

**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ
ПРОФ. Д-Р ЦЕКОМИР ВОДЕНИЧАРОВ, ДМН**

РУМЕН СТОЙНЕВ ИЛИЕВ

**МЕДИЦИНСКИЯТ ОДИТ КАТО ПОДХОД ЗА УПРАВЛЕНИЕ НА
КАЧЕСТВОТО В ДЕНТАЛНАТА ПРАКТИКА**

**ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД
ЗА ПРИСЪЖДАНЕ НА ОБРАЗОВАТЕЛНА И НАУЧНА СТЕПЕН
“ДОКТОР”**

**Област на висше образование: 7. „Здравеопазване и спорт”
Професионално направление: 7.4. „Обществено здраве”
Докторска програма „Социална медицина и организация на
здравеопазването и фармацията”**

**НАУЧЕН РЪКОВОДИТЕЛ
Проф. д-р Златица Петрова**

София, 2023 г.

ВЪВЕДЕНИЕ.....	5
ГЛАВА ПЪРВА	6
ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР.....	6
1. Качество на медицинските услуги.....	6
1.1 . Права на пациентите.....	6
1.2. Безопасност на пациентите: правно-нормативна уредба.....	8
1.3. Мерки за подобряване качеството на медицинската помощ.....	9
1.4. Същност и определение на качеството.....	12
1.5. Компоненти на качеството.....	13
1.6. Методи за оценка на качеството.....	15
2. Медицински одит-като основен подход за оценка на качеството.....	17
2.1. Определение, видове, същност и цел на медицинския одит.....	17
2.2. Основни етапи при осъществяване на Медицински одит.....	21
3. Контролът в здравеопазването.....	22
3.1. Същност на контрола.....	23
3.2. Видове контрол.....	24
3.3. Процес на контролиране.....	25
3.3.1. Разработване на стандарти.....	25
3.3.2.Съпоставяне на достигнатите резултати с установените стандарти.....	25
3.3.3. Измерване на резултатите.....	26
3.3.4. Предаване, разпространяване на информация и оценка на информацията и резултатите.....	26
3.4. Предприемане на коригиращи действия.....	26
3.5. Характеристика на ефективния контрол.....	27
3.6.Законодателни основи на административния контрол в здравеопазването.....	29
4. Управлението на риска (риск мениджмънт).....	37
4.1. Риск-базирани проверки в здравеопазването.....	37
4.2. Риск-базирани проверки в здравеопазването.....	40
5. Критерии за оценка на качеството в денталните практики и правила за ДМП.....	43

5.1. Критерии за оценка на качеството.....	43
5.2. Медицински стандарти и показатели за измерването им.....	51
5.2.1. Същност и определение. Национална програма за МС.	51
5.2.2. Процедура по изготвяне на медицинските стандарти.....	53
5.2.3.Образец за разработване и актуализиране на медицински стандарт.....	54
5.2.4. Количествените показатели за оценка на конвенционалните и хирургичните дейности в общото дентално лечение.....	56
5.2.5. Специфични критерии по процеса на изпълнение и за резултатите от дейността.....	57
5.3. Роля на ДМП и пациента за качеството на грижата в оралното здравеопазване. Обобщение	57
ГЛАВА ВТОРА.....	59
ЦЕЛ И ЗАДАЧИ, МАТЕРИАЛ И МЕТОДИКА.....	59
2.1. Цел и задачи.....	59
2.2. Материал и методика.....	60
ГЛАВА ТРЕТА.....	62
РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ.....	62
3.1. Анализ на денталните практики в Европейските страни.....	62
3.1.1. Видове и характеристики на денталните практики.....	62
3.1.2. Дентални практики в Европейските страни-регистрация и качество на грижите.....	67
3.2. Денталната практика в България.....	81
3.2.1. Договаряне с изпълнителите на здравна помощ.....	81
3.2.2. Изисквания на НЗОК за сключване на договор за дентални дейности.....	84
3.2.3. Заплащане на дентални лекари.....	85
3.2. 4. Структура и дейност на БЗС.....	89
3.2.5. Качество на грижите в денталната практика.....	91
3.2.6. Дейност на Комисията по професионална етика към БЗС.....	92
3.2.7. Правила за Добра медицинска практика на лекарите по дентална медицина в Република България.....	97

3.2.8. Съвместни дейности – БЗС като съсловна организация и ИАМО в професионално етичните отношения.....	99
3. 3. ИАМН- правомощия и контрол в денталната практика.....	102
3.4. Алгоритъм на проверки на дентални практики и резултати.....	103
3.4.1. Анализ на резултатите от извършените проверки от ИАМО/ИАМН за периода 2017-2019 г.	104
3.4.2. Сравнение на вида нарушения между София и провинция.....	111
3.5. Анкетно проучване „Мениджмънт на риска“. Резултати и обсъждане.....	112
ГЛАВА ЧЕТВЪРТА.....	125
ИЗВОДИ.....	125
4.1. Изводи от литературния обзор.....	125
4.2. Изводи от анализ на денталните практики в Европейските страни и денталната практика в България.....	127
4.3. Изводи от анализ на резултатите от извършените проверки от ИАМО/ИАМН за периода 2017-2019 г.	128
4.4. Изводи от анкетното проучване „Мениджмънт на риска“.	130
ГЛАВА ПЕТА.....	132
ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ПРЕПОРЪКИ.....	132
5. 1. Препоръки.....	132
5.2. Заключение.....	132
5.3. Приноси.....	133
Библиография.....	134
Приложения.....	140

Въведение

Медицинската помощ, като специализирана човешка дейност има три основни измерения: вид, количество и качество, като тяхната съвкупност определя нейната способност да задоволява здравните потребности на хората, които я получават. През последните години, със "създаването на пазар на медицинската помощ", качеството придобива и ново значение, като се превръща в основно маркетингово средство. Осигуряването на качество е процес, който се отнася до концепции и методи за поддържане или подобрене на качеството на услугите, при което се използва системна оценка на изпълнението при сравнение с предварително определени стандарти, като средство за идентифициране на проблемите в предоставянето на услугите, въвеждане и проследяване на постигнатото подобрене. В медицината като екипна дейност, отговорностите и задачите се разпределят и извършват колективно от медицинските лица в условията на относителна самостоятелност, които е наложително да координират съвместно действията си така, че да предоставят необходимите и дължими медицински грижи с високо качество. Когато тази координация в процесите е недостатъчна, некачествена и/или ненавременна, настъпват опасностите и евентуалните последици от потенциалния риск за допускане на грешки, присъщ на медицинската професия. Именно това е причината за здравеопазването все повече се говори като за сфера, източник на повишена опасност с присъщи при осъществяването на медицинска помощ рискове като болестност, смъртност, високи разходи, медицински грешки, настъпване на неблагоприятни събития и/или предоставяне на ненужни здравни услуги. Според Националната здравна стратегия 2014- 2020, недостатъчното ниво на качеството в системата на здравеопазването е една от причините за влошаване на здравето и за неудовлетвореността на хората. Реформите в здравеопазването не водят до сериозно подобряване на качеството на различните дейности и не отговарят на изискванията включени в определението на СЗО:

1. Грижи, които да предоставят най- добрия здравен резултат- максимум полза и минимум риск за пациента
2. Демонстрират отличен професионализъм от всички, участващи в помощта
3. Ефективност и рационално използване на ресурсите
4. Високо ниво на удовлетвореността и на самочувствието на пациентите
5. Най- добрите възможни здравни резултати

Това налага необходимостта от извършването на специализиран мониторинг и надзор в денталната медицинска помощ, така че да се работи в посока за повишаване и утвърждаване на престижа на лекарите по дентална медицина, добрата медицинска практика и безопасност на пациентите.

