

## ЗА РАЗВИТИЕТО НА ЗДРАВНАТА ИНФОРМАЦИЯ

Т. Чолакова, Хр. Грива

Известна е ролята на информацията за ефективното управление във всички области, включително и в здравеопазването. В годините на прехода заедно с промените в организацията, управлението, формите на собственост и финансирането на здравната система действащата информационна система загуби голяма част от своя обхват. Понастоящем мениджърите на различните нива не разполагат с достатъчна информация за здравното състояние на населението, което не позволява обективна оценка на потребностите от здравна помощ. На практика се разполага с данните за причините за умиранията, хоспитализираната заболяемост (за съжаление изкривена от клиничните пътеки), причините за инвалидност, регистрираните заболявания, подлежащи на задължително съобщаване. Липсват пълни данни за детското здраве, както и за здравето на активното население. Независимо от огромните средства, които се влагат (напр. за информационните системи на НЗОК) и разработените стратегии и програми няма видим напредък в изграждането на интегрирана информационна система в здравеопазването. За електронното здравеопазване, базирано на съвременни информационни и комуникационни технологии са изградени отделни елементи, но основното-електронното здравно досие на всеки български гражданин е далеч от реализация. Всичко това налага, наред с останалите приоритети в областта на здравеопазването, съвременното информационното осигуряване да заеме своето място.

Значението на информацията във всички области е ценено високо на всички етапи от развитието на България. След Освобождението с изграждането на българската държава възниква потребност от информация в различните направления на икономическия, обществен и социален живот. Здравната статистика в България е една от най-старите статистики в страната. През 1880 година с Княжески указ се създава Статистическо организационно управление. С Указ на Народното събрание една година по-късно се създава самостоятелно статистическо бюро. Неговите задачи са „събирането, обработването и обнародването всяка година на статистически данни по всички клонове на управлението и всички явления, отнасящи се до физическото, икономическото, интелектуалното и моралното състояние на държавата”.

През 1887 година е приет Закон за Дирекцията на статистиката на Българското Княжество със статут на самостоятелно и независимо учреждение. Създадени са и първите консултативни органи – специални статистически комисии които да обсъждат методологичните и други въпроси, свързани с обекта и провеждането на статистическите изследвания. През 1886 г. е приет Закон за градските общини и Закон за селските общини. Тези два закона се основават на принципите на децентрализация и регламентират широко общинско самоуправление, осъществявано от общински съвет, администрация и кмет. Тогава задълженията на общинската власт са включвали: изграждане на постройки за общинската администрация, грижи за образованието, здравната служба, ветеринарно-медицинската помощ и противопожарната служба. Основните елементи на самоуправлението може да се определят като: право на избор, право на самодейност и право на самоконтрол. “Трябва да оставим тия единици да вършат самостоятелно своите домашни работи, а не да чакат от правителството всичко”. Това са мъдри думи казани от Константин Стоилов (1853-1901) два пъти министър-председател – през 1887 и от 1894 до 1899 година. С „Временните правила за устройство на Медицинското управление в България” от 1879 година се въвежда задължително съобщаване

на откритите заболявания от окръжните и градските лекари в Медицинския съвет.

Със Закона за опазване на общественото здраве (1903) се създават хигиенни съвети на окръжни, околийско и общинско ниво, които укрепват позициите на държавните власти. В годишните си отчети хигиенните съвети са посочвали сведения за: територията, подразделенията на санитарни околии и участъци, от колко села е съставен участък и колко население е имало по преброяването в края на 1910 г. В тези отчети се посочват данни за: водоснабдяването, поминъка и храненето на населението, отглеждането на малките деца, употребата на спиртни напитки, състоянието на училищата, гробищата, индустриалните обекти, арестите и затворите. Давани са сведения за: заболяемостта регистрирана в амбулаториите и болниците, раждания и умирания, извършени ваксинации, поименно се посочвали лекари, дентисти, акушерки и фелдшери в околията. Обсъждала се работата на околийските и общински съвети, издадените заповеди, наложените санкции и глоби. Засилени са били мерките по чистотата в населените места, извършвани са масови проверки със съдействието на полицията и на хигиенните съвети. Налагани са сериозни актове и глоби на кметове и частни лица. Епидемиологичната ситуация е помогнала да се издигне нивото на хигиената сред населението и да се поставят за решаване неотложни задачи на общественото здравеопазване. Ползвайки опита на европейските страни в тази област още през 1900-1901 година започват опити за изучаване на причините за смърт.

