на събиране на информация за броя на “преминали болни”. Между другото, наши анализи от експлоатацията на ИСИИ показват, че в регистрацията и на този показател има определени проблеми на равнище отделения и болници.

Една насока за усъвършенстване е както методичното осигуряване на дефинициите (*виж определенията в методологичния материал от Хр. Грива, Ст. Христова и Т. Чолакова, [7]*), така и контрола на регистрацията на отделните равнища.

4. Разширяване на номенклатурата на болестите

Ние мотивирахме избора на второто равнище на дезагрегация на МКБ-9 със 129 болести (*групи, класове*) с факта, че именно по тази номенклатура във всяка болница се попълват статистически документи, т.е. събирането на данни за информационното осигуряване на метода СРД няма да пре-

дизвика особени методични проблеми. Но доста вероятно е, че на даден етап от развитието на метода тези 129 номенклатурни единици ще се окажат недостатъчни и ще трябва да се търси някакво разширение. Какви ще са насоките и пределите на това разширение отсега е трудно да се предвиди, особено ако се имат предвид и разходите по допълнително обучение на болничните регистратори и статистици.

Обобщение

Обсъдихме накратко няколко насоки за повишаване на точността и разширяване на обхвата на метода СРД. Очакваме разбира се и становищата на всички експерти, които могат с препоръките си и разработките си да допринесат за развитието на този метод.

ГЛАВА ЕДИНАДЕСЕТА

ВЪЗМОЖНОСТИ ЗА ПРИЛОЖЕНИЕ НА МЕТОДА СРД: ПОГЛЕД НАПРЕД

„Едно от най-забележителните следствия, от продължаващата информационна революция е влиянието ѝ върху процеса на създаване и извличане на икономически стойности“.

Дж.Ф. Рейпорт и Дж. Дж. Свиокла (цит. по [25])

В изключително динамичния свят на информационните технологии всеки опит за “надничане” в (*дори*) близкото бъдеще е обречен на неуспех — те се развиват по-бързо от човешките представи за тях. Един пример — само за пет години (*от 1995 до днес*) изследователите различават вече четири етапа в еволюцията на “комуникационния потребител” и обсъждат появата и параметрите на “търговски улици” в Интернет от второ поколение [25]. Каква е връзката на метода СРД с дигиталните пазари и електронната търговия? Има ли смисъл да се търсят паралели между един все пак ограничен по функциите си метод и информационните технологии? Според нас — да, и ето защо.

1. Публичните болници — производители и продавачи на болничен продукт

Публичните болници у нас ще станат търговски дружества и като такива те ще продават на пазара своя продукт. Предполага се, че те ще имат мощни (*или поне достатъчни*) стимули да продават този свой продукт — най-малкото поради заплахата от минимизация на доходите им или фалит. Купувачите на този продукт ще са различни икономически

субекти и с всеки от тях болниците ще работят в специфични икономически режими. С Националната здравноосигурителна каса (*НЗОК*) болниците ще сключват договори за “възстановяване на разходите” за купения от нея продукт, с дружества за доброволно здравно осигуряване и с граждани, заплащащи лечението си в брой. С всички тях болниците ще установяват чисто пазарни отношения, оттук и пазарни цени на продукта си. Кои са потенциалните следствия в тази ситуация?

- а) болницата трябва да разполага със списък (*каталог, номенклатура*) на нейния болничен продукт;
- б) болницата трябва да разполага с минимум два параметра на всяка единица болничен продукт — себестойност (*разходи*) и пазарна цена. В определени случаи ще е полезно или задължително да се добавят и характеристики за качеството на всеки отделен продукт;
- в) болницата трябва да предостави информацията по т.т. 1 и 2 (*или част от нея*) на всички реални и потенциални купувачи на нейния продукт.

Следва кратък коментар по всяко от следствията.

1.1. Каталог на продукта

Тезата, че болницата е хуманна институция, която трябва да върши всичко необходимо за намаляване на страданията и спасяване на човешкия живот е вярна и винаги ще бъде вярна. Но тя е неадекватна на икономическата ситуация, в която за всяка отделна дейност на болницата някой “купувач” (*НЗОК, община, министерство, пациент, осигурително дружество и др.*) ще трябва да заплати. Оттук нататък става задължително всичко, което върши болницата, да се постави в строгите рамки на номенклатурите. По-горе разгледахме различни подходи за диференциране и измерване на болничния продукт на отделни малки номенклатурни единици.

Идеалната ситуация би била да се изработи такъв уни-

версален каталог на национално равнище и всяка (*поне публична*) болница да представя продукта си именно посредством неговите категории. В случаи, когато спецификата на продукта на болницата излиза от рамките на националния каталог се допускат отклонения и допълнения.

Този каталог може да служи за комуникация на болница-та с различните “купувачи”. Може разбира се да се окаже полезен и подходът на различни купувачи да се предлагат различни каталоги — с по-голяма или по-ограничена детайлизация на продукта.

1.2. Себестойност и пазарна цена на продукта

За всяка единица от каталога на продукта трябва на първо място да се определи себестойността и/или направените за производството ѝ разходи. По-горе обсъдихме някои подходи за това определяне. Тези разходи ще са необходими:

- а) за вътрешно-болничния мениджмънт;
- б) за отношенията с “купувача” НЗОК.

На второ място, за всеки (*или за част от тях*) продукт от каталога трябва да се определи и пазарната цена (*себестойност плюс амортизации, данъци, печалба и пр.*). Тази цена е необходима за отношенията с всички останали “купувачи”.

1.3. Представяне на информацията на всички реални и потенциални купувачи

За онагледяване на разъжденията си приемаме един симулативен пример.

Допускаме, че като измерител на болничните дейности се използва единицата, разработена от нас в метода СРД — “преминал болен от болест X” (*в термини на използваната от нас по-горе номенклатура МКБ-9*). Така националният каталог на болничния продукт обхваща болнично лечение на 129 “вида” болести. Оттук всяка болница изготвя свой конкретен каталог — кой от тези “видове” болести се лекувват в нейните отделения.

Такъв конкретен каталог би заинтересувал теоретично всички “купувачи”. Особено ако към каталога се добавят и допълнителни характеристики за качеството на продукта — напр., осигуряване на отделна стая, на персонална медицинска сестра, на ресторантски тип хранене и много други допълнения (*жаргонно наричани “екстри”*).

Цената на единица болничен продукт ще заинтересува отделни категории купувачи — дружества за доброволно здравно осигуряване и пациенти, заплащащи лечението си в брой.

Себестойността (*или разходите*) за единица болничен продукт е информация, която има редица особености.

Ако НЗОК ще заплаща на всяка болница закупения от нея продукт на база именно на себестойността (*разходите*) на конкретната болница, тогава болниците ще се конкурират пред НЗОК по количеството и по “цената” на предлагания продукт. В такъв случай болниците са заинтересувани да предоставят на НЗОК както каталога на продукта си, така и информацията за разходите за него (*или за “цената” му*).

Ако НЗОК ще заплаща на всяка болница закупения продукт по някакви единни (*национални*) стойности, болниците няма да имат мотивация да предоставят на НЗОК информация за себестойността на продукта си. Даже напротив — болничните мениджъри могат да счетат тази информация за фирмена тайна.

От друга страна обаче, за болничните мениджъри (*поне от публичния сектор*) може да се окаже изключително полезно да разполагат с информация за себестойността на продукта на другите болници в общата “среда” на болничния сектор. Така доводът “фирмена тайна” може да се замени с довода “необходимост от обмен на “ноу-хай”, или в случая на знания за управлensката технология и на получените от приложението и резултати. Така обменът на такава информация може да стане полезен инструмент на болничния мениджмънт.

Примерът се базира на използването на метода СРД. Разбира се подобни разъждения са валидни за всяка друга възможна единица за измерване на болничния продукт — стига да отговаря на дефинираните по-горе изисквания.

2. Болничното обслужване в дигиталните пазари

Като се има предвид горния пример, може да се обсъди една визия за неговото масово приложение в пазарна среда. Може би е осъществима ситуацията, в която всички болници ще предлагат в Интернет каталозите на предлаганите от тях продукти, евентуално с допълнителни параметри на тези продукти (*качество, цена, себестойност и пр.*). Възможен вариант е всички болници да използват по-мощните технологични и организационни възможности на НЗОК, НЦЗИ или други институции. “Интелигентни приложения”¹¹ могат да обработват тази информация и да предоставят на всеки конкретен купувач “списъци — варианти” на избрани от него поръчки и техни “производители”, които отговарят на зададени от купувача критерии.

Всеки каталог на дадена болница е свързан с вътреболничната информационна система (*Инtranет*) и се актуализира автоматично. От своя страна в дадена болница поръчките от отделните “купувачи” се получават от Интернет и обработват от съответни търговски приложения. Обработените и приети поръчки на свой ред постъпват (*по Инtranет*) в болничните информационни системи за изпълнение, отчет и анализ.

Тази ситуация днес (*поне в българския болничен сектор*) зучи не особено реалистично. НЦЗИ от осем години разпространява на хартиен носител (*Бюлетини “Икономическа информация в здравеопазването”*) информация за разходите за болничните продукти на 134 общински болници — на равнище болнично отделение. От 1998 г. тази информация се предоставя и на магнитен носител. Методът СРД позволи тази информация да се получи и на равнище 129 болести (*конкретни болести, групи, подкласове и класове болести*). Пренасянето на тази ин-

¹¹ “Интелигентни приложения, софтуерни приложения или просто приложения — това са софтуерни програми, които помагат на хората да намират или филтрират информация. По преценка на оператора те могат да правят запитвания или да вземат решения. Могат да се учат и приспособяват към действия или операционна среда и са автономни и подвижни в своята работа” [25].

формация в Интернет, разработването на съответни филтри, “интелигентни приложения” и пр. за обслужване на бъдещите “купувачи” — комуникационни потребители, е въпрос по-скоро на технологическо равнище. Добавянето към тази информация на съответни цени е пък въпрос на търговска политика на болничните мениджъри на конкретните болници.

След решаването на тези (*разбира се и на много други*) въпроси, като краен резултат може да се получи “търговска улица” от второ поколение¹², описваща основните параметри на целия болничен продукт, предоставян от публичния (*а защо не и от частния*) болничен сектор на вниманието на всички потенциални “купувачи”.

Тук има за решаване огромен брой “извън технологични” въпроси като например: каква ще бъде “взаимоизгодната” (*между “производители*” и “купувачи”) номенклатура за дефиниране на болничния продукт, каква методология ще се използва за определяне на разходите и цените на продукта; докъде ще се простират ограниченията на фирменията тайна и много други.

Заедно с това трябва естествено да се решат и редица технологични въпроси — например проблеми на контакта между болници, които още нямат вътрешни болнични информационни системи с тази система, установяването на контакт между болниците и Интернет, разработване на съответните приложения и много други. Друг дискусионен въпрос е дали, с оглед спецификите на медицинската информация, няма да се предпочтете изграждането на относително автономна корпоративна информационна система и всичко казано по-горе да се реализира в нейните “институционални” рамки.

Разбира се в тук представяме по-скоро едно виждане за мястото на един дял от дигиталните технологии в икономиката на

¹² Според У.Мугаяр [25] “търговска улица” от първо поколение в Интернет е просто съвкупност от няколко уебсайта или независими магазини, без интеграция между тях. Търговските улици от второ поколение приличат повече на организирани пазари, тъй като притежават някои от характеристиките, необходими за успех в електронното пазаруване”.

болничния сектор. Динамичното им развитие най-вероятно скоро ще надмине този опит за надничане в бъдещето.

Обобщение

Можем да кажем, че скромния ни опит в разработването на метода СРД именно като масово приложим (във всяка болница) днес и сега, и получените от него массиви от данни за някои основни параметри на болничните продукти на тези болници, е първата стъпка, показваща възможна посока към тези интересни перспективи.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Във всичко казано дотук очертахме острата необходимост на нашата теория и практика от метод за определяне на разходите за болничния продукт, както във връзка със започването на работа на НЗОК, така и с излизането на (относително) конкурентния пазар на болниците в качеството им на търговски дружества.