ПЪРВА ГЛАВА

ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

1. Качество на медицинските услуги.

1.1 Права на пациентите:

Една от най-важните цели на реформите в здравеопазването е да се предоставят на населението достатъчни медицински услуги с възможности за по-голям избор и с по-добро качество на разумна цена. До неотдавна качеството на здравните грижи се възприема само като зависимост от професионалното изграждане на медицинските кадри. Това качество, свързано с личностите, се допълва впоследствие с качеството на структурите след появата на критерии, позволяващи оценката на единството личностно-структури. Напоследък в световната литературата се акцентира на факта, че пациентите са въведени в този процес на глобална оценка на качеството чрез удовлетворяването на техните нужди.³⁵

През различните периоди международните здравните институции поставят различни акценти върху елементите на качеството-период на осигуряване на свободен достъп до здравни грижи, период на повишаване на ефективността на общественото здравеопазване и медицинската дейност, за да се достигне до препоръките на Съвета на Европа⁶⁷

Безопасността на пациента да бъде включена в здравните политики, свързани с подобряването на качеството;

- Всяка страна да разработи последователна и детайлна политика за безопасността на пациента;
- Всяка страна да стимулира развитието на система за отчитане на медицинските грешки

Началото на признаване правата на пациента е поставено в началото на 20-ти век, когато за първи път се уреждат законово правоотношения, свързани с взаимодействието на лекар и пациент, основаващи се на принципите човешко достойнство, справедливост и безпристрастие, солидарност, професионална етика. Още при създаването на Световната здравна организация през 1946 г се отбелязва следното: „Постигането на най-високо достижимите стандарти на здравето е едно от фундаменталните права на всяко човешко същество...”. Днес правната уредба на правата на пациентите е застъпена широко навсякъде по света. В правоотношението по предоставяне и респективно получаване на медицинска помощ страните имат специфични права и задължения. Правата на пациентите могат да се разделят условно на две групи. Едната група права съдържа утвърдени международни принципи, докато другата група права представлява съвкупност от единични принципи, които са присъщи за отделните национални законодателства. Пациентските права с по-широка международна приложимост нямат абсолютен характер. Към тези универсални права се отнасят:

1. правото на достъп до медицинска услуги;
2. правото на качествено медицинско обслужване;
3. правото на избор на лекуващ лекар;
4. правото на избор на здравно заведение;
5. правото на свободно напускане на здравно заведение;
6. правото на пациента да бъде информиран;
7. правото на информирано съгласие;
8. правото на поверителност на информацията свързана с пациента;
9. правото на личен живот;
10. правото на трансплантация или отказ от трансплантация на органи и продукти от човешко тяло;
11. правото на жалба и обезщетение.

Към втората условна група може да се причислят онези пациентски права, чието приложение е ограничено в специфичните национални правни рамки. Такива права са:

1. правото на пациента да бъде представляван от пациентски асоциации;
2. правото или отказа от биомедицински изследвания;
3. правото на свободно изразяване на мнение за медицинското обслужване в здравното заведение;
4. правата на пациента относно възпроизвеждането;
5. правата по време на научни изследвания или експериментално лечение;
6. правото пациентът да бъде или да не бъде в контакт с други лица по време на предоставяне на болнична помощ;
7. правото на аборт;
8. правото на медицинска стерилизация и много други.

Правата на пациентите и лекарите в повечето държави от Европейския съюз са обвързани със задължения за лекарите и/или пациентите. Разбира се, задълженията в отделните държави са конкретизирани и уредени по различен начин. Правна уредба на задълженията както на лекарите, така и на пациентите, се среща например в Белгия, Франция, Германия, Унгария, Холандия, включително и в България. В българското законодателство основна част от общите права на пациентите са уредени в Закона за здравето, като общ, комплексен закон.⁷

В глава трета от Закона за здравето, „Медицинско обслужване”, е уреден отделен раздел, озаглавен „Права и задължения на пациента”. Там се посочват конкретни, отделни права на пациентите, систематизирани в чл. 86, който търпи изменения и допълнения през годините. Също така в посочения по-горе раздел се дава дефиниция за пациент (чл. 84), урежда се забрана за дискриминация (чл. 85), поставя се и подробна уредба на Обществен съвет по правата на пациента към министъра на здравеопазването (чл. 86а), представителните организации за защита правата на пациента (чл. 86б, в), а в чл. 94 законово се закрепват и задълженията на пациента. В чл. 93 от Закона за здравето се урежда ясен механизъм за защита правата на пациентите пред Регионалните здравни инспекции. Така, пациентът, съответно неговият родител, настойник или попечител, както и други изчерпателно изброени лица, имат право да подават жалби и сигнали до регионалната здравна инспекция при нарушаване на правата им, уредени в Закона за здравето. Друг административен способ за защита се осъществява чрез Изпълнителна агенция „Медицински одит”/ Изпълнителна агенция „Медицински надзор“ към Министерство на здравеопазването - за осъществяване на контрол върху медицинското обслужване на гражданите, включително и що се отнася до спазването на правата на пациентите в лечебните заведения. Освен основните общи права, уредени в общия за тази област закон, а именно- Закон за здравето, съществува обширна специална нормативна уредба, състояща се от редица законови и подзаконови нормативни актове. Сред тях съществено място заемат съответно Закон за лечебните заведения, Закон за здравното осигуряване, Закон за лекарствените продукти в хуманната медицина, Закон за съсловните организации на лекарите и лекарите по дентална медицина, Закон за трансплантациите на тъкани, органи и клетки. В посочените законови нормативни актове се уреждат специфични обществени отношения, които, от една страна, доразвиват общите права на пациента, а от друга страна, създават нови, специални пациентски права, които се проявяват само в определени хипотези и при изчерпателно изброени субекти.

1.2. Безопасност на пациентите: правно-нормативна уредба

Наличието на медицински грешки/сериозни инциденти предполага съществуването на проблем в цялата здравна система не само от медицинска, но и от икономическа, правна, етична и обществена гледна точка. Това е показател за нивото на качество в здравеопазването, който изисква вниманието да се насочи не само към медицинската грешка сама по себе си, но и към извършване на подобрения във всички аспекти на медицинското обслужване. Правната уредба, свързана с т. нар. „медицински грешки”, представлява една изключително интересна, разнообразна и специфична материя, която намира своите разновидности не само в държавите от Европейския съюз, но и в целия свят³⁸. Това разнообразие се изразява включително и при регламентиране на легалната дефиниция за понятието или липсата на такава, приложното ѝ поле, обхвата на отговорността, мерките за ограничаването ѝ, както и механизмите за обезщетяване. В Република България, както и в повечето държави от ЕС, също съществува обща и специална уредба, но липсва легална дефиниция на

понятието “медицинска грешка” или негов еквивалент. Общата уредба се намира в Закона за здравето, закона за лечебните заведения, Закона за здравното осигуряване и др., докато специална уредба обхваща например Закон за кръвта, кръводаряването и кръвопреливането (транспониран от Директива 2001/20/ЕС), както и др. специални закони, транспониращи европейски директиви. В т. 3. от Допълнителните разпоредби на Закон за кръвта, кръводаряването и кръвопреливането се посочва легална дефиниция на "Сериозен инцидент", където се посочва, че под това понятие се разбира „всяко нежелано събитие, свързано с вземането, диагностиката, преработката, съхраняването и разпределението на кръв и кръвни съставки, което може да доведе до смърт, застрашаващо живота състояние, инвалидизация или заболяване, водещо до удължаване на болничния престой при реципиент.