През 1907 г. Дирекцията се преобразува в Главна дирекция на статистиката, която се подпомага от Върховен статистически съвет (който работи до 1953 г.). Статистика на медицинските кадри и здравната мрежа се води и публикува от 1910 година.

През 1929 год. се приема Закон за народното здраве. Негов автор е Иван Кесяков (1871-1956), общественик със завиден опит. Той е специализирал в чужбина патологията и микробиологията. Става околийски и окръжен лекар в Пловдив, общински съветник и кмет на Пловдив, военен лекар през войните 1912-1918, два пъти директор на Главна дирекция НЗ (1918- 1919 и 1923-1934). Утвърждава се като изключително успешен здравен администратор. След създаването на Закона за народното здраве работата по дейностите по здравна статистика значително се подобрява. Формират се през 1930 година статистически органи към Главна дирекция на народното здраве. Необходимата медицинска документация се е определяла от Главната дирекция народно здраве и Дирекция на статистиката. Формулярите-образци са били задължителни за лекарите на държавна и частна практика. През 1931 г. се въвеждат нови образци за заразни болести; имунизации и ваксинации; туберкулоза; сифилис; детска хигиена; амбулатории и болници; глухонеми, умовредени и слепи; училищна хигиена; противобесно лечение; хигиенни лаборатории. Започва публикуването на информация за заразните заболявания малария, туберкулоза и венерически заболявания, както и за самоубийствата.

Със Закона за организиране на статистиката в България, приет през 1946 г., Главна дирекция на статистиката преминава към Министерския съвет. Създава се и мрежата от статистически органи в съответствие с административното деление на страната. Важен етап в развитието на здравната статистика е 1951 година, когато се създава единна система за първична регистрация и отчетност по образеца на съветската здравна система. Това става под ръководството на д-р

Ташо Паскалев (1911-1999), нач. отдел статистика на МНЗ, по късно доцент и професор в катедрата „Социална хигиена“ при ИСУЛ. Извършена е огромна организационна работа по разработването на първичната и медико-статистическа документация, събирането и обработването на статистическите данни за здравното състояние на населението и работата на здравните заведения.

През 1953 г. с Постановление на Министерския съвет се създава Централно статистическо управление. Консултативен орган е Научно-методологичен съвет, който поема функциите на съществуващия от 1907 г. Върховен статистически съвет. Местни органи са окръжните отдели по статистика. В Централното статистическо управление 20 години работи Здравко Богданов (1954-1974), който през 1962 г. заедно с проф. Ташо Паскалев съставят първия статистически ежегодник „Здравеопазване“ издание на ЦСУ и МНЗСГ. Здр. Богданов защитава дисертация (1972) на тема „Основни причини за умирањията в България“ и преминава на работа в НИСХОЗ като зав. секция „Здравно-демографско състояние на населението“, в ГИИЦ и после в НЦЗИ. Самостоятелно проучва от 1980 до 1986 г. инвалидността в страната в нейните социално-медицински аспекти и става доктор на медицинските науки.

Към Министерството на народното здраве се създава Център по медицинска статистика (1967-1970) и започва издаването на специализиран сборник с информация за здравето и здравеопазването. Негов директор става д-р Павел Кушев, който посвещава професионалния си път основно в областта на здравно-демографската статистика и медико-статистическата отчетност. Дългогодишен редактор е на статистическия ежегодник „Здравеопазване“ и е ръководител на секция здравно-демографска статистика към НИСХОЗ. Автор е на ценната монография „Здравното състояние на населението в България за 100 години“ (1880-1980) където критично се анализира огромн статистически материал.