Направихме преглед на съществуващите в здравната система рутинни методи за определянето на разходите и оценихме техните предимства и недостатъци. Общият извод е, че те не осигуряват необходимата детайлност на оценката на болничния продукт. Въвеждането на известните от световната практика по-точни методи е свързано с потребност от влагането на значително количество ресурси – за подобряването на методичното и информационното осигуряване във всички болници.

Предлагаме нов за българските условия метод. Той се базира на информация, събирана във вътрешната болнична статистика, която се обработва на национално равнище. В метода се използват два показателя. Първият е “среден престой на болните” в дадено болнично отделение – по 129 болести, групи болести и класове болести, като се използва второто равнище на детайлизация по МКБ – 9. Вторият е “среден разход за преминал болен” в дадено болнично отделение – по данни от информационната система на НЦЗИ “Икономическа информация”. От умножението на двете величини се получава показателят “среден разход на диагноза” – по 129 болести, групи, класове болести – за всяко болнично отделение в конкретна болница. Данните се обобщават на равнище болници, групи болници и на национално равнище. Получава се масив информация за всички 134 болници, подчинени и финансиирани от общините.

Обсъдихме точността на метода и дискутирахме осем фактора, които влияят върху нея. Общия извод е, че методът осигурява достатъчно равнище на точност, като се имат предвид: а) изчерпателното проучване – обхванати са всички общински болници в страната; б) минималните разходи за разработването и рутинното прилагане на метода. Методът се прилага вече втора година, и са получени и обработени данни за 1998 и 1999 г.

Предложихме насоки за използване на данните за различни анализи – на национално (макроикономическо) равнище, на регионално и на локално (микроикономическо) равнище. Показани са някои примерни анализи за разпределението на финансовите средства по видове болести, за натоварването и използването на болничния капацитет по видове болести и пр. Изводът е, че тези анализи могат да се разширят и обогатят, и да станат полезен инструмент на мениджърите на различни равнища.

ЛИТЕРАТУРА

1. **Босилкова З., Б. Давидов** (1994), “Общи постановки на разделното отчитане на разходите на обединените болници през 1993 г.”, “Бюлетин “Икономическа организация в здравеопазването”, бр. 4, 1994 г. изд. НЦЗИ и МЗ
2. Бюлетин “Икономическа информация в здравеопазването”, изд. НЦЗИ, бр. 10 , част първа, 2000 г.
3. **Василев В., А. Петков и А. Александров** (1998), “Сравнителен анализ на методиките за ценообразуване на здравните продукти използвани в България”, сп. “Социална медицина” бр. 1, 1999 г.
4. **Грива Хр., П. Амуджев, Б. Давидов** (1994), “Проблеми на финансирането на здравните заведения: Основни положения на система за договориране на медицинските дейности между общинските власти и здравните заведения”, Бюлетин “Икономическа информация в здравеопазването”, изд. НЦЗИ и МЗ, брой 3, 1994 г.
5. **Грива Хр., Св. Господинова и М. Вуков** (1995), Един възможен подход за разпределение на финансовите средства, необходими за здравно обслужване на населението на България по общини, Информационен бюлетин “Здравно състояние”, брой 4, 1993, НЦЗИ
6. **Грива Хр., Б. Давидов, З. Босилкова** (1995), Договорната система във финансирането на здравните заведения: теоретични постановки и някои практически проблеми, Бюлетин “Икономическа информация в здравеопазването”, изд. НЦЗИ и МЗ, брой 6, 1995 г.
7. **Грива Хр., Ст. Христова, Т. Чолакова** (2000), “Здравни индикатори”, изд. Национален център по здравна информация, София, 2000 г.
8. **Грива Хр.**(2000), “Определяне на разходите при сключване на договорите в здравеопазването”, изд. Национален център по здравна информация, София, 2000 г.
9. **Давидов Б.** (1999), “Терапевтични алгоритми”, Изд. Национален център по здравна информация, София, 1999 г.
10. **Давидов Б.** (1998), “Здравните ефекти” — пресечна точка на интересите на клиницистите и здравните икономисти”, В: “Здравната реформа в България”, втора част, под ред. на проф. Мир. Попов, изд. “Македония — прес”, 1998
11. **Давидов Б.** (1999), “Колко струва лечението на един болен с исхемична болест на сърцето ? Теоретични и приложни проблеми на стойността на болничното лечение” сп. “Здравна икономика”, бр. 1, м. юли, 1999 г.
12. **Давидов Б.** (1998), “Проблеми на контрола и ограничаването на здравните разходи в макроикономически аспект”, В: “Здравната реформа в България” Сборник лекции под ред. на проф. М. Попов, втора част, изд. “Македония — прес”, 1998 г.

13. **Давидов Б.** (2000), “Измерители на болничния продукт и подходи за определяне на разходите за него”, В: “Основи на болничното управление”, под ред. на проф. М. Попов, изд. Македония-прес, София, 2000 г.
14. **Делчева Е.**(1998), “Производствената система на здравното заведение”, В: “Здравната реформа в България” Сборник лекции под ред. на проф. М. Попов, втора част, изд. “Македония — прес”, 1998 г.
15. “Единна методика за разделно отчитане на разходите в здравните заведения по видове разходи и типове заведения” (1992), в Бюлетин “Икономическа информация в здравеопазването, бр. 1, м. август, 1993 г. изд. НЦЗИ и МЗ
16. “Единен класификатор на дейностите в здравеопазването”, (1985), колектив с ръководител Ц. Пеевски, Научен институт по социална медицина и организация на здравеопазването, София,
17. **Иванов Л., Е. Делчева, М. Попова, Т. Стоянова** (1998), “Ефективно използване на болничните ресурси”, сп. “Социална медицина”, бр. 1 и бр. 2 1998 г.
18. **Иванов Л, М. Ганова – Йоловска, Б. Константинов** (1999), “Качество на кодиране и достоверност на медицинската информация за разпределение на финансовите ресурси по диагностично-съвързани групи”, сп. “Социална медицина”, бр. 4, 1999 г.
19. **Илиев Д.** (1998), “Кейс-микс подхода и приложението му в управлението на здравеопазването”, В:” Здравната реформа в България”, втора част, под ред. на проф. Мир. Попов, изд. “Македония — прес”, 1998 г.
20. **Зафирова Цв.** (1999), “Контрол на болничните разходи в условията на конкуренция”, сп. “Здравна икономика”, изд. НЦЗИ, бр. 1, 1999 г.
21. **Зафирова Цв.** (2000), “Стратегически подход при избора на конкурентно поведение на болниците”, дисертационен труд за присъждане на образователната и научна степен “доктор”, Икономически университет – Варна
22. **Маринов М.** (1998), “Качество и управление на качеството в здравното заведение”, В: “Здравната реформа в България” Сборник лекции под ред. н проф. М. Попов, втора част, изд. “Македония — прес”, 1998 г.
23. “Методика за разделно отчитане на разходите в здравните заведения”, Бюлетин “Икономическа информация в здравеопазването”, изд. НЦЗИ и МЗ, бр. 2, 1993 г.
24. **Мирчева И.** (2000), “Параметри за приложение на електронен запис на пациента в медицинската практика”, дисертационен труд за присъждане на образователната и научна степен “доктор”, Медицински университет – Варна, 2000 г.
25. **Мугаяр У.** (2000), “Дигитални пазари: Стратегии за интернет търговия”, изд. “Сиела”, София, 2000 г.,
26. **Попов Мир.** (2000), “Концепцията за болничната индустрия – в национален и интернационален план” (ръкопис)

27. **Попова М.** (1996), “Отчитане на фактическите разходи в болниците — състояние и проблеми”, сп. “Социална медицина”, брой 4, 1996 г.
28. **Попова М.** (1998), “Анализ на разходите в здравното заведение”, В: “Здравната реформа в България”, втора част, под ред. на проф. Мир. Попов, изд. “Македония — прес”, 1998 г
29. **Русев Р.** (1999), “Подход за икономически анализ на лечебната дейност”, сп. “Здравна икономика”, изд. НЦЗИ, бр. 1, 1999 г.
30. **Стоянова Т., В. Асенова и А. Андреева** (1999), “Приложение на управленското счетоводство в болниците”, сп. “Здравна икономика”, изд. НЦЗИ, бр. 1, 1999 г.
31. **Kind P., G. Guidex** (1993), ‘The role of QALYs in assessing priorities between health-care interventions’, In: ‘Purchasing and Providing Cost-Effective Health Care’, ed. A. Drummond and A. Maynard, Churchill Livingstone, 1993
32. **Morris J, A. Watt** (1993), ‘Assesing quality of life’,
33. **Roger France F.**, (1993), ‘Hospital Information Systems in Europe: Trends Toward Uniformity’, In: ‘Diagnosis related Groups in Europe. Uses and Perspectives’, Eds. M. Casas and M.M. Wiley, Springer Verlag, 1993
34. **Russel-Babin K.** (1999), ‘Scaling the Outlier Brick Wall. The Long Stay Action Board’, New Definition”, CCM The Center for Case Management, Vol. 14, 1, Winter Spring 1999

METHOD „AVERAGE COST PER DIAGNOSIS“: CONTENT, RESULTS, POSSIBILITIES FOR IMPLEMENTATION

ABSTRACT

An urgent need is felt of a method for assessment of the expenses for the hospital product with respect to the introduction and begin of functioning of the National Health Insurance Fund. A review is made of routine approaches in the existing health system, accompanied by an evaluation of their advantages and shortcomings. The main conclusion is that they lack the necessary details to evaluate correctly the hospital product. The introduction of methods known in global practice would require a considerable amount of resources for improving methodological and information provision in hospitals.

A new Bulgarian method called “Average Cost per Diagnosis” is described, based upon routine information collected by hospital statistics and processed on a national level. This method uses two indices. The first of them is the average stay of patients in a hospital department, classified according to 129 diseases, groups of diseases and classes of diseases using the second level of detailisation of the International Classification of Diseases – 9 (ICD – 9). The second one is “the average cost for hospital stay of a patient” in a specific hospital department according to data of the information system “Economic Information” of the National Center for Health Informatics. The multiplication of both indices delivers a third one – “Average Cost per Diagnosis” for each of 129 diseases, groups of diseases etc. for every department in a hospital. The data are summarised on the level of the hospital, groups of hospitals and on a national level, and an information massive is obtained about all 134 hospitals subordinated to and financed by municipalities.

Eight factors of the exactitude of the method are discussed. The general conclusion is that this method ensures a satisfying level of exactitude, due to: a) an exhaustive study including all municipal hospitals in the country, b) minimal costs for the elaboration and routine application of the method, which has been applied for two years now and data have been obtained and processed for 1998 and 1999.

Suggestions for the use of data for various analyses are proposed – on a national (macroeconomic) level, as well as on a regional and local (microeconomic) levels. Examples of analyses about the distribution of financial means for different kinds of diseases are shown, as well as charge and use of hospital capacity for different diseases etc. The conclusion is drawn that these analyses could be widened and enriched in order to become an useful instrument for managers of different levels.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Описание на таблицата

Таблицата съдържа данни за СРД за всички изследвани болници за 1999 г.

По хоризонталната ѝ част са описани всички 41 вида болнични отделения.

По вертикалната част на таблицата е развита номенклатурата на класовете, групите и конкретните болести — общо 129 реда плюс първи обобщаващ ред.

В едно поле — за даден вид отделение и за даден вид болест, е показана величината на съответния СРД или на средния разход на диагноза — в лева.

Липсата на данни за СРД означава, че в дадения вид отделение не е имало болни от съответна болест.