1.3 Мерки за подобряване качеството на медицинската помощ

Повишаването на качеството на здравните дейности следва да се осигури на базата на Национална система за осигуряване и непрекъснато развитие на качеството. Развитие на качеството в областта на здравеопазването се основава на непрекъснатото му подобряване, като се отчитат фундаменталните принципа⁽⁴⁰⁾ Фокусиране върху потребителите: основната цел е да се задоволяват изискванията, нуждите и очакванията на пациентите или потребителите. Това поставя специфични изисквания към здравната система по отношение на структурата, организацията на дейността и персонала и е истинско предизвикателство към сега съществуващите методи за въвличане, изслушване и информиране на пациента. Развитие на процесите: дейността по осигуряването на здравните грижи е резултат от серия хоризонтални взаимосвързани стъпки и действия, които определят изхода от лечението. вниманието следва да бъде фокусирано върху вертикалната и хоризонталната верига на лечението: как пациентът се движи в системата, включваща връзката между първичната и специализираната извънболнична и болнична помощ и в конкретните заведения, т.е трябва да се гледа цялостно на процеса, а не само на изолирани дейности. Тотално въвличане на всички участници в процеса: работещите на всички нива на здравната система трябва да бъдат включени в дейностите по осигуряване и развитие на качеството. въвеждане на ефективна система за качеството.

Отговорностите на национално, регионално, локално и институционално ниво се разпределят между:

Изпълнителната Агенция за Медицински одит/Медицински надзор, Националната здравноосигурителна каса, съсловните организации: осигуряват подкрепа за оценка, контролират и мониторира на качеството; организират подходящо наблюдение на удовлетвореността на пациентите; ангажират различните специалисти с участие на пациентите за изготвяне на практически справочници и стандарти; въвеждат подходящо пациентско обучение за подобряване отношенията лекар-пациент; мотивират заведенията за медицинска помощ за развитие и постоянно усъвършенстване на качеството; извършват рейтинг на лечебните заведения; предлагат

методики за обвързване на предоставеното качество с финансирането на лечебните заведения.

Регионалните здравни инспекции - извършват консултативна дейност; организират курсове и предоставят информация за необходимите дейности на местния персонал, подпомагат обменянето на опит между различните сектори и извършват информационна дейност по въвеждането на нормативните актове; осигуряват разработването на планове за прилагане на системата от всички здравни служби; подпомагат Агенцията за медицински одит/Медицински надзор в областта на мониторинга за изпълнението на стандартите за качество и ефективност от лечебните заведения и контрола на предоставените медицински услуги.

Общински и местни лечебни и здравни заведения - планират по сектори и нива ефективна и възприемана от всички система за качество.

Институционалното ниво включва болници, диагностично-консултативни центрове, лекарски и дентални практики и други лечебни и здравни заведения. Техните мениджъри са отговорни за планирането и въвеждането на дейности по подобряване качеството на здравната помощ, както и за отчитане на резултатите.

Основните дейности, които са необходими на това ниво са:

1. ранжиране на цели и отговорности;
2. идентифициране на приоритетните проблеми, свързани с качеството на здравната помощ;
3. определяне на показатели и критерии за контрол на качеството;
4. измерване и анализ на критериите;
5. изграждане на мрежа от стандарти и система за качество:

- Въвеждане в лечебните заведения на съвременни техники за оценка и подобряване на качеството на дейността: протоколи за сравняване и оценка, вътрешна анкета (peer review), медицинска ревизия (одит) и др.

- Лечебните и здравните заведения трябва да имат програми за качество, които включват различни дейности /система за вътрешен одит на качеството, консултации, оценка на дейността на отделни лекари от техни колеги, дискусии на случаи на болни; оценка на пациентското задоволство; анализ на организацията и финансовите дейности; развитие на информационна система вътре в самата здравна организация; обучение на персонала; регулиране на персоналните взаимоотношения и пр./

- За управление на процеса по подобряване на качеството лечебните заведения трябва да имат свои органи (комисия, съвет), които да разработват и предлагат програмите в тази област и да извършват мониторинг на тяхното изпълнение.

- Качеството на дейностите в здравеопазването следва да бъде включено като изискване както в Националния рамков договор, така и в договорите между

НЗОК (РЗОК) и изпълнителите на медицински дейности, заедно с представянето на програми за неговото повишаване. В това отношение може да се използва практиката на други страни по прилагането на “договор-програма” за работа.

Повишаването на качеството е процес, от който все повече ще зависят репутацията, финансовите резултати и развитието на здравните професионалисти. Също така, от този процес ще спечелят всички участници в здравната ни система – пациентите, лекарите и тези, които финансират здравеопазването, т.е., ефектът ще се усети от всички тях:

- от пациентите – те ще бъдат лекувани в по-добри условия, с модерни технологии, с уважение и компетентност;
- от медицинските специалисти – признание и удовлетвореност от работата, използване на съвременна апаратура и иновации; работна среда на доверие и подкрепа от ръководството;
- от финансиращите институции – по-ниски разходи за по-ефикасно медицинско обслужване, прозрачност, заплащане въз основа на качеството на извършената дейност;
- от болниците – редуциране на медицинските грешки и нежеланите ефекти за пациента по време на лечение, снижаване на разходите в резултат на по-високата ефективност, получаване на финансиране, обвързано с качеството на предоставените здравни услуги; подобряване на финансовите резултати и конкурентноспособността.

Сътрудничеството с пациентите е основен момент по осигуряването и развитието на качеството. Пациентите могат и трябва да участват при оценката на качеството на здравните служби винаги, когато това е възможно. Това трябва да се осигури от лечебното заведение, което активно да въвлече пациентите, които да се грижат за собствените си интереси по-добре, отколкото го правят сега. Съсловните организации на лекари и зъболекари, както и на фармацевти и специалисти по здравни грижи, трябва да играят основна роля в процеса на осигуряване на качеството, особено при провеждането на изпреварващо обучение на членовете си по тези въпроси и в създаването на работни групи по въпроси на качеството, отнасящи се до различните професионални сфери. Образователните институции имат важна роля в областта на качеството. Обучението по развитие на качеството следва да бъде интегрална част от обучението на здравния персонал както по време на студентското, така и на следдипломното обучение. Научните изследвания в областта на качеството на здравните дейности трябва да допринесат за развитието му. Институцията по медицински одит и осигуряване на качеството и определени изследователски екипи трябва да способстват за развитието на качеството, както и техните основни задължения /отговорности/ са: да разработят подходящи методи за оценка и контрол, приложими в здравните служби; да участват в провеждането на оценката на качеството на всички нива и в прегледа на общоприетите професионални норми и да осигуряват разпространение на научните резултати.