Към Научния институт по социална хигиена и организация на здравеопазването (НИСХОЗ) се създава секция „Автоматизирани технологии. През 70-те години се работи задълбочено в областта на организацията на медико-статистическата информация и документалните първоизточници. Изучават се и се очертават по-ясно информационните потребности на управлението на системата и на здравната мрежа. Проф. Тодор Захариев (1911-2004 г.) е пръв директор на НИСХОУЗ и под неговото ръководство се реализира най-крупното и уникално репрезентативно изследване на заболяемостта в България през 1975-1977 година. Проф. Тодор Захариев се издига като значим инициатор и организатор на практическа и научно-изследователската дейност в управлението на здравеопазването. Под негово ръководство се поставят основите на унификацията и стандартизацията в медицинското документално стопанство в национален мащаб. Това с става с Решение на Министерския съвет №59/15.02.1975 г. като за ръководител на работната група е определен проф. Ташо Паскалев. В нея са включени водещи специалисти по различните направления на клиничната медицина, както и много специалисти от медицинската практика и социал-медици. Разработени са 4 основополагащи БДС стандарта за медицинска документация и две отраслови нормали за медицинската и за специфичната финансово-счетоводна документация в здравеопазването. През 1976 г. се създава Главния информационно-изчислителен център (ГИИЦ) и съвместно с Централния статистически институт се стандартизират годишните статистически отчети. Успешно се разширява внедряването на автоматизирани информационни системи, както и системи за диагностични консултации. През 1978 г. се въвежда системата за оперативна информация за МНЗСГ. Към края на 90-те години в системата на здра-

веопазване се използват на национално и регионално ниво информационните системи за: заболяемост с временна нетрудоспособност, заболяемост с трайна нетрудоспособност, вътреболнични инфекции, икономическа информация, оперативна информация, профилактични прегледи и заболяемост, хоспитализирана заболяемост и болнични дейности, системи в областта на медицинското образование и нозометрични системи.

През 1977 г. към Министерския съвет с цел интегриране на статистиката и изграждането на единна система за социална информация се създава Комитет по единна система за социална информация (КЕССИ). Местни органи са териториалните информационно-изчислителни центрове.

През 1985 г. КЕССИ е преобразуван в Комитет за социална информация, а една година по-късно, с Указ на Държавния съвет, той е закрит и се създава Централно статистическо управление. В периода до 1991 г. се извършват нови промени – създава се Комитет по информатика, който през 1989 г. отново е преобразуван в Централно статистическо управление към Министерския съвет.

През 1991 г. със Закона за статистиката, приет от Великото народно събрание се създава Национален статистически институт. Законът за статистиката от 1999 г. дава на НСИ статут на държавна агенция на пряко подчинение на Министерския съвет и определя органите на статистиката. Към НСИ функционират Висш статистически съвет и Национален статистически съвет.

Медицинската документация е част от технологията на медицинското обслужване, необходим „инструментарий“ делегиращ права, отговорности и оценка за вложения труд. Медицинската документация (първична и вторична) и медицинското досие стоят в основата на информационното осигуряване и са източник на автентични медико-статистически данни и управленска информация.

Първичната медицинска документация е под формата на формуляри, журнали, книги и досиета, които се ползват като: *статични регистри* – дневници за изследвания или прегледи и *динамични регистри* – картони и бланки подредени в картотеки.

Вторичните медицински документи се съставят на основата на първичните и са обикновено под формата на медико-статистическа или отчетно-финансово документация предназначена за Министерството на здравеопазването и Централното статистическо управление.

За първи път е издаден от Главния информационно-изчислителен център при МНЗСГ Албум на първичните регистрационни форми в здравеопазването. Създадената унифицирана система от медицински документи е систематизирана според функционалното предназначение на формулярите. Създадената система не само подменя формулярите с нови, по-добри, а създава и предпоставки за постепенно и целенасочено изграждане на цялостна система от стандартизирани документи и документооборот с рачети за нова материална база – досие със скрепващо устройство, организационна техника за поддържане и съхраняване на големите документални архиви създавани в лечебните заведения, възможности за прилагане на новите информационни технологии.