**СРЕДЕН РАЗХОД НА ДИАГНОЗА В ОТДЕЛЕНИЯТА НА ОБЩИНСКИТЕ БОЛНИЦИ ПРЕЗ 1999 Г. ПО ВИДОВЕ
ОТДЕЛЕНИЯ И ПО КЛАСОВЕ, ГРУПИ И ОТДЕЛНИ БОЛЕСТИ**

(в лева)

| № на ко. кп. | НАИМЕНОВАНИЕ НА БОЛЕСТИТЕ ПО МКБ - 9 | Фър мъж | Ши- пералев- тични | ендокри- ноло- гични | ревмато- логични | хемато- логични | гастро- ентеро- логочни | факторе- ратия и реабил. | заболява- ния | лични | хирург- чески | проф. | ортопедо- хирургични | нерво- хирургични |
|-----------------------|---|----------------|--------------------------|----------------------------|---------------------|--------------------|-------------------------------|--------------------------------|------------------|------------|------------------|------------|-------------------------|----------------------|
| | а | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | |
| | Общо I - XIII гп. | 001-999 | 001 | 212 | 262 | 205 | 220 | 244 | 251 | 290 | 450 | 239 | 285 | 324 |
| I | Инфекциозни болести и паразитози | 001-139 | 002 | 199 | 284 | 247 | 212 | 267 | 201 | 287 | 0 | 387 | 192 | 749 |
| | в това число: | | | | | | | | | | | | | |
| | Чревни инфекциозни болести | 001-009 | 003 | 118 | 0 | 0 | 51 | 0 | 132 | 0 | 0 | 156 | 0 | 0 |
| | Туберкулоза | 010-018 | 004 | 239 | 254 | 376 | 229 | 0 | 209 | 0 | 0 | 420 | 167 | 728 |
| | Менингококкова инфекция | 036 | 005 | 175 | 0 | 0 | 68 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Сифилис и други венерически болести | 090-099 | 006 | 364 | 328 | 84 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 388 | 0 | 0 |
| II | Новообразувания | 140-239 | 007 | 217 | 282 | 211 | 273 | 237 | 265 | 275 | 0 | 324 | 210 | 553 |
| | в това число: | | | | | | | | | | | | | |
| | Эпокархиальные новообразувания | 140-208 | 008 | 212 | 277 | 241 | 276 | 230 | 270 | 249 | 0 | 409 | 418 | 515 |
| | Доброкачествени новообразувания | 210-229 | 009 | 212 | 304 | 162 | 257 | 528 | 200 | 306 | 0 | 187 | 187 | 607 |
| | от ТЯС | | | | | | | | | | | | | |
| | Доброкачествени новообразувания на матката | 218-219 | 010 | 183 | 800 | 150 | 0 | 223 | 292 | 0 | 0 | 303 | 0 | 190 |
| III | Болести на ендокринните жлези, на храненето, на обмяната и разстройства на имунитета | 240-279 | 011 | 242 | 267 | 73 | 249 | 183 | 281 | 271 | 0 | 399 | 343 | 507 |
| | в това число: | | | | | | | | | | | | | |
| | Болести на щитовидната жлеза | 240-246 | 012 | 258 | 274 | 249 | 275 | 282 | 266 | 0 | 229 | 0 | 0 | 0 |
| | Захарен диабет | 250 | 013 | 238 | 270 | 64 | 248 | 233 | 256 | 383 | 0 | 625 | 705 | 0 |
| | Нейроимунни състояния | 260-269 | 014 | 361 | 120 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 279 | 0 | 0 |

| N на ко. код. | НАИМЕНОВАНИЕ НА БОЛЕСТИТЕ ПО МКБ - 9 | Ши- а | терапев- тични | ендокри- ноло- гични | ревмато- логични | нейропло- гични | хемато- логични | энте- рологични | гастро- ренте- рология и рехабил. | фтизиоте- рапия и рехабил. | проф. заболява- ния | хирург- ични | ортопедо- травма- тологични | невро- хирургични |
|-------------------------------------|--|----------|-------------------|----------------------------|---------------------|--------------------|--------------------|--------------------|--|----------------------------------|---------------------------|-----------------|-----------------------------------|----------------------|
| IV | Болести на кръвта и кръвотворните органи | 280-289 | 015 | 253 | 276 | 180 | 256 | 250 | 250 | 476 | 0 | 173 | 132 | 0 |
| в това число: | | | | | | | | | | | | | | |
| Анемии | | 280-285 | 016 | 259 | 282 | 179 | 258 | 268 | 280 | 476 | 0 | 246 | 132 | 0 |
| от ТАС: | | | | | | | | | | | | | | |
| Желязо-недостатъчни анемии | | 280 | 017 | 257 | 298 | 216 | 247 | 319 | 268 | 476 | 0 | 229 | 0 | 0 |
| V | Психични разстройства | 290-319 | 018 | 141 | 72 | 108 | 181 | 206 | 177 | 235 | 0 | 238 | 506 | 217 |
| в това число: | | | | | | | | | | | | | | |
| Неврози и разстройства на личността | | 300,301 | 019 | 146 | 130 | 113 | 220 | 152 | 143 | 235 | 0 | 378 | 0 | 209 |
| Соматични разстройства, свързани с | | | | | | | | | | | | | | |
| психични фактори | | 306 | 020 | 97 | 0 | 87 | 66 | 0 | 0 | 0 | 0 | 49 | 0 | 158 |
| VI | Болести на нервната система и състивните органи | 320-389 | 021 | 161 | 205 | 155 | 288 | 786 | 223 | 266 | 472 | 194 | 159 | 390 |
| в това число: | | | | | | | | | | | | | | |
| Болести на нервната система | | 320-359 | 022 | 166 | 135 | 130 | 288 | 786 | 216 | 241 | 472 | 251 | 256 | 400 |
| от ТАС: | | | | | | | | | | | | | | |
| Менинги | | 320-322 | 023 | 138 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 317 | 0 | 0 | 0 | 602 |
| ЕНЦЕФАЛИТ, менинг и енцефаломиелит | | 323 | 024 | 395 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 285 |
| Болест на Паркинсон | | 332 | 025 | 194 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 151 | 0 | 0 | 121 | 0 |
| Други наследствени и дегенеративни | | 330,331 | | | | | | | | | | | | |
| болести на ЦНС | | 333-336 | 026 | 166 | 0 | 144 | 0 | 0 | 157 | 480 | 0 | 388 | 0 | 150 |
| Множествена склероза | | 340 | 027 | 235 | 164 | 0 | 356 | 0 | 0 | 296 | 0 | 0 | 0 | 293 |
| Детска церебрална парализа и др. | | 343,344 | 028 | 336 | 0 | 251 | 0 | 0 | 94 | 265 | 0 | 534 | 279 | 285 |

| N на код. | НАИМЕНОВАНИЕ НА БОЛЕСТИТЕ ПО МКБ - 9 | Фър м | Ши- перале- тични | ендокри- ноло- гични | ревмато- логични | нейро- логични | гастро- ентеро- логочни | феномет- рология и рехабил. | проф. заболява- ния | хирург- ични | траума- тологични | нейро- хирургични | |
|-----------------|--|----------|-------------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|-------------------------------|-----------------------------------|---------------------------|-----------------|----------------------|----------------------|-----|
| | a | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| | Епилепсия | 345 | 029 | 140 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 315 | 0 | 203 |
| | Забол. на нерви, коренчета и пъкчици, | 353,354 | 030 | 179 | 264 | 93 | 34 | 786 | 264 | 246 | 232 | 224 | 448 |
| | Мононеврит на седалищни | 355 | 031 | 125 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 289 | 0 | 247 | 429 |
| | Мононеврит на долните крайници | 360-379 | 032 | 93 | 349 | 245 | 0 | 0 | 0 | 0 | 147 | 50 | 179 |
| | Заболявания на окото и придатъците му от ТЯС. | | | | | | | | | | | | |
| | Глаукома | 365 | 033 | 107 | 369 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 175 | 0 | 0 |
| | Катаракта | 366 | 034 | 63 | 339 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 82 | 50 | 0 |
| | Слепота и нападено зрение | 369 | 035 | 30 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 146 | 0 | 0 |
| | Болести на ухото и настолни израстъци от ТЯС. | 380-389 | 036 | 141 | 123 | 177 | 0 | 0 | 38 | 0 | 0 | 212 | 0 |
| | Възпаление на ср. ухо и мастоидит | 381-383 | 037 | 128 | 0 | 167 | 0 | 0 | 38 | 0 | 0 | 194 | 0 |
| | Глухота | 389 | 038 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | VII Болести на органите на дыха общащите | 390-459 | 039 | 211 | 256 | 214 | 237 | 235 | 225 | 314 | 397 | 349 | 313 |
| | в това число: | | | | | | | | | | | | 421 |
| | Остър ревматизъм | 390-392 | 040 | 211 | 298 | 232 | 242 | 0 | 188 | 56 | 0 | 387 | 0 |
| | Хронична ревматична кардиопатия | 393-398 | 041 | 219 | 390 | 214 | 304 | 301 | 289 | 0 | 0 | 133 | 0 |
| | Хипертонична болест | 401-405 | 042 | 205 | 248 | 195 | 223 | 217 | 208 | 334 | 0 | 354 | 0 |
| | Ишемична болест на сърцето от ТЯС. | 410-414 | 043 | 221 | 262 | 223 | 236 | 241 | 204 | 342 | 0 | 268 | 0 |
| | Остър инфаркт на миокарда | 410 | 044 | 282 | 399 | 255 | 290 | 244 | 274 | 826 | 0 | 221 | 0 |
| | Нарушения на сърдечния ритъм | 427 | 045 | 182 | 234 | 172 | 175 | 180 | 244 | 0 | 0 | 245 | 0 |

| N на юл. | НАИМЕНОВАНИЕ НА БОЛЕСТИТЕ ПО МКБ - 9 | Фър а | Ши- терапев- тични ноло- гични | рехабилитаци- чни | нейро- рехабилитаци- чни | хемато- логични | гастро- ендокри- нологични | фималото- ралия и рехабил. | проф. заболява- ния | хирург- ични | траума- тологични | невро- хирургични |
|---|--|----------------|--|----------------------|--------------------------------|--------------------|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------|-----------------|----------------------|----------------------|
| | | | | | | | | | | | | |
| | Мозъчно-съдов болест | 430-438 | 046 | 224 | 229 | 186 | 262 | 20 | 126 | 321 | 0 | 351 |
| от ТЯС | | | | | | | | | | | | |
| Субарак. мозъчен и др. въвр. кървовъз. | 430-432 | 047 | 178 | 154 | 118 | 0 | 110 | 423 | 0 | 397 | | 749 |
| Запушване и стеноза на предмозъчните и мозъчните артерии | 433-434 | 048 | 250 | 226 | 257 | 311 | 20 | 0 | 340 | 0 | 451 | 573 |
| Преходна мозъчна исхемия | 435 | 049 | 204 | 349 | 326 | 0 | 0 | 358 | 322 | 0 | 485 | 0 |
| Мозъчна атеросклероза | 437,0 | 050 | 185 | 0 | 100 | 0 | 0 | 141 | 0 | 0 | 336 | 0 |
| Кърми последици от мозъчно-съдовата болест | 438 | 051 | 189 | 0 | 192 | 0 | 0 | 132 | 311 | 0 | 237 | 0 |
| Флебит, тромбофлебит, венозна embolia и тромбоза | 451-453 | 052 | 214 | 410 | 218 | 339 | 0 | 0 | 0 | 0 | 327 | 273 |
| Варикозни вени на долните крайници | 454 | 053 | 237 | 0 | 150 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 327 | 433 |
| VIII | Болести на дихателната система | 460-519 | 054 | 211 | 277 | 235 | 221 | 280 | 257 | 944 | 0 | 207 |
| | в това число: | | | | | | | | | | | |
| | Остри инфекции на горните дихателни пътища | 460-465 | 055 | 165 | 177 | 179 | 182 | 314 | 202 | 317 | 0 | 164 |
| | Остър бронхит и бронхолит | 466 | 056 | 166 | 236 | 155 | 283 | 147 | 337 | 406 | 0 | 157 |
| | Хроничен фарингит, ринофарингит и синусит | 472-473 | 057 | 156 | 267 | 84 | 68 | 0 | 0 | 0 | 211 | 338 |
| | Хронични болести на тонзилите и адн. вегетации | 474 | 058 | 219 | 246 | 0 | 364 | 0 | 0 | 0 | 93 | 0 |
| | Пневмонии | 480-486 | 059 | 224 | 296 | 247 | 221 | 247 | 267 | 304 | 0 | 273 |
| | Грип | 487 | 060 | 201 | 0 | 175 | 170 | 0 | 281 | 0 | 0 | 238 |
| | Хроничен бронхит и енфизем | 490-492 | 061 | 207 | 239 | 247 | 209 | 230 | 246 | 1281 | 0 | 350 |
| | Астма | 493 | 062 | 200 | 222 | 212 | 229 | 157 | 257 | 2080 | 0 | 243 |
| | Плеврит | 511 | 063 | 252 | 231 | 242 | 238 | 0 | 160 | 0 | 0 | 244 |