1.4 Същност и определение на качеството

Качеството е незаменим компонент на съвременното здравеопазване и може да бъде постигнато чрез подходящ мениджмънт на наличните ресурси. Повишаването му изисква промени, но не всяка промяна е подобрене. Ако една система не се промени, може да се очаква само, че тя ще продължава да дава същите резултати. По думите на Д. М. Беруик "Всяка система работи перфектно за постигането на резултатите, които тя постига" ⁶². В тази фраза се съдържа и основната идея на съвременната теория за повишаване на качеството: степента на представяне е характеристиката на системата. В здравеопазването се сблъскваме с особени трудности при определяне на качеството поради многообразието на потенциалните "клиенти" на здравни услуги: пациентите и техните семейства, здравните професионалисти, осигурителите, държавата и др. Разглеждането на различните аспекти на качеството предполага познаване на специфичните изисквания към качеството на всяка една от тези групи:

✓ За пациентите качеството се основава на множество критерии, при които субективността има голяма роля за крайната удовлетвореност. За тях качествена е тази услуга, чието реално предоставяне се приближава максимално до очакванията им. За пациента е важно да бъдат ликвидирани симптомите на болестта, а самата болест - предотвратена или прекъсната. Пациентите обръщат най-голямо внимание на резултатността, достъпа до медицинска помощ и отношението на медицинските специалисти към тях..

✓ За здравните професионалисти качеството се отнася до скала за оценка на професионализма, базирана на способността за използване на диагностични и терапевтични техники при оптимални условия по отношение на ефикасност, сигурност и предоставяне в подходящ момент. Според тях качеството изисква наличие на навици, ресурси и условия, необходими за подобряване здравето на пациента, знания и умения да се изпълняват професионални задължения, възможности за повишаване на квалификацията, подходящи условия за работа и удовлетвореност от адекватно заплащане.

✓ За финансиращите институции, качеството се интерпретира чрез изисквания за извършване на "стратегическо" закупуване на медицинската помощ в полза на пациентите по вид, обем и качество (адекватност на предоставените грижи, сигурност, ефективност, достъпност, разумно използване на всички видове ресурси, контролиране на цената).

В исторически аспект, развитието на концепцията за качество е ориентирано към нуждите на всяка от тези категории "клиенти", взети поотделно. При това, никой от тези подходи не позволява да се отговори на изискванията на понятието в глобален аспект. Дефинирането на понятието качество на медицинската помощ с оглед еднаквото разбиране на неговото съдържание, изисква предварително да се даде отговор първо на въпроса:

Какво представлява качеството въобще?

Качеството е категория с широка употреба във всички сфери на обществения живот и показва сложна същност и съдържание. Едно общоприето определение за качеството предполага, че изделията и услугите са качествени, когато отговарят на очакванията на потребителя или качеството представлява определена степен на удовлетвореност на клиента от предоставената му стока или услуга. Качеството в здравеопазването не е нов термин. Изисквания в това отношение са заложи още в клетвата на Хипократ “Лекарят трябва да обслужва нуждите на пациента и да не му вреди”. В различните речници качеството се определя като “степен на отличното”, а според теорията за всеобщо качество може да се използва следното определение “Прави по правилен начин това, което е правилно”. Съвременната общоприета дефиниция на качество в международния стандарт ISO/ DIS 9000: 2000 е: “възможността на съвкупност от присъщи характеристики на продукт, система или процес да изпълнява изискванията на потребители и други заинтересовани страни”⁸¹. На основата на това определение, качеството на медицинския продукт (както и на здравната система или процес) се дефинира като, степента, в която съвкупността от характеристики на медицинския продукт (напр. диагностични изследвания, лечебни интервенции и т.н), на медицински процес (напр. диагностичен, терапевтичен, рехабилитационен и т.н.) или на система (напр. на извънболнична помощ, на болнична и т.н.) позволява задоволяването на определени здравни потребности на пациентите или други заинтересовани страни (например друго лечебно заведение)”. Концепцията на СЗО за качество на медицинската помощ разглежда качеството, като поставя пациента във фокуса на здравните дейности и усилия: “Предоставяне на всеки пациент на достатъчно видове диагностични и терапевтични дейности, които да осигурят най-добър резултат по отношение на здравето, съобразен с актуалното състояние на медицинската наука, при най-добра цена за същия резултат, при минимален ятрогенен риск и достигане на най-голямо удовлетворение по отношение на процедури, резултати и хуманно отношение“. В доклада с препоръки N-R 97 на Европейската здравна комисия, качеството е определено като "чертите и характеристиките на един продукт или услуга, които му дават възможност да задоволи изразените или вътрешни нужди". През последните години все по-често се използва определение, прието от Американската медицинска асоциация (АМА), според което „качеството на медицинската помощ представлява съвкупност от условията за нейното извършване и признаците/характеристиките, които притежава като специфичен вид услуга или дейност“. Тази съвкупност определя потребителната способност на медицинската помощ или способността ѝ да задоволява здравните потребности на населението. .

1.5. Компоненти на качеството

Съвременното интерпретиране на проблема за качеството в здравеопазването, отразява ключовата концепция за разглеждане на компонентите на качеството: достъпност, своєвременност, ефективност, ефикасност, продуктивност, непрекъснатост, приемливост, уместност, безопасност, професионална компетентност и техническа обезпеченост, междуличностни взаимоотношения, удобство, удовлетвореност. Всяка една от тези характеристики трябва да се разглежда в

светлината на специфични условия, в контекст на конкретен етап от оказването на медицинска помощ⁷⁴. Всички те имат отношение към клиничния и организационния аспект на предоставените медицински грижи.

Достъпност: Това е възможността всички да получават една и съща медицинска помощ. Достъпът до лечебните заведения не трябва да зависи от географски, икономически, социални, културни, организационни и езикови бариери.

Своевременност/ адекватност: Диагностиката и лечението трябва да бъдат предоставени в подходящия за това момент и съответно и достатъчно на симптомите на болестта, за да бъде предотвратено по-нататъшно развитие или усложнение на заболяването.

Ефективност: Това е установена полза от прилагането на дадена медицинска технология и лечение при реални условия, т.е. фактически полезния резултат. Чрез ефективността се отчита степента, при която извършените процедури и дейности са предоставени в съответствие с изискванията за добра медицинска практика, с цел достигане на оптимален резултат.

Ефикасност: Способността на дадена интервенция или процедура да донесе ползата, каквато процедурата би донесла в идеални условия. Идеалните условия са строго контролирани и наблюдавани условия, например в рамките на рандомизирани контролирани клинични проучвания.

Продуктивност: Степента, до която е отчетена полза от приложените медицински грижи, при минимум усилия и ресурси.

Непрекъснатост (приемственост): Това е степента, при която отделният епизод от медицински грижи се координира и интегрира в общата схема на предоставяне на медицинска помощ. Тази характеристика означава, че пациентът получава изцяло необходимата медицинска помощ без прекъсвания, забавяне, излишни повторения в процеса на диагностиката и лечението. Спазването на този принцип се осигурява от това, пациентът да бъде наблюдаван от един и същ лекар, да се водят точни вписвания в медицинските документи, чрез точна организация и приемственост между различните нива и служби.

Приемливост: Това е степента, при която услугите съвпадат или надвишават очакванията на информираните потребители.

Уместност: Това е степента, при която потенциалните ползи от интервенцията превишават възможния риск. За оценка се използва относителната степен на използваемост на дадени интервенции.