През 1981 г. се регламентира редът, по който трябва да се усъвършенстват съществуващите и да се създадат нови първични медицински документи. През 1985 г. се преработват 4-те основополагащи стандарта – БДС за медицинска документация от 1978 г., като се обединяват в един БДС. Български държавен стандарт 6.13.1-885 от 1985 г. е последният официален документ, регламентиращ същността, предназначението на системата за документация по здравеопазването в Р България. Две години по-късно (1987 г.) Министерството

на здравеопазването съвместно с Главно управление на архивите утвърждава „СПИСЪК на първичната медицинска документация в здравеопазването”. В този Списък на първичните медицински формуляри подредени според функционалното им предназначение съгласно БДС – 6.13.1-85 се дават указания: име и индекс на формуляра; в кои лечебни заведения се води; от кого се попълва; срок на съхранение. С оглед предназначението си, сроковете на първичната документация за съхранение е: краткосрочен до 1 г. – бланки от изследвания; средносрочен от 3 до 5 г. – медицински направления, книги и журнали; дългосрочен и над 10 г. – книги за заключния протоколи, решения, 25 г. – здравно досие – 25 г. за болничните и 40 г. за експертните здравни досиета.

Първото съвременно здравно досие у нас за наблюдение в доболнични и болнични условия е създаденото като „онкологично досие” през 80-те години. То бе изградено на модулна принцип. Досието, съперническо на най-модерните чужди образци, но не бе внедрено поради недостатъчна управленска воля и съпротивата на персонала за високите изисквания за работа с досието. Второто съвременно досие е част от проекта „Здравно-информационни стандарти, (2003-2004) финансиран от Световна банка и Министерство на здравеопазването с участието на Научното дружество по социална медицина, специалисти на НЦЗ по здравна информация (НЦЗИ) и Международният институт по здравеопазване и здравноосигуряване (МИЗЗО). Досието беше модулно изградено от отделни листове формиращи два вида досие – амбулаторно и болнично досие. Разработени бяха Информационен модел; Национален речник на здравни данни и Системата за сигурност, поверителност и неприкосновеност на данните. Този проект не беше експериментиран и използван, при условие, че беше сериозна разработка с помощ от Консултанска група от Австралийската асоциация по управление на здравна информация (НИМАА). Идеята за формиране на сегашното „здравно досие” формирано от копията на амбулаторния лист на НЗОК се оказва неефективна. Хронологично подредените амбулаторни листове не издържат на критериите за „добро” медицинско досие което е условие за въвеждането на „диагностично свързаните групи” като по-удачен инструмент за финансиране от сегашните „клиничните пътеки”. Доказването с автентични медицински записи е израз на висок професионализъм, който пази интересите както пациента, така и на медицински персонал. Също и достоен отговор за зачестилите претенции на граждани със съдебни искове към здравно заведение и медицински персонал. Осезаем е недостигът на адекватни правила за регистриране на огромната първична информация и за съжаление системният контрол на ниво здравна практика е формален и се осъществява предимно от НЗОК съгласно договорните отношения със здравната мрежа.

През 1991 година Главният информационно-изчислителен център се трансформира в Национален център по здравна информация. НЦЗИ подготви въвеждането на Десетата ревизия на Международната класификация на болестите и проблемите, свързани със здравето, организиран беше превода, редакцията и издаването на Класификацията. За нуждите на здравната мрежа се състави Кратък справочник по МКБ-10.

В Националния център по здравна информация се получават данните за дейността на всички лечебни заведения в страната по смисъла на Закона за лечебните заведения: лечебни заведения за извънболнична помощ; лечебни заведения за болнична помощ; други лечебни заведения по смисъла на Закона за лечебните заведения (диспансери, Центрове за спешна медицинска помощ, Центрове за трансфузионна хематология, Домове за медико-социални грижи за деца, Центрове по хемодиализа, хосписи).

Ежегодно се изготвят аналитични информационни продукти отнасящи се за здравето на населението, дейността и кадрите на българската здравна система. Например:

▶ Здравното състояние на населението – заболяемост, инвалидност, смъртност – по възраст, пол, причини и региони на страната.

▶ Специализираната медицинска помощ за МЗ и републиканските специалисти по: кардиоревматология, ендокринология, неврология, АГ помощ, хирургия, педиатрия, стоматология.

▶ Международни сравнения България и страните от ЕС за смъртност на населението от заболявания на органите на кръвообращението, злополуки, травми и отравяния.