| N на код. | НАИМЕНОВАНИЕ НА БОЛЕСТИТЕ ПО МКБ - 9 | Фър м | Ши- перале- тични | ендокри- ноло- гични | ревмато- логични | нейроло- гични | хемато- логични | гастро- ентеро- логични | фимато- рания и рехабил. | проф. заболява- ния | хирург- ични | траума- тологични | нейро- хирургични | |
|-----------------|--|----------------|-------------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|--------------------|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------|-----------------|----------------------|----------------------|----------|
| | a | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 286 |
| IX | Болести на храносмилателната система | 520-579 | 064 | 220 | 229 | 211 | 220 | 279 | 261 | 359 | 0 | 212 | 218 | |
| | в това число: | | | | | | | | | | | | | |
| | Язва на стомаха и дванадесетостепенника | 531-533 | 065 | 215 | 233 | 221 | 273 | 263 | 436 | 0 | 238 | 0 | 0 | 0 |
| | Алгеницит | 540-543 | 066 | 103 | 369 | 33 | 254 | 0 | 116 | 0 | 0 | 175 | 132 | 0 |
| | Абдоминална херния | 550-553 | 067 | 136 | 527 | 209 | 356 | 0 | 199 | 0 | 0 | 201 | 0 | 0 |
| | Чревна непроходимост, без указание за херния | 560 | 068 | 207 | 0 | 359 | 0 | 0 | 308 | 0 | 0 | 238 | 0 | 0 |
| | Хрон. болести и цироза на черния дроб | 571 | 069 | 250 | 285 | 182 | 220 | 293 | 276 | 259 | 0 | 316 | 0 | 0 |
| | Холецистоза и холецистит | 574-575 | 070 | 213 | 253 | 223 | 255 | 261 | 243 | 406 | 0 | 277 | 0 | 0 |
| X | Болести на пикочно-половата система | 580-629 | 071 | 197 | 306 | 226 | 213 | 274 | 273 | 234 | 0 | 195 | 266 | 0 |
| | в това число: | | | | | | | | | | | | | |
| | Болести на пикочната система | 580-599 | 072 | 206 | 299 | 210 | 213 | 274 | 273 | 0 | 0 | 204 | 352 | 0 |
| | от ТАС: | | | | | | | | | | | | | |
| | Недрип, нефротичен синдром и нефроза | 580-589 | 073 | 254 | 436 | 255 | 301 | 347 | 329 | 0 | 0 | 138 | 264 | 0 |
| | в това число: | | | | | | | | | | | | | |
| | Остър глюмерулонефрит | 580 | 074 | 161 | 0 | 0 | 194 | 0 | 339 | 0 | 0 | 248 | 0 | 0 |
| | Бъбречни инфекции | 540-543 | 075 | 211 | 268 | 223 | 198 | 271 | 261 | 297 | 0 | 198 | 440 | 0 |
| | от ТАС: | | | | | | | | | | | | | |
| | Хроничен пиелонефрит | 590-0 | 076 | 216 | 271 | 221 | 208 | 697 | 244 | 297 | 0 | 220 | 440 | 0 |
| | Калъни в пикочните пътища | 592-594 | 077 | 175 | 266 | 180 | 203 | 260 | 253 | 194 | 0 | 177 | 0 | 0 |
| | Цистит | 595 | 078 | 203 | 274 | 168 | 155 | 0 | 161 | 0 | 0 | 251 | 0 | 0 |
| | Уретрит | 597 | 079 | 193 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 233 | 0 | 0 |
| | Хиперплазия на простатата | 600 | 080 | 211 | 431 | 184 | 199 | 0 | 264 | 0 | 0 | 318 | 0 | 0 |

| N на ко. кп. | НАИМЕНОВАНИЕ НА БОЛЕСТИТЕ ПО МКБ - 9 | Фър м | терапев- тични ноло- гични | рехабилитаци- чни | NEYRопато- ЛОГИЧНИ | ХЕМАТО- ЛОГИЧНИ | ФАКТОРИ- РЯНИЯ И РЕХАБИЛ. | ГАСТРО- ЕНДОКРИ- НОЛОГИЧНИ | ПРОФ. ЗАБОЛЯВА- НИЯ | ХИРУРГИ- ЧИЧНИ | ОРТОПЕДО- ТРАВМА- ТОЛОГИЧНИ | НЕВРО- ХИРУРГИЧНИ | |
|-----------------------|---|-----------------|-------------------------------------|----------------------|-----------------------|--------------------|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------|-------------------|-----------------------------------|----------------------|-----|
| | а | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| | Хипертоние | 603 | 081 | 118 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 208 | 0 | 0 |
| | Салининт и офорорт | 614,0- 614,2 | 082 | 219 | 0 | 0 | 220 | 0 | 75 | 343 | 0 | 169 | 0 |
| | Генитален проглас | 618 | 083 | 17 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 250 | 0 | 0 |
| XI | Усложнения на бременността, раждането и следродовия период | 630-676 | 084 | 94 | 0 | 0 | 0 | 0 | 196 | 0 | 133 | 0 | 0 |
| | в това число: | | | | | | | | | | | | |
| | Аборт | 630-639 | 085 | 79 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 57 | 0 | 0 |
| | от ТЯС | | | | | | | | | | | | |
| | Стоманен аборт | 634 | 086 | 161 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 124 | 0 | 0 |
| | Изкусствен аборт | 635,636 | 087 | 34 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 28 | 0 | 0 |
| | Прием акушерски състояния от ТЯС | 640-646 | 088 | 76 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 211 | 0 | 0 |
| | Токсикоза на бременността | 651-659 | 089 | 76 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Нейропатии при бременност | 643 | 090 | 642,1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Трудно раждане | 660 | 091 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Нормално раждане | 650 | 092 | 67 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 134 | 0 |
| | Усложнения през следродовия период в това число: | 670-676 | 093 | 152 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 194 | 0 |
| XII | Болести на кожата и подкожната тъкан и инфекции на кожата и подкожн. тъкан | 680-709 | 094 | 155 | 243 | 155 | 231 | 170 | 237 | 74 | 0 | 236 | 242 |
| | Инфекции на кожата и подкожн. тъкан | 680-686 | 095 | 195 | 626 | 170 | 0 | 0 | 377 | 106 | 0 | 237 | 298 |
| | | | | | | | | | | | | | 158 |

| N на ко. ид. | НАИМЕНОВАНИЕ НА БОЛЕСТИТЕ ПО МКБ - 9 | Фър а | Ши- терапев- тични ноло- гични | ревмато- логични | нейрохро- мални | гастро- лопични | феномет- ратия и рехабил. | проф. заболява- ния | хирург- ични | травма- тологични | невро- хирургични |
|-----------------------|--|----------|--|---------------------|--------------------|--------------------|---------------------------------|---------------------------|-----------------|----------------------|----------------------|
| | Инфекции, специфични за перинаталния период | 771 | 109 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 170 | 0 |
| | Флаган и неонатален кръвоизлив | 772 | 110 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Хемолитична болест на плода или новородното | 773, 774 | 111 | 17 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Хемол. разстройства на плода или новородното | 776 | 112 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| XVII | Симптоми, признаки и недобре определени състояния | 780-799 | 113 | 181 | 172 | 222 | 153 | 274 | 451 | 0 | 0 |
| XVIII | Травми и отравяния | 800-999 | 114 | 86 | 143 | 79 | 107 | 69 | 72 | 297 | 0 |
| | в това число: | | | | | | | | | 229 | 269 |
| | Счупвания | 800-829 | 115 | 179 | 0 | 0 | 98 | 0 | 309 | 0 | 268 |
| | от тях | | | | | | | | | 224 | 324 |
| | Счупване на черепа и лицевите кости | 800-804 | 116 | 361 | 0 | 0 | 0 | 0 | 508 | 0 | 369 |
| | Счупване на гръден член и без увреждане на гръбначният мозък | 805, 806 | 117 | 93 | 0 | 0 | 0 | 0 | 274 | 0 | 395 |
| | Счупване на горен и долн краищник | 810-829 | 118 | 78 | 0 | 0 | 0 | 0 | 300 | 0 | 254 |
| | Изъръчване, наряжване и разтягане | 830-848 | 119 | 362 | 0 | 0 | 0 | 0 | 250 | 0 | 329 |
| | Мозъчно съдресение | 850 | 120 | 116 | 0 | 0 | 0 | 0 | 70 | 0 | 176 |
| | Други вътрешечни травми и травматични кръвоизливи | 851-854 | 121 | 64 | 0 | 0 | 0 | 0 | 355 | 0 | 195 |
| | Вътрешни травми на гръден член, корема и газа | 860-869 | 122 | 139 | 0 | 0 | 0 | 0 | 319 | 0 | 239 |
| | Отворени рани и травми на кръвносните съдове | 870-904 | 123 | 152 | 253 | 33 | 0 | 0 | 272 | 0 | 208 |
| | Травми на гръден член мозък без увреждане на прешлените | 952 | 124 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 350 | 0 | 133 |
| | | | | | | | | | | 374 | 329 |

| N на ко. и. | НАИМЕНОВАНИЕ НА БОЛЕСТИТЕ ПО МКБ - 9 | Ши- фър | терапев- тични | ендокри- ноло- гични | рехмато- лодични | нейро- логични | хемато- логични | гастро- ентеро- логични | физиоте- рапия и рехабил. | проф- заболява- ния | хирург- ични | ортопедо- травма- тологични | нерв- хологични |
|--|--------------------------------------|------------|-------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|--------------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------------|-----------------|-----------------------------------|--------------------|
| | а | 6 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| Правим на периферните нерви | 953-957 | 125 | 222 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 244 | 0 | 253 | 250 | 280 |
| Изгаряния | 940-949 | 126 | 140 | 0 | 50 | 0 | 0 | 0 | 287 | 0 | 316 | 215 | 0 |
| Отравяния и токсични вздействия от як. | 960-969 | 127 | 77 | 141 | 80 | 83 | 49 | 74 | 0 | 0 | 140 | 257 | 728 |
| Отравяния от медикаменти и биологични продукти | 960-979 | 128 | 71 | 140 | 83 | 80 | 0 | 75 | 0 | 0 | 139 | 257 | 0 |
| Саноубийства | E950- E959 | 129 | 60 | 41 | 62 | 0 | 64 | 54 | 0 | 0 | 177 | 0 | 3736 |