Сигурност /Безопасност: Това е степен на предотвратяване на потенциален риск при предоставяне на медицинска помощ. Безопасността води до минимум риск от възможни травми, инфекции, странични ефекти на лечението и други нежелани последици.

Релевантност (уместност и съответствие): Отнася се до избор на интервенция, която най-вероятно ще доведе до постигане на желания резултат и очакваната здравна полза надхвърля достатъчно евентуалните негативни последици.

Професионална компетентност и техническа обезпеченост: Това е степента, при която изпълнението на процедурите от медицинските специалисти е в съответствие със съвременните стандарти и познания.

Междоличностни взаимоотношения: Това са взаимоотношения между медицинския персонал и пациентите, медицинските професионалисти и техните ръководители, организациите по здравеопазване и населението като цяло.

Удобство (комфорт): Тук се включват външния вид на здравните заведения, персонала, материалните обекти, комфорт, чистота, конфиденциална обстановка и др.

Удовлетвореност: Качеството на медицинската помощ се оценява от пациентите и медицинските специалисти.

В най-добрия случай, представа за качеството на здравните услуги се получава при измерване на всеки един от тези компоненти. Необходимо е комплексно оценяване на тези компоненти, а не поотделно. Концепцията на СЗО за качество на медицинската помощ се базира на мониториране на показатели, свързани със здравето и резултатите от дейността на лечебните и здравни заведения. Следва да се държи сметка за рисковете и ефективността, за емоционалните, социалните, техническите аспекти на качеството, да се обхване цялата организационна структура и възможните отношения между персонал и пациенти. Най-общо се разглеждат 3 взаимосвързани аспекта на здравното обслужване:

1) Технически аспект на качеството. Определя се от начина на приложението на медицинската наука и технология, осигуряващ максимална ползност без увеличение на рисковете на здравето. Нивото на качеството се определя от степента, до която се очаква оказаната медицинска помощ да достигне най-благоприятния баланс на рискове и ползност.

2) Социално-психологически аспект. Отразява нивото на социално-психологическите отношения между предоставящите здравна помощ и пациентите. Нивото на качеството в социално-психологическата сфера се измерва със степента на съгласуваност на социално определени ценности, норми и очаквания.

3) Икономически аспект. Отразява относителните разходи за единица ползност и нивото на качеството зависи от степента на ефективност на здравното обслужване.

1.6 Методи за оценка на качеството

За разлика от другите човешки производствени дейности медицинската помощ притежава някои особености (хетерогенност, интегралност, сложност) оказващи влияние, както върху осигуряването на качеството, така и върху неговото определяне,

оценяване и управление. Високото качество се основава на високата степен на професионализъм, ефективно използване на ресурсите, минимален риск за пациента, удовлетвореност и положителен ефект върху здравето на пациента.⁴⁰ Оценяването на качеството от една страна е процес на формиране на мнение на базата на събиране на информация, като същевременно трябва да се потвърди дали са постигнати целите на дадена дейност или програма. От друга страна, оценяването на качеството представлява съпоставяне на фактическото ниво на качество с установените норми и изисквания, формиране на резултат и вземане на решение. Оценяването на качеството в здравеопазването се осъществява с цел: да се добие ясна представа за нивото на качеството; да се разработи правилна политика и стратегия; да се установи да каква степен са изпълнени поставените задачи в областта на качеството; да се установи дали са спазени изискванията на утвърдените стандарти и нормативи; да се установи каква е степента на удовлетвореност от страна на пациентите; да се разкрият съществуващите проблеми; да се съпостави нивото на постигнатото качество с това на конкурентите.

Използват се следните методи за оценка на качеството:

Оценка чрез стандарти: Въз основа опита на водещи здравни заведения и специалисти се съставят протоколи – образци за организационна, диагностична или лечебна дейност. Те стават база за сравнение с конкретната дейност, чието качество е обект на оценка.

Медицински одит: Той представлява критичен анализ на дейността на лекарите и резултатите от нея, сравнени с приети стандарти. Въпросът за медицинския одит е разгледан подробно по нататък в изложението.

Удовлетвореност на пациентите: Чрез проучване на удовлетвореността на пациентите могат да се направят важни изводи за развитието на здравеопазната система и да се оптимизира вземането на решения от здравеопазните институции. Съществуват специално разработени ръководства за провеждане на допитвания и анкети, извличащи най-подходяща и значима информация.

Интуитивни методи: Те имат по-ограничено приложение при оценка на качеството на здравното обслужване. Интуитивните методи се използват в т.нар. Консенсусни конференции, метода “Делфи”, метода “Мозъчна атака”, Колегиалната инспекция (peer review) и др.

Метод на акредитация, сертификация, лицензиране: В зависимост от специфичните нужди на определена страна или правосъдие, системите на акредитиране, лицензиране и сертифициране могат да осигурят ценна информация за възможностите, качеството и сигурността на организациите и практикуващите в сферата на здравеопазването и по такъв начин да допринесат за осигуряването на качеството..

Лицензиране: Това е процес, чрез който държавна власт дава разрешение на отделен практикуващ или здравна организация да функционира или да упражнява занятие или професия. Лицензионните правила са установени най-общо за да осигурят

покриването на определени стандарти от страна на организация или индивид, с цел да се защити общественото здраве и сигурност.

Сертификация: Това е процес, чрез който упълномощен орган (правителствена или неправителствена организация) оценява и удостоверява, че определена личност или организация отговаря на предварително определени изисквания или критерии.

Акредитация: Акредитацията е друга основна технология за оценка на качеството. Процесът на акредитация цели да потвърди, че лечебните заведения спазват добрата лечебна практика, съществуващите нормативните и законови изисквания, имат способността ефективно да взаимодействат с пациенти и обществени организации, функционират ефективно и повишават лидерската си роля за посрещане на съвременните предизвикателства на общественото здраве. Създадени в САЩ, теорията и методиката на акредитацията се радват на голямо внимание в Европа. В различните страни импулсът на акредитацията е произлязъл от професионално-съсловните организации (САЩ, Австралия, Канада) от властите (Франция, Испания и Обединеното кралство). Хирургът Codman е разработил през 1917г. “Hospital Standardisation Programme” и “Минимални стандарти за болниците”.³⁹ Както в цялата терминология за качеството, така и тук съществуват многобройни дефиниции. Общото е, че се определя като процес, включващ инспекция / проверка на това дали дадено здравно заведение, персонал или програма съобразява своята дейност с предварително установени стандарти. Надеждната оценка на качеството на здравното обслужване предполага използване на различни методи, обединени в широк комплексен подход. За целта е необходимо стандартизиране на начините за оценка на всички компоненти на качеството. Една от ключовите характеристики на повечето модели за тотално управление на качеството е фокусиране към клиента (пациента). Затова удовлетвореността на пациентите заема ключова позиция при оценка на качеството. Проблемът за качеството в системата на здравеопазването е особено актуален сега, когато здравните заведения са в постоянно нарастващи конкурентни взаимоотношения, във връзка с предлаганите здравни услуги, повишаващите се очаквания на пациентите и цялото общество за качеството на здравното обслужване. Поддържането високото ниво на качество на здравните услуги може да бъде постигнато чрез цялостно усъвършенстване на дейността на здравното заведение във всички аспекти, чрез повишаване на качеството на управление, внедряване на тотално управление и мониторинг на качеството. Повишаването на качеството в системата на здравеопазването има решаващо значение, както за подобряване здравето и качеството на живот на обществото, така и за осигуряване на ефективно развитие на здравните организации и повишаването на тяхната конкурентоспособност. „Качеството струва скъпо, но има нещо по-скъпо от качеството - неговата липса”. Josou P., 1992