▶ Материална база и кадрови ресурси. База данни за кадрите с висше образование и за ръководния персонал в здравеопазването. Осигуреност на населението със средни медицински кадри;

▶ Дейност на здравната мрежа. Състояние на амбулаторно поликлиничната дейност;

▶ Хоспитализации в болничните здравни заведения;

▶ Икономически анализи за ресурсите и ефективността на здравната мрежа.

Анализите са предназначени за Министерството на здравеопазването, националните консултанти на МЗ, Националната експертна лекарска комисия, Националния осигурителен институт и Министерството на труда и социалната политика.

Директори на ГИИЦ и НЦЗИ последователно стават: д-р Борис Михов 1976-1982 г., проф. Алекси Вълчев 1982-1984 г., проф. Кольо Гаргов 1984-1987 г., доц. Таня Чолакова 1988-1991 г., доц. Цанко Пеевски 1991-1992 г., инж. Петър Амуджев 1992-1993 г. и доц. Християн Грива от 1993 г. до преминаването на НЦЗИ в НЦОЗА.

Следа в подготовката на специалистите на НЦЗИ и развитието му оставят: проф. Алекси Вълчев и проф. Кольо Гаргов – хора с всестранна подготовка, организационен опит, водещи и авторитетни специалисти в областта на здравеопазването. Те успяха да положат основите и да развият дейността на Центъра и да подготвят сътрудниците му за адекватно информационното осигуряване на управлението: ст.н.с. Божидар Байкушев, доц. Цанко Пеевски, ст.н.с. Енчо Григоров, ст.н.с. д-р Илия Джарков, д-р Митко Бозовски, ст.н.с. Георги Боров, доц. Димитър Борисов, ст.н.с. Никола Андреев, доц. Петър Цофов ст.н.с. Калина Гилина, проф. Божимир Давидов, инж. Йордан Арнаудов, д-р Стойка Христова, Ненчо Тютюнкков и др.

С приемането на Закона за статистиката се регламентира нов подход по отношение на статистическата дейност в страната. Като органи на статистиката и официални източници на статистическа информация се определят Националният статистически институт и съответните структурни звена в министерствата и ведомствата, които са органи на статистиката. Статистическата дейност в областта на здравеопазването се осъществява от Националния статистически институт и Националния център по здравна информация чрез извършване на статистически изследвания от двете ведомства, включително и териториалните им структури. Дейността се регламентира от разпоредбите на Закона за статистиката, Националната програма за статистически изследвания и Закона за здравето. Разширяват се аналитичните разработки за здравно-демографското състояние на населението, ресурсите и дейностите в здравеопазването.

Националният център по здравна информация (НЦЗИ) изпълнява ежегодно ангажимента на Р България към Европейското бюро на СЗО, като актуализира 70 индикатора за здравно-демографското състояние на населението, забеле-



ваемостта и смъртността, ресурси на здравната система, както и предоставя информация на Евростат.

НЦЗИ продължава да издава краткия статистически справочник „Здравеопазване“ на български и английски език, чието съдържание се разширява и обогатява и съвместно с Националния статистически институт публикацията „Здравеопазване“. През 2007 година НЦЗИ е приет за асоцииран член на European Association of Healthcare IT Managers.

Националният център по здравна информация бе реструктуриран и включен в състава на Националния център по обществено здраве и анализи като дирекция „Национални здравни данни и електронно здравеопазване“ с директор доц. Красимира Дикова. Специалисти на НЦОЗА участват в работните групи на Европейската комисия по Програмата за обществено здраве (заболеваемост и смъртност, здравни системи, здравни индикатори, травми и инциденти, мрежа на компетентните органи по здравна информация, сигурност

на информационните системи).

Все повече нарастват отговорностите и очакванията от въвеждането на електронното здравеопазване и в областта на информационното осигуряване на управлението на здравеопазването. Разбира се, че успехът и постигането на поставените цели зависят преди всичко от хората, които са се посветили на тяхното осъществяване, от тяхната подготовка, творчески възможности, воля и упоритост. Но те зависят и от техническите възможности, които са предоставени. Започва се с перфокартите, големите електронно-изчислителни машини, първите опити за предаване на данни, първите обработки на отчетите с помощта на ЕИМ, първите прогнози и математически модели, и много други „първи“ неща, които се случиха и предстои да се случат. Мениджърите очакват надеждна информация, за да вземат управленски решения, базирани на доказателства.