| N на ко. на ко. | Наименование на болестите по МКБ - 9 | Ши- фър | уроло- гични | онколог- ични | рентено- графично- логични | пневмо- фтизакат- рични | пневмо- фтизакат- рични | инфек- ционни | педиат- рични | детски карди- чески | неонато- литични | хипотро- фични и недацца | оторино- ларинго- логични |
|-----------------------------|---|----------------|-----------------|------------------|----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|------------------|------------------|---------------------------|---------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| | а | 6 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 |
| | Общо I - XIII ко. | 001-999 | 001 | 301 | 158 | 504 | 122 | 324 | 503 | 275 | 224 | 196 | 175 |
| I | Инфекционни болести и паразитози | 001-139 | 002 | 327 | 300 | 518 | 130 | 733 | 1540 | 279 | 221 | 167 | 229 |
| | в това число: | | | | | | | | | | | | |
| | Чревни инфекционни болести | 001-009 | 003 | 209 | 0 | 0 | 780 | 0 | 198 | 173 | 164 | 231 | 174 |
| | Туберкулоза | 010-018 | 004 | 722 | 396 | 0 | 254 | 734 | 1540 | 301 | 0 | 272 | 568 |
| | Менингококова инфекция | 036 | 005 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 289 | 248 | 49 | 395 | 0 |
| | Сифилис и други венерически болести | 090-099 | 006 | 226 | 0 | 0 | 295 | 0 | 0 | 69 | 443 | 263 | 315 |
| II | Новообразувания | 140-239 | 007 | 358 | 157 | 502 | 255 | 222 | 0 | 228 | 0 | 169 | 77 |
| | в това число: | | | | | | | | | | | | |
| | Злокачествени новообразувания | 140-208 | 008 | 364 | 157 | 506 | 338 | 222 | 0 | 148 | 0 | 100 | 73 |
| | Доброкачествени новообразувания от ТЖК. | 210-229 | 009 | 250 | 136 | 409 | 232 | 186 | 0 | 210 | 0 | 153 | 88 |
| | Доброкачествени новообразувания на матката | 218-219 | 010 | 209 | 0 | 0 | 247 | 0 | 0 | 0 | 90 | 0 | 0 |
| III | Болести на ендокринните жлези, на храненето, на болянката и разстройства на имуностета | 240-279 | 011 | 470 | 82 | 837 | 205 | 234 | 0 | 142 | 374 | 187 | 309 |
| | в това число: | | | | | | | | | | | | |
| | Болести на шитовидната жлеза | 240-246 | 012 | 0 | 0 | 0 | 0 | 205 | 0 | 0 | 0 | 238 | 305 |
| | Захарен диабет | 250 | 013 | 391 | 82 | 0 | 0 | 236 | 0 | 142 | 0 | 170 | 198 |
| | Недоръжани състояния | 260-269 | 014 | 0 | 0 | 837 | 320 | 0 | 0 | 391 | 212 | 338 | 0 |
| | | | | | | | | | | | | | 1935 |
| | | | | | | | | | | | | | 131 |

| N на код. | НАИМЕНОВАНИЕ НА БОЛЕСТИТЕ ПО МКБ - 9 | Ши- фър | уропо- лонги- тични | онколо- гични | рентено- радио- логични | тубеку- лозни | пневмо- фтизат- рични | инфек- циозни за деца | инфек- циозни за деца | педиат- рични | детски | нейната- лични и недеца | хипотро- фични и нереадеца | оторино- ларинго- логични | |
|-----------------|---|---|---|--|--|--|--|---|---|---|--|--|--|---|----|
| | а | 6 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 25 |
| IV | Болести на кървта и кровоносните органи в това число: Анемии от ТАХ. Железо-нейтромични анемии | 280-289 015 016 017 280 | 604 199 404 339 52 | 0 0 217 0 0 | 241 225 232 0 0 | 0 0 232 219 394 | 225 0 0 0 0 | 0 0 0 0 0 | 190 161 208 0 260 | 111 111 99 0 0 | 231 231 236 286 184 | 299 299 349 0 1905 | 0 0 0 0 0 | 92 75 0 0 224 | |
| V | Психични пасажиства в това число: Неврози и разстройства на личността Соматични разстройства, свързани с психични фактори | 290-319 018 019 300-301 306 | 0 52 0 0 0 | 0 0 0 0 0 | 0 0 517 0 0 | 0 0 0 0 0 | 0 0 0 0 0 | 0 0 260 0 0 | 0 0 197 0 0 | 197 434 0 0 121 | 434 0 0 0 10680 | 0 0 0 0 0 | 0 0 0 0 0 | 318 0 0 0 0 | |
| VI | Болести на нервната система и състивите органи в това число: Болести на нервната система от ТАХ. Менинити Енцефалит, миелилит и енцефаломиелит Болест на Паркинсон Други наследствени и дегенеративни болести на ЦНС Множествена склероза | 320-389 021 320-359 022 417 320-322 023 024 025 330-331 026 027 340 | 417 0 417 0 0 0 0 0 0 417 0 0 0 0 0 0 0 0 417 | 0 40 0 0 0 0 0 0 0 40 0 0 0 0 0 0 0 0 | 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 | 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 | 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 | 646 0 646 0 0 0 0 0 0 401 0 0 0 0 0 0 0 0 0 | 0 0 0 0 0 0 0 0 0 395 0 0 0 0 0 0 0 0 307 | 0 0 0 0 0 0 0 0 0 218 0 0 0 0 0 0 0 0 208 | 218 317 317 317 218 218 317 317 212 212 212 212 212 212 212 212 212 212 | 133 0 0 0 0 0 0 0 0 276 0 0 0 0 0 0 0 0 2002 | 3002 0 0 0 0 0 0 0 0 3002 0 0 0 0 0 0 0 0 3002 | 178 215 0 0 0 0 0 0 0 206 0 0 0 0 0 0 0 0 0 | |

| № на юл. код. | Наименование на болестите по МКБ - 9 | Ши- а | Фбр | уропо- гинни | онколо- рентено- надло- гични | тико- логични | пневмо- фтизмати- чески | инфек- ционни | инфек- ционни за деца | педиат- рични | педиат- рични за деца | детски | неонато- лични | хипотро- фични и недеца | Фчини и оторино- ларинго- логични |
|------------------------|--|----------|-----|-----------------|--|------------------|-------------------------------|------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|--------|-------------------|-------------------------------|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Детска церебрална парализа и др. парализични синдроми | 343.344 | 028 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 221 | 348 | 0 | 3002 | 0 | 0 |
| | Еpileпсия | 345 | 029 | 0 | 0 | 0 | 0 | 99 | 127 | 174 | 222 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Забол. на нервн. коренчета и плексуси, | 353.354 | 030 | 0 | 0 | 0 | 0 | 829 | 0 | 338 | 532 | 0 | 0 | 154 | 0 |
| | Мононеврит на гор. крайници | 355 | 031 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 350 | 0 | 0 | 0 | 33 | 0 |
| | Задобивання на окото и придадъщите му от ТАХ. | 360-379 | 032 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 69 | 177 | 239 | 109 | 0 | 223 | 0 |
| | Глаукома | 365 | 033 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 38 |
| | Катаракта | 366 | 034 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 23 | 0 | 0 | 0 | 191 |
| | Сленота и намалено зрение | 369 | 035 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 252 |
| | Болести на ухото и мастоидния израстък от ТАХ. | 380-389 | 036 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 214 | 184 | 191 | 228 | 0 | 0 | 182 |
| | Възлагане на ср. ухо и мастоидит | 381-383 | 037 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 223 | 184 | 192 | 221 | 0 | 0 | 185 |
| | Глухота | 389 | 038 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 209 |
| VII | Болести на органиите на кръвообращението в това число: | 390-459 | 039 | 177 | 235 | 352 | 514 | 209 | 0 | 360 | 368 | 205 | 283 | 392 | 0 |
| | Остър ревматизъм | 390-392 | 040 | 296 | 0 | 0 | 0 | 0 | 99 | 0 | 304 | 254 | 0 | 0 | 93 |
| | Хронична ревматична кардиопатия | 393-398 | 041 | 0 | 0 | 419 | 0 | 0 | 0 | 0 | 176 | 190 | 0 | 0 | 37 |
| | Хипертонична болест | 401-405 | 042 | 270 | 0 | 455 | 183 | 0 | 389 | 0 | 201 | 410 | 0 | 0 | 117 |
| | Ишемична болест на сердцето | 410-414 | 043 | 417 | 259 | 0 | 212 | 0 | 132 | 0 | 395 | 0 | 0 | 0 | 103 |

| N на код. | НАИМЕНОВАНИЕ НА БОЛЕСТИТЕ ПО МКБ - 9 | Ши- фър | уропо- онколо- гични | рентено- радио- логични | гинеко- логични | пневмо- фтозити- рични | инфек- циозни за деца | инфек- циозни за деца | инфек- циозни за деца | педиат- рични | детски | неонато- лични | хипотро- фични и недеца | оторино- ларинго- логични | | |
|-----------------|--|------------|----------------------------|-------------------------------|--------------------|------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------|--------|-------------------|-------------------------------|---------------------------------|-----|-----|
| | a | 6 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 25 | |
| | от ТЯХ: | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Остър инфаркт на миокарда | 410 | 044 | 130 | 0 | 0 | 205 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | Нарушения на сърдечния ритъм | 427 | 045 | 339 | 0 | 0 | 124 | 0 | 25 | 0 | 163 | 395 | 0 | 0 | 318 | |
| | Мозъчно-съдов а болест | 430-438 | 046 | 78 | 0 | 0 | 1059 | 37 | 0 | 124 | 0 | 158 | 146 | 335 | 0 | 142 |
| | от ТЯХ: | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Субарах. мозъчен и др. въвр. кровен. | 430-432 | 047 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 136 | 0 | 192 | 59 | 0 | 0 | 168 | |
| | Запушдане и стеноза на предплъзничните и мозъчните артерии | 433-434 | 048 | 78 | 0 | 0 | 37 | 0 | 0 | 0 | 23 | 234 | 0 | 0 | 150 | |
| | Прахочна мозъчна исхемия | 435 | 049 | 0 | 0 | 0 | 1059 | 0 | 0 | 0 | 166 | 0 | 0 | 0 | 93 | |
| | Мозъчна атеросклероза | 437,0 | 050 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | Къси постепени от мозъчно- съдовата болест | 438 | 051 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 203 | 0 | 0 | 0 | 187 | |
| | Фебрил., тромбофебрил., венозна емболия | 451-453 | 052 | 0 | 0 | 0 | 542 | 0 | 0 | 272 | 0 | 278 | 0 | 0 | 0 | |
| | и тромбоза | | 053 | 52 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 45 | 0 | 522 | 0 | 0 | |
| | Варикозни вени на долните крайници | 454 | 054 | 339 | 111 | 163 | 250 | 221 | 192 | 280 | 210 | 207 | 270 | 281 | 124 | |
| VIII | Болести на дихателната система | 460-519 | | | | | | | | | | | | | | |
| | в това число: | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Остри инфекции на горните дихателни пътища | 460-465 | 055 | 0 | 130 | 0 | 0 | 167 | 0 | 273 | 204 | 178 | 247 | 227 | 165 | |
| | Остър бронхит и бронхоконит | 466 | 056 | 0 | 109 | 140 | 0 | 180 | 0 | 236 | 228 | 203 | 258 | 0 | 682 | |
| | Хроничен фарингит, ринофарингит и синусит | 472-473 | 057 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 74 | 0 | 167 | 215 | 0 | 0 | |
| | Хронични болести на тоцините и аден. вегетации | 474 | 058 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 261 | 0 | 247 | 0 | 122 | 192 | 0 | |
| | | | | | | | | | | | | | | | 67 | |