2. Медицински одит-основен подход за оценка на качество

2.1 Определение, видове, същност и цел на медицинския одит

Терминът “осигуряване на качество” се отнася за концепции и методи за поддържане или подобряване на качеството на услугите, при което се използва

системна оценка на изпълнението при сравняване с предварително определени стандарти, като средство за идентифициране на проблемите в предоставянето на услугите, въвеждане и проследяване на постигнатото подобрене. В тази връзка концепцията съдържа, планиране и системен подход за контрол и оценка на оказаните медицински грижи или предоставените услуги, който идентифицира възможностите за подобрене и дава механизъм, чрез който се предприемат действия за реализиране и поддържане на постигнатото подобрене. Според дефиницията разработена от Австралийския съвет за стандарти в здравеопазването ⁵⁶ "осигуряването на качеството е официален процес, при който качеството и съответствието на грижите за пациента и/или работата на отделно звено се документира и оценява от групи професионалисти, които са отговорни за това и са част от мултидисциплинарен екип"

Основните моменти в това определение акцентират на:

(1) "Съответствие на грижите" има за цел да обхване грижите, които са били оказвани и грижите, които следвало да бъдат оказани, тоест включително. контрол върху обхвата на предлаганите грижи;

(2) Дейността трябва да се документира

(3) Дейността трябва да бъде оценена, което означава, че трябва да се приемат стандарти и се определят исканите нива на изпълнение

(4) Качеството касае едновременно грижите за пациента и работата на отделното звено; тоест засяга едновременно клиничната работа и управлението.

При осигуряване на качеството се третират два аспекта от системата на здравеопазване: предоставяне на грижи и управлението на системата. Процесът на управление на системата на ОК се основава на стандарти и мониториране, едновременно на ниво административен и медицински одит.³⁵ И в двата случая цикълът протича като: (а) оценяване на работата на тези, които предоставят услугите; (б) сравняване на работата с прилаганите стандарти и (в) подобряване на работата.⁶⁰ Според нас трябва да се прави разлика между различното разбиране на представителите на медицинската професия от една страна и на финансиращите системата от друга. Всички страни на практика са заинтересовани от отклоненията от нормата. Причина за това е фактът, че отклонението от стандарта е индикация за лошо качество. Докато медиците се интересуват от отклонението "грешка" в контекста на получените резултати по време на интервенцията, то финансиращите се интересуват повече от отклоненията от условията на договора. При здравната помощ, дейностите по осигуряване на качеството могат да определят ефективността на дейностите за диагностициране и лечение за постигане на желаните резултати. Тъй като ефективните услуги могат да бъдат доставени единствено в безопасна и ефикасна среда и тъй като пациентите очакват повече, отколкото да получат лекарства или лечение, качеството на управлението на заведенията и институциите свързани със здравеопазването е също толкова важно, колкото и самата здравна грижа. Двата аспекта на ОК са две страни на един и същи процес. Докато МО е главно механизъм за подобряване на качеството на здравните услуги, доставени на обществото, АО е главно

начин за подобряване качеството на административните и управленски процеси, осигуряващи доставянето на тези услуги. Одитът предлага системна рамка за проучване и оценка, за въвеждане на промени и подобряване на системата. Медицинският одит е систематичен, критичен анализ на качеството на медицински услуги, включващ диагностичните, лечебните процедури и обслужването; използването на ресурсите, постигнатите крайни резултати за пациента, вкл. качеството на живот. Анализът обхваща работата на всички професионалисти в сферата на здравеопазването^{90, 91}

Той може да се разглежда също така и като систематичен процес, чрез който лекарите непрекъснато оценяват и остойностяват своята практика, организацията на обслужването, своите мениджърски функции и образователни дейности. Според ISO „одитът е систематичен, независим и документиран процес за получаване на обективни доказателства и за обективна оценка за определяне на степента за удовлетворяване на определени критерии.“ Проверката / инспекцията е оценяване на съответствието чрез наблюдение и вземане на решение, придружено от подходящи измервания, тествания и преценки. Не може да не се спомене факта, че към този момент съществува объркване в научната литература около съдържанието на понятието медицински одит. Изтъкнати автори от различни страни дават различно тълкование на понятието. Според М. Lawrence) медицинският одит е метод за оценка на качеството на медицинската помощ, като се вземе под внимание изпълнението на медицинската дейност или критериите за качество съответно с приетите стандарти.^{85,86}

R.Raker счита, че целта на медицинския одит е, ако евентуално се разкрият пропуски или недостатъци в медицинската помощ, да се посочат най-подходящите корективни действия, например: обучение на персонала в съвременни комуникативни техники и умения, целево повишаване на квалификацията и други.⁹⁴ Според Петрова и съавтори административният и медицински одит са част от един цялостен подход за осигуряване на качеството във всяка организация.⁴⁰

Следните различни типове одит се очертават в зависимост от фокуса на дейността и включения персонал:

- Клиничен одит - покрива всички аспекти на клиничните грижи оказвани от членове на практикуващия екип, включително и от сестринския и фармацевтичния персонал.
- Външен одит – одит, провеждан от външни лица или използващ критерии, дефинирани от власти, различни от практиката, чиито стандарти се проверяват.
- Интерфейсен (междупрофесионален) одит - съвместна проверка на начина по който болничните звена, практиките на ОПЛ и обществените институции работят в синхрон.
- Вътрешен одит – проверка на дейностите в практиката от персонала й, съгласно дефинирани в самата практика критерии.

- Медицински одит – включва проверка на дейностите, инициирани от лекари
- Административен одит – отнася се към изследването на такива аспекти на практиката, като например системата на назначенията, които се считат по-скоро за административни.
- Одит на значими събития – детайлна проверка на значими събития в грижата за пациента или малки групи пациенти. “Значимо събитие” е предизвикан от конкретно действие на ОПЛ или медицински специалист резултат, който е от изключителна полза или изключителна вреда за пациента. Съществуват и класификации, свързани с времето на провеждане на одита например: проспективен, ретроспективен или междинен одит. Други са свързани с броя или видовете на участниците.

Описаните по горе определения за медицински одит ни дават основание да отбележим, че това е професионално проведена инициатива, която цели да подобри качеството на медицинското обслужване на пациентите. Това е един определен от методологична гледна точка процес - проверка на действителната практика, за да се идентифицират нейните силни страни и нейните слабости. Следователно, чрез одита се вземат решения как незадоволителните резултати да бъдат подобрени след съответни позитивни промени и как силните страни да се популяризират и възприемат от другите. Ролята на одита е да подпомага на клиничните и бизнес решения, като се отчитат услугите, които се предоставят, риска и управлението на дейностите. Професионалистите и организациите от системата на здравеопазването използват одита, за да идентифицират своите нужди: образователни, от ресурси и др., за да могат да дадат най-доброто от себе си в полза на пациента.

Цели на медицинския одит:

- подобряване качеството на медицинските дейности;
- ефективност при използване на наличните ресурсите;
- подобряване информираността на професионалистите в областта на здравеопазването;
- идентифициране и разрешаване на конкретни проблеми.