## 140 ГОДИНИ БЪЛГАРСКИ ЧЕРВЕН КРЪСТ

**И**деята за Червения кръст е на швейцарския хуманист Анри Дюнан (1863). Организацията няма аналог в световната история на хумаността. Тя винаги е в най-горещите точки на света – там, където има войни, бедстващи хора, глад, заплаха за сигурността, нарушаване на човешките права, верска и расова нетърпимост, навсякъде където общности се нуждаят от помощ и подкрепа.

1878 г. Поставено е началото на Българското благотворително общество „Червен кръст“ на 25 октомври. Създателите са интелектуалци, духовници и лекари. Първите дружества са основани в Сливен и София, с председатели – митрополит Серафим и митрополит Милетий.

1878-1885 г. Дружеството официално е признато от Международния комитет на Червения кръст. Създават се дружествата в Габрово, Силистра, Кюстендил, Свищов и Русе. На 20 септември 1885 г. с Указ № 168 княз Александър I утвърждава Устава на Благотворителното общество „Червен кръст“. Първият председател е митрополит Климент (Васил Друмев).

1885-1886 г. По време на Сръбско-българската война организацията подпомага материално 27 болници, разкрива 10 болници и организира десетки подкрепителни и превързочни пунктове.

1897 г. България е сполетяна от големи наводнения. Открива се всенародна подписка за събиране на парични средства, с част от които е образуван „Фонд за бърза помощ при обществени бедствия“. Чрез Международния комитет на Червения кръст и дипломатическите представителства се изпращат помощи и от чужбина.

1888 г. За председател на Дружеството „Червен кръст“ е избран д-р Панталей Минкович, значително нараства броят на членовете, а капиталът достига 58 000 златни лева.

1898 г. За председател на Дружеството „Червен кръст“ е избран Ив Гешов, който го оглавява до смъртта си през 1924 г. Негова е заслугата за истинския подем в дейността и развитието на БЧК.

1901 г. Учредява се патронен празник на Дружеството – всяка година в деня на Св. Троица (28 май) и се провежда Седмица или Ден на Червения кръст.

1903 г. Оказва се помощ на напускащите Македония и Тракия бежанци след неуспеха на Илинденското въстание.

1909 г. Открива се болница „Червен кръст“, където става обучението на медицинските сестри (след 1944 г. болницата става Институт за бърза медицинска помощ „Н. И. Пирогов“).

1910 г. Българското дружество на Червения кръст (БДЧК) започва обучение на самарянки. На 9 декември царица Елеонора основава дружество „Самарянка“ и става негова покровителка.

1912 г. Борбата със заразните болести е постоянна грижа на БДЧК. За потушаване на започналата епидемия от холера се построяват изолационни бараки в Пловдив и Ямбол и се поема цялостната им издръжка.

1912-1913 г. По време на Балканската война българското дружествено „Червен кръст“ съгласува задачите си с военномедицинската служба. Централното управление и клоновете на Дружеството разкриват и издържат 14 болници, 289 подкрепителни и 9 евакуационни пункта, 3 санитарни влака с по 20 вагона,

предоставят на военно-санитарната служба 83 линейки, медикаменти, медицински материали, инструменти и хранителни материали. Дружеството се обръща за помощ към Международния комитет на Червения кръст в Женева. На призива се отзовават 11 страни, които изпращат свои санитарни мисии. По време на Междусъюзническата война пристигат 6 чужди мисии.

1916 г. От 12 март започва да излиза списанието „Известия на българското дружество „Червен кръст“

1917 г. Дружеството оказва материална помощ на гладувашото българско население от Западна Тракия и Македония, като открива трапезарии в Драма, Кавала и други селища.

1919 г. Дружеството оказва помощ на 3000 български бежанци от Драмско и Серско, изгонени от гръцките власти, като им предоставя облекло, завивки и храна.

1923-1924 г. Дружество „Червен кръст“ осъществява мащабни акции за подпомагане на българите бежанци от Тракия и Македония.