| N на код. | НАИМЕНОВАНИЕ НА БОЛЕСТИТЕ ПО МКБ - 9 | Ши- фър | уропо- лонги- тични | онколог- ични | рентено- радио- логични | гинеко- логични | пневмо- фтизат- рични | пневмо- брюшни за деца | инфек- циозни за деца | инфек- циозни шизи за деца | инфек- циозни шизи за деца | педиат- рични | педиат- рични | десетки | недвана- тични | хипотро- фични и недеца | оторино- ларинго- логични |
|-----------------|---|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| | a | б | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | |
| | Главномози Грип Хроничен бронхит и еваксем Астма Плеврал IX Болести на храносмилателната система в това число: Язва на стомах и двандесетопърстника Алментант Абдоминална херния Чревна непроходимост, 663 Указание за херния Хрон. болести и инфузии на черния дроб Холецистиза и холецистит | 480-486 487 490-492 493 511 520-579 | 059 060 061 062 063 064 | 557 0 0 0 0 185 | 191 0 0 0 0 185 | 319 0 0 0 0 209 | 276 0 0 0 0 275 | 185 213 44 0 0 17 | 209 224 198 0 0 18 | 275 213 460 207 208 20 | 247 322 237 275 208 21 | 320 322 264 269 410 21 | 285 0 0 0 0 22 | 358 0 0 0 0 23 | 151 0 0 0 0 25 | | |
| | Болести на пикочно-половата система в това число: Болести на пикочната система от ТАК: Нефрят, нефротичен синдром и нефроза в това число: Остър гломерулонефрит Бъбречни инфекции | 580-629 071 580-599 072 580-589 073 580 074 540-543 075 | 297 61 0 0 321 0 0 285 0 0 0 0 0 0 0 0 0 | 438 170 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 | 438 184 0 0 253 0 0 216 0 0 0 0 0 0 0 0 0 | 170 184 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 | 181 198 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 | 181 198 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 | 221 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 | 161 146 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 | 217 198 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 | 318 616 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 | 616 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 | 505 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 | | | |

| № на юл. на именование на болестите по МКБ - 9 | Ши- фър | уропо- онкологични | рентено- радиоло- гични | гемоко- логични | пневмо- фтизат- рични | инфек- циозни за деца | инфек- циозни за деца | инфек- циозни за деца | инфек- циозни за деца | педиат- рични | детски къмъ- чески | неднато- литични | хипотро- фични и недеца | оторино- ларинго- логични |
|---|------------|-----------------------|-------------------------------|--------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------|--------------------------|---------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| | | | | | | | | | | | | | | |
| от ТЯХ: | | | | | | | | | | | | | | |
| Хроничен плевроперит | 590.0 | 076 | 200 | 0 | 263 | 298 | 0 | 184 | 92 | 248 | 253 | 0 | 0 | 0 |
| Калъни в пикочните пътища | 592-594 | 077 | 294 | 0 | 148 | 129 | 0 | 145 | 0 | 188 | 145 | 0 | 0 | 0 |
| Цистит | 595 | 078 | 243 | 0 | 209 | 145 | 0 | 204 | 0 | 197 | 240 | 0 | 0 | 0 |
| Уретрит | 597 | 079 | 403 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 127 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Хипертазия на простатата | 600 | 080 | 426 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Хидроцели | 603 | 081 | 197 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 181 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Салпингит и офорит | 614.0- | 082 | 183 | 0 | 0 | 222 | 0 | 0 | 0 | 151 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Гемигланген проплакс | 618 | 083 | 365 | 0 | 0 | 275 | 0 | 0 | 0 | 107 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| XI Усложнения на бременността, раздялете и сператоровия период | | | | | | | | | | | | | | |
| в това число: | | | | | | | | | | | | | | |
| Abort | 630-639 | 085 | 0 | 0 | 46 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| от ТЯХ: | | | | | | | | | | | | | | |
| Спонтанен аборт | 634 | 086 | 0 | 0 | 83 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Изкуствен аборт | 635-636 | 087 | 0 | 0 | 35 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Преми акушерски състояния от ТЯХ: | 640-646 | 088 | 0 | 0 | 219 | 0 | 0 | 0 | 0 | 113 | 0 | 160 | 0 | 0 |
| Токсикоза на бременността | 643 | 089 | 0 | 0 | 230 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | 642,1 | | | | | | | | | | | | | |

| N на кол. | НАИМЕНОВАНИЕ НА БОЛЕСТИТЕ ПО МКБ - 9 | Ши- фър | уропо- литични | онколог- ски | рентгено- радио- логични | тихоеко- логични | пневмо- фтизат- рични | пневмо- фтизат- рични за деца | инфек- циозни | инфек- циозни за деца | педаго- гични | педаго- гични | неднато- литични | хипотро- фични и неддобра- дателни | оторино- ларинго- логични |
|-----------------|--|----------------|-------------------|-----------------|--------------------------------|---------------------|-----------------------------|-------------------------------------|------------------|--------------------------|------------------|------------------|---------------------|---|---------------------------------|
| | a | б | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 25 |
| | Нефролити при бременност | 642.3 | 090 | 0 | 0 | 251 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Трудно раждане | 660 | 091 | 0 | 0 | 183 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Нормално раждане | 660 | 092 | 0 | 0 | 121 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Усложнения при спедродовия период | 670-676 | 093 | 0 | 0 | 127 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| XII | Болести на кожата и подкожната тъкан в това число: Инфекции на кожата и подкожн. тъкан | 680-709 | 094 | 231 | 191 | 0 | 265 | 410 | 0 | 283 | 150 | 167 | 209 | 136 | 230 |
| XIII | Болести на костно-мускулната система и съединителната тъкан в това число: Ревматомивн артрит с изкл. на грбн. стъбл Болести на междупрешлените дискосове | 710-739 | 096 | 292 | 0 | 419 | 385 | 292 | 0 | 210 | 161 | 262 | 426 | 0 | 145 |
| | | | 097 | 704 | 0 | 0 | 261 | 0 | 0 | 0 | 0 | 292 | 0 | 0 | 0 |
| | | | 098 | 183 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 124 | 0 | 166 | 0 | 0 | 0 |
| XIV | Вродени аномалии в това число: Спина бифida и вродена хидроцефалия Вродени аномалии на сърцето и кръвоносните съдове Вродена луксация на газобедр. става | 740-759 | 099 | 208 | 0 | 172 | 348 | 0 | 192 | 0 | 216 | 693 | 183 | 1595 | 19 |
| | | | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 270 | 326 | 156 | 1059 |
| | | | 101 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 225 | 379 | 154 | 193 |
| | | | 102 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 200 | 0 | 146 | 414 |
| XV | Някои състояния, възникващи през перинаталния период | 760-779 | 103 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 297 | 236 | 176 | 259 | 173 | 386 |
| | | | | | | | | | | | | | | | 161 |

| N на кол. | НАИМЕНОВАНИЕ НА БОЛЕСТИТЕ ПО МКБ - 9 | Ши- фър | уропо- лонги- тични | онколо- гични | рентено- радио- логични | гинеко- логични | пневмо- фтизат- рични | пневмо- бронхи- тозни за деца | инфек- ционни | инфек- ционни за деца | педиат- рични | педиат- рически | неонато- лодични | хипотро- фични и недеца | оторино- ларинго- логични |
|-----------------|--|------------|---------------------------|------------------|-------------------------------|--------------------|-----------------------------|-------------------------------------|------------------|--------------------------|------------------|--------------------|---------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| | а | б | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 25 |
| в това число: | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Акушерски усложнения, отразяваша се върху плода /новородено/ | 761-763 | 104 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 215 | 0 | 166 | 430 | 0 |
| | Задавен растеж, недостатично хранене и недонасъщост на плода | 764, 765 | 105 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 248 | 492 | 358 | 434 | 0 |
| | Родови травми | 767 | 106 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 102 | 503 | 126 | 287 | 0 |
| | Хипоксия, родова аспирися и др. | 768, 769 | 107 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 45 | 732 | 174 | 278 | 0 |
| | Други дихателни състояния на плода и новороденото | 770 | 108 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 59 | 176 | 161 | 0 |
| | Инфекции, специфични за перикардитният период | 771 | 109 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 196 | 234 | 145 | 277 | 0 |
| | Фагален и неонатален кръвоизлив | 772 | 110 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 176 | 263 | 167 | 0 |
| | Хемолитична болест на плода или новороденото | 773, 774 | 111 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 138 | 160 | 220 | 144 | 218 |
| | Хемол. разстройства на плода или новороденото | 776 | 112 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 102 | 139 | 156 | 0 |
| XVI | Симптоми, признаки и недобре определени състояния | 780-799 | 113 | 198 | 27 | 0 | 102 | 0 | 0 | 234 | 330 | 162 | 398 | 138 | 0 |
| XVII | Травми и отравяния | 800-999 | 114 | 223 | 14 | 259 | 77 | 68 | 0 | 211 | 276 | 97 | 109 | 84 | 0 |
| | в това число: | | | | | | | | | | | | | | 147 |
| | Случвания | 800-829 | 115 | 583 | 0 | 0 | 366 | 0 | 0 | 0 | 0 | 151 | 234 | 84 | 0 |
| | от тях: | | | | | | | | | | | | | | 129 |
| | Случване на черепа и лицевите кости | 800-804 | 116 | 0 | 0 | 148 | 0 | 0 | 0 | 0 | 186 | 234 | 0 | 0 | 124 |

| № на кол. | НАИМЕНОВАНИЕ НА БОЛЕСТИТЕ ПО МКБ - 9 | Шифр | уроп-гимни | онкологични | рентген-надиг-логични | гинеко-логични | пневмо-фтизатично | инфек-циозни за детца | инфек-циозни за деца | педиатрични | инфек-циозни за деца | детски къмбачески | неонато-лоцични | хипотро-фични и нед.деца | оторино-ларинго-лоцични |
|-----------|---|-----------|------------|-------------|-----------------------|----------------|-------------------|-----------------------|----------------------|-------------|----------------------|-------------------|-----------------|--------------------------|-------------------------|
| | а | 6 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 25 |
| | Случване на гърбачни стъбл с и без увреждане на гърбачния мозък | 805, 806 | 117 | 652 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 113 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Случване на горен и долн країник | 810-829 | 118 | 444 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 175 | 0 | 84 | 0 | 0 | 131 |
| | Изкървяване, наявяване и разтегнение | 830-848 | 119 | 78 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Мозъчно сътресение | 850 | 120 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 102 | 0 | 152 | 0 | 0 | 0 |
| | Други вътрешни органи и традиционни кровомлявни | 851-854 | 121 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 104 | 0 | 132 | 0 | 0 | 0 |
| | Вътрешни травми на гръден кош, корем и газа | 860-869 | 122 | 193 | 0 | 0 | 148 | 0 | 0 | 173 | 0 | 88 | 0 | 0 | 159 |
| | Отворени раны и травми на кръвноносните съдове | 870-904 | 123 | 160 | 0 | 259 | 115 | 0 | 227 | 0 | 139 | 102 | 0 | 0 | 179 |
| | Травми на гръбначният мозък без увреждане на прешепите | 952 | 124 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 102 | 0 | 0 | 0 | 0 | 93 |
| | Травми на периферните нерви | 953-957 | 125 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 68 | 0 | 0 | 0 | 187 |
| | Изгаряния | 940-949 | 126 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 158 | 161 | 0 | 0 | 165 |
| | Оправдания и токсични взаимодействия от ТЯХ. | 960-969 | 127 | 287 | 0 | 0 | 61 | 0 | 186 | 307 | 81 | 97 | 0 | 0 | 171 |
| | Оправдания от медикаменти и биологични продукти | 960-979 | 128 | 287 | 0 | 0 | 30 | 0 | 213 | 307 | 77 | 84 | 0 | 0 | 119 |
| | Самоубийства | E950-E959 | 129 | 0 | 0 | 0 | 25 | 0 | 0 | 0 | 76 | 91 | 0 | 0 | 215 |