Принципи на медицинския одит:

- точност;
- обоснованост и доказаност;
- обективност и добросъвестност.

Обхват на медицинския одит

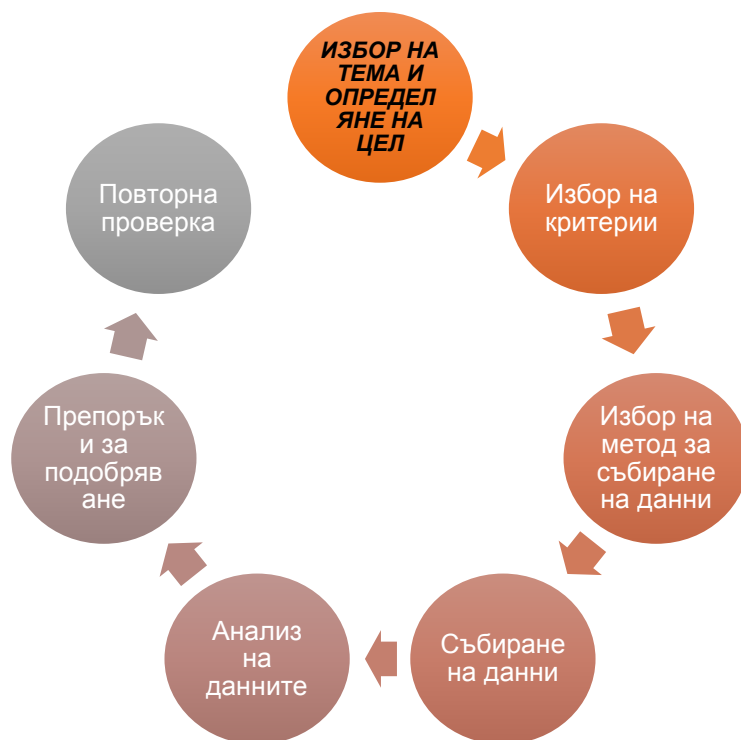
Медицинският одит обхваща: дейности, предприети от лекарите; услуги, предлагани на пациента; анализи; препоръки за промени; определяне на стандартите,

които трябва да се поставят за цел; доказателства, че договорените нива на представяне са били достигнати, а също така, че договореното плащане може да бъде извършено. За да бъде успешна една одиторска програма трябва да отговоря на няколко основни изисквания: да е насочена към подобряване на качеството; да осъществява документирано и доказуемо подобрене по отношение качеството на медицинските грижи; да покрива целия спектър на управлението и услугите, предоставяни от изпълнителите, отделите и различните специалисти. При медицинският одит оценката на качеството е пълна - измерват се критерии на всички елементи на качеството и се обхващат достатъчен брой обслужвани пациенти.

2.2 Основни етапи при осъществяване на Медицински одит:

- Избор на тема и определяне на цел;
- Избор на показатели и стандарти;
- Избор на метод за събиране на данни;
- Събиране на данни;
- Анализ на данни;
- Препоръки за дейности, подобряващи практиката;
- Проследяване и повторна проверка (нов одит).

Фиг. № 1. Одиторски цикъл



При провеждането на медицински одит се използват различни видове източници на информация: договори, медицински досиета и картони, формуляри с общо и специално

предназначение, ежемесечни, шестмесечни и годишни отчети за дейността на изпълнителите на медицинска помощ и др. Доказателствени източници – чрез устни и писмени становища в отговор на допитвания, интервюта, анкети. Ползите от МО за различните категории са на фиг.№2.³⁸

Фиг.№2. Класификация на ползите от МО за различните категории участници в здравната система

Ползи за пациентите	Ползи за персонала	Ползи за лечебните заведения/практик
предоставяне на грижи, които отговарят на нуждите на пациента; създаване на възможност за бързи промени в медицинското обслужване; спазване на конфиденциалност; предоставяне на необходимата информация по отношение на медицинското обслужване и потенциалните рискове, свързани с него; удовлетвореност;	осигуряване на гаранция, че уменията няма да бъдат подценявани; установяване на по-активни комуникации; усъвършенстване работата в екип; повишаване нивото на знанията; утвърждаване на стандарти, гарантиращи успех на дейностите; разрешаване на проблеми, създаващи напрежение и безпокойство; ефективно използване на ресурсите;	ефективно използване на ресурсите и минимизиране нивото на разходите (без да се понижава нивото на качеството на медицинските услуги); по добро планиране; по-активна комуникации между отделните звена; поддържане на високи стандарти;

3. Контролът в здравеопазването

Контролът, като елемент от управленския процес, има съществено значение за функционирането на здравноосигурителната система в България. Повишаващите се изисквания на обществото към качеството на медицинските услуги, нарастващите разходи за здравеопазване налагат необходимостта от контрол като форма на регулация на отношенията в сектор здравеопазване. Значението на тази дейност се изразява не само в предотвратяване на закононарушенията и на неправилното използване на финансовите средства, но и във вземане на рационални управленски решения. Системният модел на мениджмънта на здравната организация според В. Борисов², представя елементите: входът чрез определен процес се превръща,

преминава в изхода на системата или „чрез акта на управлението, здравните мениджъри са катализатори на преобразуването на ресурсите в резултати“. Особено внимание в управление на здравната организация трябва да се обърне на външната среда представена от всички влияещи ѝ фактори (политически, социални, културни, етични, икономически и екологични) и на ресурсите, които идват „от околната среда и във вид на резултати се връщат в нея“. Според гореизложеното за преобразуването на ресурсите в резултати от съществено значение е ефективният мениджмънт и контролът като елемент от управленския процес за функциониране на здравната система. Болничното здравеопазване е един от най-скъпоструващия на обществото отрасъл, което определя и голямата значимост на ефективния контрол в болничната медицинска помощ. Значението на тази дейност се изразява не само в предотвратяване на закононарушенията и на неправилното използване на финансовите средства, но и във вземане на рационални и управленски решения.

3.1. Същност на контрола

Контролът предполага непрекъснато наблюдение на дейностите в тяхната структура и последващите решения, и необходими корекции на процеса. Според Ангелов,¹ контролът е оперативна оценка или съпоставяне както на достигнатото с крайната цел, така и на това до каква степен са спазени нормативните изисквания и документи при постигането на целта. Според автора основните компоненти на контролния процес са: процесът на изпълнение на контролираната дейност, границите или лимитът, в рамките на който може да се движи контролирания процес и контролното въздействие, което има за задача да коригира насоките за изпълнение на дейността в желаното от ръководителя направление. По-конкретно за контрола могат да се посочат три аспекта:

- Установяване на стандарти – представлява точно определяне на целите, които организацията трябва да достигне за определен период от време. Това става посредством планирането;
- Измерване на това, което е достигнато за определен период от време и сравняването на полученото с очакваните резултати;
- Предприемане на коригиращи действия, ако са налице сериозни отклонения от първоначалния план. Едно от възможните действия е преразглеждане на целите, за да бъдат те по-реалистични и да съответстват на новите ситуации.