| N на ко. код. | НАМЕНОВАНИЕ НА БОЛЕСТИТЕ ПО МКБ - 9 | Ши- фър а | дермато- венероло- гични | психич- ни | нерв- логични | родилни | патоло- гична бремен. | интензи- вни | анесте- зия | реанима- ция | за пръл. лечenie и дополните гимнеко- лични | акушер- го лечение | ОАРПЛ | други | |
|------------------------|---|-----------------|--------------------------------|---------------|------------------|---------|-----------------------------|-----------------|----------------|-----------------|---|-----------------------|-------|-------|------|
| | Анемии от ТАХ. Железо-недоимъчни анемии | 280-285 | 016 | 249 | 0 | 239 | 312 | 159 | 0 | 221 | 0 | 2055 | 276 | 345 | 1243 |
| | | 280 | 017 | 0 | 0 | 398 | 119 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2055 | 298 | 335 | 2644 |
| | | | | | | | | | | | | | | | 396 |
| V | Психични разстройства | 290-319 | 018 | 0 | 345 | 227 | 0 | 0 | 1878 | 51 | 0 | 1413 | 295 | 0 | 1152 |
| | в това число: Неврози и разстройства на личността Соматични разстройства, свързани с психични фактори | 300,301 | 019 | 0 | 280 | 230 | 0 | 0 | 2779 | 26 | 0 | 1841 | 302 | 0 | 1118 |
| | | 306 | 020 | 0 | 294 | 178 | 0 | 0 | 111 | 0 | 0 | 128 | 0 | 0 | 597 |
| V | Болести на нервната система и състивните органи | 320-389 | 021 | 231 | 337 | 266 | 0 | 0 | 653 | 302 | 0 | 1512 | 404 | 31 | 1642 |
| | в това число: Болести на нервната система | 320-359 | 022 | 225 | 299 | 268 | 0 | 0 | 646 | 301 | 0 | 1512 | 411 | 31 | 1272 |
| | | | | | | | | | | | | | | | 595 |
| | от ТАХ. | | | | | | | | | | | | | | 616 |
| M | Менингити | 320-322 | 023 | 0 | 0 | 258 | 0 | 0 | 694 | 385 | 0 | 0 | 257 | 487 | 0 |
| | Енцефалит, миелит и енцефаломиелит | 323 | 024 | 0 | 0 | 252 | 0 | 0 | 616 | 0 | 0 | 0 | 417 | 0 | 2644 |
| | Болест на Паркинсон | 332 | 025 | 0 | 0 | 244 | 0 | 0 | 553 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Други наследствени и дегенеративни болести на ЦНС | 333-336 | 026 | 0 | 0 | 249 | 0 | 0 | 442 | 257 | 0 | 0 | 403 | 0 | 0 |
| | Мнохествена сплероза | 340 | 027 | 0 | 0 | 297 | 0 | 0 | 756 | 719 | 0 | 0 | 495 | 0 | 1424 |
| | Детска церебрална парализа и др. параситни синдроми | 343,344 | 028 | 0 | 0 | 295 | 0 | 0 | 802 | 354 | 0 | 0 | 380 | 0 | 0 |
| | Епилепсия | 345 | 029 | 0 | 284 | 178 | 0 | 0 | 379 | 351 | 0 | 0 | 899 | 231 | 198 |
| | | | | | | | | | | | | | | | 1098 |
| | | | | | | | | | | | | | | | 182 |

| N на кл. | НАИМЕНОВАНИЕ НА БОЛЕСТИТЕ ПО МКБ - 9 | Ши- фър а | дермато- венероло- гични | невро- рични лодични | психият- рични | родилни | патоло- гична бремен. | интензив- но лечение | анесте- зия | реанима- ция | за пробъл. лечenie и дополнение | акушеро- гинеколо- гични | ОАРЛ | други специ- лизирани | |
|----------------|--|-----------------------|--------------------------------|----------------------------|-------------------|------------|-----------------------------|-------------------------|----------------|-----------------|---------------------------------------|--------------------------------|-----------|-----------------------------|------------|
| | | 6 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
| | Забол. на нерви, корената и плексуси, Мононеврит на гр. крайници | 353,354 030 031 | 0 0 | 277 0 | 0 | 645 0 | 0 | 0 | 0 | 1413 0 | 368 402 | 0 | 813 0 | 615 0 | |
| | Мононеврит на долните крайници | 355 032 | 0 | 276 287 | 0 | 691 747 | 0 | 0 | 0 | 0 | 225 0 | 0 | 1017 0 | 231 0 | |
| | Заболявания на окото и придатъците му от ТЯК | 360-379 023 | 0 | 227 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 225 0 | 0 | 1424 0 | 0 | |
| | Глаукома | 365 033 | 0 | 113 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | Кагарата | 366 034 | 0 | 100 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | Слепота и намалено зрение | 369 035 | 0 | 216 0 | 0 | 608 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | Болести на уху и мастоидния израстък от ТЯК | 380-389 036 | 0 | 204 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 325 0 | 0 | 256 0 | 297 0 | |
| | Възпаление на ср. ухо и мастоидит | 381-383 037 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | Грумота | 389 038 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| VII | Болести на органите на кървотворението | 390-459 039 | 278 | 214 | 264 | 0 | 164 | 727 | 447 | 0 | 2123 411 | 411 | 188 | 2448 | 436 |
| | в това число: | | | | | | | | | | | | | | |
| | Остър ревматизъм | 390-392 040 | 0 | 0 | 453 | 0 | 0 | 343 | 0 | 0 | 257 0 | 305 2312 | 0 | 0 0 | 0 |
| | Хронична ревматична кардиопатия | 393-398 041 | 0 | 248 | 255 | 0 | 0 | 581 | 0 | 0 | 265 2138 | 265 335 | 0 | 0 1845 | 517 426 |
| | Хипертонична болест | 401-405 042 | 351 043 | 0 | 229 | 0 | 164 | 595 646 | 0 | 0 | 2235 0 | 315 2383 | 0 | 0 2043 | 415 |
| | Ишемична болест на сърцето от ТЯК | 410-414 044 | 328 316 | 284 | 288 | 0 | 0 | 835 | 0 | 0 | 0 | 257 2383 | 0 | 0 2665 | 496 |
| | Остър инфаркт на миокарда | 410 045 | 0 | 0 | 395 | 0 | 0 | 378 | 128 | 0 | 1188 305 | 0 | 0 | 3010 | 334 |
| | Нарушения на сърдечния ритъм | 427 045 | 0 | 0 | 291 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| N на кл. | НАИМЕНОВАНИЕ НА БОЛЕСТИТЕ ПО МКБ - 9 | Ши- фър а | дермато- венероло- гични | нервото- рични личини | психот- ични | невро- логични | родилни | патоло- гична времен. | интензи- вни | но лече- ние за дада | анесте- зия | реанима- ция | за пробъл. лечението и дополнение | акушеро- гинеколо- гични | ОАРЛ | други специ- ализирани |
|----------------|--|-----------------|--------------------------------|-----------------------------|-----------------|-------------------|---------|-----------------------------|-----------------|-------------------------|----------------|-----------------|---|--------------------------------|------|------------------------------|
| | Мозънно-съдов болест от тяс. | 430-438 | 046 | 0 | 0 | 263 | 570 | 0 | 956 | 448 | 0 | 2232 | 508 | 0 | 2524 | 517 |
| | Субарах. мозъчен и др. вътр. кървог. | 430-432 | 047 | 0 | 0 | 264 | 632 | 0 | 1003 | 551 | 0 | 1850 | 471 | 0 | 3156 | 0 |
| | Запушване и стеноза на предизвиквателите и мозъчните артерии | 433.434 | 048 | 0 | 0 | 276 | 602 | 0 | 946 | 0 | 0 | 1873 | 389 | 0 | 2083 | 0 |
| | Приходна мозъчна исхемия | 435 | 049 | 0 | 0 | 240 | 503 | 0 | 811 | 255 | 0 | 2312 | 322 | 0 | 2101 | 264 |
| | Мозъчна атеросклероза | 437,0 | 050 | 0 | 0 | 228 | 527 | 0 | 658 | 0 | 0 | 436 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Кесни последции от мозъчно- съдовата болест | 438 | 051 | 0 | 0 | 247 | 612 | 0 | 662 | 0 | 0 | 614 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Флебит, тромбофлебит, венозна еболия | 451-453 | 052 | 268 | 0 | 203 | 0 | 0 | 676 | 0 | 0 | 2569 | 190 | 277 | 2135 | 0 |
| | И тромбоза | 053 | 276 | 0 | 174 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Варикозни вени на долните крайници | 454 | 053 | | | | | | | | | | | | | |
| VIII | Болести на дихателната система | 460-519 | 054 | 157 | 52 | 186 | 0 | 105 | 853 | 421 | 0 | 1774 | 254 | 188 | 2478 | 52 |
| | В това число: | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Остри инфекции на горните дихателни пътища | 460-465 | 055 | 88 | 0 | 166 | 0 | 107 | 594 | 236 | 0 | 1675 | 156 | 0 | 2313 | 59 |
| | Остър бронхит и бронхолит | 466 | 056 | 0 | 0 | 160 | 0 | 0 | 1511 | 407 | 0 | 0 | 148 | 188 | 1525 | 297 |
| | Хроничен фарингит, ринифарингит и синусит | 472-473 | 057 | 0 | 0 | 378 | 0 | 0 | 166 | 0 | 0 | 642 | 104 | 0 | 0 | 0 |
| | Хронични болести на тонзилите и аден. въгетации | 474 | 058 | 0 | 0 | 29 | 0 | 0 | 525 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2135 | 34 |
| | Пневмонии | 480-486 | 059 | 298 | 52 | 189 | 0 | 58 | 721 | 393 | 0 | 1768 | 229 | 0 | 2663 | 166 |
| | Грип | 487 | 060 | 0 | 0 | 169 | 0 | 0 | 0 | 591 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2339 | 0 |
| | Хронични бронхит и енфузия | 490-492 | 061 | 0 | 0 | 192 | 0 | 0 | 585 | 0 | 0 | 1905 | 305 | 0 | 1830 | 34 |

| N на кл. | НАИМЕНОВАНИЕ НА БОЛЕСТИТЕ ПО МКБ - 9 | Ши- фър | дермато- венероло- гични | нервот- рични | некрат- ични | родилни | патоло- гични | интензив- ни | интензи- вни | анесте- зия | реанима- ция | за промы- лени и дополнение | акушеро- гинеколо- гични | други специ- ализирани | | |
|----------------|--|------------|--------------------------------|------------------|-----------------|---------|------------------|-----------------|-----------------|----------------|-----------------|-----------------------------------|--------------------------------|------------------------------|------|-----|
| | а | 6 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | |
| | Астма | 493 | 062 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 442 | 388 | 0 | 2055 | 221 | 0 | 1830 | 0 |
| | Плеврит | 511 | 063 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 550 | 0 | 0 | 380 | 0 | 0 | 495 |
| IX | Болести на храносмилателната система | 520-579 | 064 | 272 | 0 | 293 | 208 | 157 | 859 | 479 | 2929 | 1293 | 382 | 295 | 1762 | 0 |
| | в това число: | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Язва на стомаха и дранайдесетопъртиника | 531-533 | 065 | 0 | 0 | 273 | 0 | 0 | 535 | 180 | 3417 | 1139 | 383 | 0 | 2339 | 0 |
| | Апендитит | 540-543 | 066 | 0 | 0 | 637 | 0 | 116 | 553 | 77 | 0 | 664 | 0 | 0 | 1729 | 0 |
| | Абдоминална херния | 550-553 | 067 | 0 | 0 | 0 | 206 | 0 | 1420 | 0 | 0 | 850 | 0 | 0 | 1969 | 0 |
| | Чревна непроходимост, без указание за херния | 560 | 068 | 0 | 0 | 213 | 0 | 584 | 180 | 0 | 1495 | 0 | 0 | 0 | 2326 | 0 |
| | Хрон. болести и цироза на черния дроб | 571 | 069 | 0 | 0 | 35 | 0 | 0 | 321 | 77 | 0 | 3741 | 401 | 0 | 1220 | 0 |
| | Холецистита и холецистит | 574-575 | 070 | 0 | 0 | 227 | 0 | 152 | 1256 | 0 | 2685 | 963 | 373 | 293 | 3036 | 0 |
| X | Болести на пикочно-половата система | 580-629 | 071 | 0 | 177 | 281 | 140 | 487 | 381 | 3417 | 1638 | 299 | 174 | 1921 | 82 | |
| | в това число: | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Болести на пикочната система от ТАС | 580-599 | 072 | 186 | 0 | 152 | 277 | 144 | 463 | 381 | 0 | 1803 | 299 | 183 | 2550 | 51 |
| | Недринг, недропличен синдром и недроза | 580-589 | 073 | 0 | 0 | 105 | 0 | 134 | 498 | 796 | 0 | 3468 | 364 | 0 | 2147 | 33 |
| | в това число: | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Остър пикочнодендрит | 580 | 074 | 0 | 0 | 0 | 0 | 131 | 608 | 0 | 0 | 452 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Бъбречни инфекции от ТАС | 540-543 | 075 | 0 | 0 | 157 | 1209 | 82 | 503 | 308 | 0 | 1260 | 315 | 162 | 1970 | 340 |
| | Хроничен пикочнодендрит | 590.0 | 076 | 0 | 0 | 262 | 1209 | 87 | 376 | 308 | 0 | 0 | 285 | 229 | 2644 | 354 |

| N на кл. | НАИМЕНОВАНИЕ НА БОЛЕСТИТЕ ПО МКБ - 9 | Ши- а | Фир- мични | дермато- венероло- гични | невро- рични | полочни | психиат- рични | родилни | патоло- гична бремен. | интензи- вни | интензи- вно лечение | анесте- зия | реанима- ция | за пробъл. | акушеро- гинеколо- гични | дополнение | ОАРЛ | други специ- ализирани |
|--|--------------------------------------|----------|---------------|--------------------------------|-----------------|---------|-------------------|---------|-----------------------------|-----------------|-------------------------|----------------|-----------------|------------|--------------------------------|------------|------|------------------------------|
| | Кальми в пикочните тръби | 592-594 | 077 | 0 | 74 | 0 | 295 | 770 | 0 | 1499 | 284 | 165 | 3254 | 293 | | | | |
| | Цистит | 595 | 078 | 246 | 0 | 284 | 152 | 387 | 205 | 0 | 0 | 333 | 166 | 0 | 368 | | | |
| | Уретрит | 597 | 079 | 171 | 0 | 52 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 148 | 233 | 0 | 0 | | | |
| | Хиперплазия на простатата | 600 | 080 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4923 | 0 | 0 | 0 | 484 | 0 | 1830 | 0 | | | |
| | Хидроцеле | 603 | 081 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 203 | 0 | | |
| | Салинит и ободрит | 614,0- | 082 | 0 | 0 | 227 | 239 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 188 | 1740 | 0 | | |
| | Гемигнатен проплакс | 618 | 083 | 0 | 0 | 388 | 232 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 195 | 3796 | 0 | | | |
| XI Усложнения на бременността, разделято и следподдържания период | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | в това число: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Аборт | 630-639 | 085 | 0 | 90 | 166 | 147 | 399 | 743 | 0 | 0 | 0 | 137 | 696 | 33 | | | |
| | от ТЯС | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Спонтанен аборт | 634 | 086 | 0 | 0 | 79 | 58 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 63 | 0 | 33 | | | |
| | Изкуствен аборт | 635,636 | 087 | 0 | 0 | 0 | 152 | 76 | 0 | 0 | 0 | 0 | 128 | 0 | 0 | 33 | | |
| | Приеки акушерски състояния от ТЯС | 640-646 | 088 | 0 | 0 | 86 | 223 | 193 | 546 | 743 | 0 | 0 | 199 | 1424 | 0 | | | |
| | Токсикоза на бременността | 643 | 089 | 0 | 0 | 0 | 232 | 138 | 0 | 0 | 0 | 0 | 211 | 0 | 0 | | | |
| | Нефропатии при бременност | 642,3 | 090 | 0 | 0 | 0 | 267 | 122 | 332 | 0 | 0 | 0 | 134 | 0 | 0 | | | |
| | Трудно раждане | 660 | 091 | 0 | 0 | 0 | 240 | 203 | 0 | 0 | 0 | 0 | 182 | 0 | 0 | | | |

| N на кп. | НАИМЕНОВАНИЕ НА БОЛЕСТИТЕ ПО МКБ - 9 | Ши- фър | дермато- венероло- гични | невро- логични | психиат- рични | патоло- гична бръмбен- | интензион- на лече- ние | анесте- зия | реанима- ция | лечението и дополнение | за промъл- вачи | акушеро- гинеколо- гични | други специа- лизирани | | | |
|----------------|--|----------------|--------------------------------|-------------------|-------------------|------------------------------|-------------------------------|----------------|-----------------|---------------------------|--------------------|--------------------------------|------------------------------|------------|-------------|------------|
| | | а | б | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
| | Нормално раждане | 650 | 092 | 0 | 88 | 141 | 153 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 117 | 0 | 0 |
| | Усложнения през сътвородния период | 670-676 | 093 | 0 | 0 | 222 | 73 | 830 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 117 | 288 | 0 |
| XII | Болести на кожата и подкожната тъкан | 680-709 | 094 | 390 | 0 | 105 | 426 | 189 | 696 | 336 | 0 | 0 | 197 | 134 | 1220 | 556 |
| | в това число: | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Инфекции на кожата и подкожн. тъкан | 680-686 | 095 | 235 | 0 | 0 | 0 | 189 | 0 | 498 | 0 | 0 | 168 | 134 | 2101 | 402 |
| XIII | Болести на костно-мускулната система и съединителната тъкан | 710-739 | 096 | 254 | 0 | 287 | 0 | 0 | 757 | 437 | 0 | 2221 | 361 | 0 | 3073 | 489 |
| | в това число: | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Ревматичен артрит с изкл. на гръбъ, стълб | 714 | 097 | 246 | 0 | 268 | 0 | 0 | 1088 | 0 | 0 | 2254 | 345 | 0 | 3457 | 473 |
| | Болести на междуредищните дискави | 722 | 098 | 0 | 0 | 305 | 0 | 0 | 590 | 0 | 0 | 1912 | 388 | 0 | 0 | 604 |
| XIV | Вродени аномалии | 740-759 | 099 | 263 | 0 | 209 | 85 | 145 | 0 | 340 | 0 | 0 | 207 | 0 | 0 | 165 |
| | в това число: | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Слика бъфид и вродена хидроцефалия | 714, 742,3 | 100 | 0 | 0 | 157 | 0 | 145 | 0 | 86 | 0 | 0 | 285 | 0 | 0 | 0 |
| | Вродени аномалии на сърцето и кървососните съдове | 745-747 | 101 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 304 | 316 | 0 | 0 | 242 | 0 | 0 | 165 |
| | Вродена луксация на тазобедр. става | 754,3 | 102 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| XV | Някои състояния, възникващи през перинаталния период | 760-779 | 103 | 123 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1551 | 573 | 0 | 0 | 98 | 0 | 0 | 0 |
| | в това число: | | | | | | | | | | | | | | | |

| № на кп. | НАИМЕНОВАНИЕ НА БОЛЕСТИТЕ ПО МКБ - 9 | Фбр | Ши- демато- венероло- гични | психиат- рични | нерв- отични | родилни | патоло- гични | интензив- ни | анесте- зия | лечение и дополните- лнични | за проры. ци | акушер- ство | оарил | други специа- лизирани | |
|----------------|--|----------|--------------------------------------|-------------------|-----------------|---------|------------------|-----------------|----------------|-----------------------------------|-----------------|-----------------|-------|------------------------------|-----|
| а | б | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | |
| | Акушерски усложнения, отразявящи се върху тло да новороденото / ханене и недостатъчно неонатален отбор на плода | 761-763 | 104 | 123 | 0 | 0 | 0 | 307 | 139 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | Родови травми | 764, 765 | 105 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3681 | 1049 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | Хипоксия, допога аспирация и др. респ. разстройства | 766, 769 | 106 | 0 | 0 | 0 | 0 | 745 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | Други дихателни състояния на плода и новороденото | 107 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 624 | 425 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | Инфекции, специфични за перинаталния период | 770 | 108 | 0 | 0 | 0 | 0 | 830 | 322 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | Фетален и неонатален кръвоизлив | 771 | 109 | 0 | 0 | 0 | 0 | 441 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | Хепатитна болест на плода или новороденото | 772 | 110 | 0 | 0 | 0 | 0 | 77 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | Хемол. разстройства на плода или новороденото | 773, 774 | 111 | 0 | 0 | 0 | 0 | 553 | 190 | 0 | 0 | 96 | 0 | 0 | |
| | XVII Симптоми, признаци и недобре определяни състояния | 775-799 | 112 | 0 | 0 | 0 | 0 | 180 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| | XVIII Травми и отравяния | 800-999 | 113 | 158 | 0 | 186 | 51 | 0 | 277 | 313 | 0 | 100 | 286 | 2034 | 0 |
| | В това число: Случвания от ТЯС | 800-829 | 114 | 141 | 292 | 205 | 0 | 218 | 174 | 0 | 2674 | 349 | 21 | 1966 | 884 |
| | Случвания от ТЯС | 800-804 | 115 | 0 | 0 | 240 | 0 | 857 | 193 | 0 | 4289 | 399 | 0 | 2017 | 0 |
| | Случвания на черепа и мозък, кости | 116 | 0 | 0 | 264 | 0 | 0 | 138 | 193 | 0 | 4849 | 406 | 0 | 2200 | 0 |

| N на ко. | НАИМЕНОВАНИЕ НА БОЛЕСТИТЕ ПО МКБ - 9 | Ши- фр | дермато- венероло- гични | невро- рични | психиат- рични | неко- рологични | патоло- гични върху- дадени | интензив- ни | интензи- вно лече- ние | анесте- зия | реанима- ция | за промъл- вач | акушеро- гинеколо- гични | допълнителни | други специ- ализирани | |
|----------------|---|---------------|--------------------------------|-----------------|-------------------|--------------------|--------------------------------------|-----------------|------------------------------|----------------|-----------------|-------------------|--------------------------------|--------------|------------------------------|-----|
| | | а | б | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
| | Случдане на гръденния стъбл с и без увреждане | | | | | | | | | | | | | | | |
| | на гръденния мозък | 805, 806 | 117 | 0 | 273 | 0 | 0 | 55 | 0 | 0 | 0 | 380 | 0 | 4245 | 0 | |
| | Случдане на горен и долн краийник | 810-829 | 118 | 0 | 61 | 0 | 0 | 1138 | 0 | 0 | 0 | 3391 | 441 | 0 | 2888 | 0 |
| | Изключване, насякане и разтягане | 830-848 | 119 | 0 | 87 | 0 | 0 | 498 | 0 | 0 | 0 | 274 | 0 | 203 | 0 | |
| | Мозъчно сърдесение | 850 | 120 | 0 | 199 | 0 | 0 | 194 | 231 | 0 | 2505 | 207 | 0 | 2704 | 0 | |
| | Други вътрешерелни травми и травматични | | | | | | | | | | | | | | | |
| | кървоизливни | 851-854 | 121 | 0 | 240 | 0 | 0 | 553 | 180 | 0 | 385 | 263 | 0 | 3157 | 0 | |
| | Вътрешни травми на гръденя кош, корема и таз | 860-869 | 122 | 0 | 0 | 0 | 0 | 138 | 0 | 0 | 4753 | 17 | 0 | 1890 | 0 | |
| | Отворени раны и травми на кървоносните съдове | 870-904 | 123 | 316 | 0 | 255 | 0 | 0 | 553 | 0 | 0 | 257 | 0 | 0 | 2263 | 0 |
| | Травми на гръденния мозък бз3 увреждане | | | | | | | | | | | | | | | |
| | на предшествите | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Травми на периферните нерви | 953-957 | 124 | 0 | 209 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | Изгаряния | 940-949 | 126 | 241 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 324 | 0 | 678 | 0 |
| | Отравяния и токсични взаимействия от тях | 960-989 | 127 | 146 | 292 | 182 | 0 | 0 | 97 | 244 | 0 | 1669 | 259 | 0 | 1697 | 893 |
| | Отравяния от медикаменти и биологични продукти | 960-979 | 128 | 0 | 292 | 227 | 0 | 0 | 129 | 147 | 0 | 1163 | 246 | 0 | 1436 | 120 |
| | Самоубийства | E950- E959 | 129 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 102 | 128 | 0 | 909 | 157 | 0 | 847 | 120 |
| | | | | | | | | | 221 | 0 | 0 | 385 | 147 | 0 | 681 | 165 |