Функцията контрол представлява такава характеристика на управлението, която позволява проблемите в нея да бъдат идентифицирани и да се предприемат коригиращи мерки, за да не прерастват проблемите в криза. Една от важните причини, която обуславя необходимостта от съществуването на контрол, се заключава в следното: всяка организация е безусловно задължена да притежава способността навреме да фиксира своите грешки, да ги коригира, така че те да не рефлектират върху достигането целите на организацията.²⁷

Всичко онова, което се прави в една организация и води до успех, заслужава внимание и поддръжка. Съпоставяйки реално достигнатите резултати със запланиваните, ръководството на организацията има възможност да разбере как организацията е постигнала успех и къде е претърпяла неуспех. С други думи, един от важните аспекти на контрола, се свежда до това да определи кои направления от дейността на организацията са способствали най-ефективно за достигане на нейните цели. Една от важните особености на контрола се състои в това, че той трябва да бъде всеобхватен.

3.2. Видове контрол

✓ Входящ контрол или предварителен контрол, при който акцентът е върху ресурсите на входа на здравната организация или системата;

✓ Текущ контрол, който акцентира върху параметрите на преобразователния процес;

✓ Краен или последващ контрол, при който се контролират резултатите след завършване на процеса.

Предварителен контрол

Този вид контрол се нарича предварителен, защото се извършва до фактическото начало на работите в организацията. Основно средство за осъществяване на предварителния контрол се явява създаването и съблюдаването на определени правила, процедури и линия на поведение. В организацията предварителният контрол се използва в три основни области: човешки, материални и финансови ресурси.

Човешки ресурси

Предварителният контрол, в областта на този вид ресурси, се свежда до щателен анализ на деловите и професионални знания, както и навиците, необходими за изпълнение на едни или други задължения.

Материални ресурси

Известно е, че не може да се произведе висококачествена продукция с лоша суровина и материал. Поради това, промишлените фирми осъществяват задължително предварителен контрол над използваните от тях материални ресурси. Контролът в тази област се свежда до разработване на стандарти за минимално допустимо отклонение от качеството и фактически проверки на постъпващите материали. Този контрол дава възможност да се избере най-подходящия доставчик и установят минимално допустимите запаси в организацията.

Финансови ресурси

Особено важно средство на предварителния контрол на финансовите ресурси представлява бюджетът на организацията и нейните съставни части. В случая, той представлява механизъм на предварителен контрол, тъй като дава представа за

финансовите средства, с които организацията ще разполага в бъдеще. Бюджетът също установява определена граница на разходи и не позволява който и да е отдел или организацията като цяло да изчерпи всичките си налични средства, т.е. работи с някакъв резерв.

Текущ контрол

Съдейки по названието, текущият контрол се осъществява непосредствено в хода на изпълнението на работите в организацията. Текущият контрол не съвпада буквално по време с изпълнението на самата работа. По-скоро, той се базира на измерване на фактическите резултати получени след осъществени дейности. За да осъществява този вид контрол, ръководството трябва да получава обратна връзка. Тя предоставя данни за получени резултати. Системата на обраната връзка дава възможност на ръководството да забележи множество непредвидени проблеми. След това да коригира своята линия на поведение така, че да не допусне отклонение на организацията от нейните цели.

Заключителен контрол

При осъществяване на текущия контрол се използва обратна връзка в хода на провеждане на самите работи. В рамките на заключителния контрол, обратната връзка се използва след като работата е изпълнена. Фактически получените резултати се сравняват с предварително набелязаните. Заклучителният контрол има две важни функции. Първата – дава на ръководството на организацията информация, необходима за планиране на аналогични работи в бъдеще. Като сравнява фактически получените с предварително набелязаните резултати, ръководството има възможност да оцени доколко неговите планове са били реалистични. Втората функция подпомага за мотивиране поведението на персонала, в смисъл, че фактически достигнатите резултати трябва да се измерват точно и обективно.

3.3. Процес на контролиране

Процесът на контролиране може да се раздели на три етапа: разработване на стандарти и критерии, съпоставяне на реалните резултати със стандартите и критериите и предприемане на необходимите коригиращи действия.

3.3.1 Разработване на стандарти

Стандартите – това са конкретни цели, които имат количествен израз. Всички стандарти, използвани за контрол, трябва да бъдат подбрани от многобройните цели и стратегии на организацията. Медицински стандарт са всички видове задължителни правила за качествено предоставяне на здравната услуга (условия, дейности) и за професионалното поведение на нейните изпълнители, повишаване моралното равнище на колектива и др.

3.3.2. Съпоставяне на достигнатите резултати с установените стандарти

Вторият етап от процеса на контрол се състои в съпоставяне на реално достигнатите резултати с предварително установените стандарти. На този етап мениджърът е длъжен да определи до каква степен достигнатите резултати съответстват на очакваните. При това той взема още едно важно решение – до каква степен отклоненията от стандартите са безопасни за организацията. Дейностите, които се осъществяват на този етап, са най-забележими в цялата система за контрол. Те се заключават в: определяне на мащаба на отклоненията, измерване на резултатите, предаването на информация и нейната оценка.

3.3.3.Измерване на резултатите

Измерването на резултатите позволява да се установи доколко сме съблюдавали установените стандарти. Това е най-трудният и най-скъпо струващ елемент на контрола. Най-напред трябва да се измери единицата за измерване, така че тя да съответства на предварително установения стандарт. Ако установеният стандарт е печалба, то измерването трябва да се прави в левове или в проценти. Особено важно е да се определи скоростта, честотата и точността на измерването.

3.3.4.Предаване, разпространяване на информация и оценка на информацията и резултатите

Разпространяването на информация играе ключова роля при осигуряване на ефективен контрол. Информацията относно установените стандарти и достигнатите резултати трябва: да бъде точна, да постъпва навреме, да позволява по-леко вземане на решения и предприемане на действия. Основните трудности, които възникват при събирането и разпространяването на контролна информация, са свързани с комуникационните проблеми. На заключителния етап се прави оценка на информацията и получените резултати. Ръководителят решава коя от получената информация е важна или не важна. Важна е тази информация, която адекватно описва изследваното явление и е съществено необходима за вземането на правилно решение. Целта на оценката е да се вземе решение – необходимо ли е да се действа? Ако е необходимо – как да е действа?

3.4. Предприемане на коригиращи действия

Ръководителят трябва да избира една от трите линии на поведение: нищо да не предприема, да отстрани отклоненията или да преразгледа стандартите.

Нищо да не се предприема

При съпоставяне на фактическите резултати със стандартите в случая, когато няма отклонение, е най-добре нищо да не се предприема. Ако при всяко следващо съпоставяне отклоненията не смущават висшето ръководство, т.е. те са в допустими граници, то отново не трябва да предприема действия. Това означава, че организацията се движи уверено по предварително начертаната траектория.

Отстраняване на отклоненията

Ръководството трябва да предприеме действия, когато отклоненията са сериозни и не водят до изпълнение на целта. В този случай, дори тези отклонения могат да прераснат в големи проблеми и кризисна ситуация. Естествено вниманието на коригиращите решения трябва да бъдат насочени към отстраняване на истинските причини за отклонението. Смисълът на коригиращите мерки, във всички случаи, се свежда до разбиране на причините за отклоненията и връщане на организацията към траекторията, водеща до желаната цел. Причините за отклоненията могат да се дължат на вътрешни фактори и на фактори, принадлежащи към външната среда. В повечето случаи, факторите на външната и вътрешната среда си взаимодействат. От голямо значение е ръководството правилно да диагностицира проблема, за да набележи адекватни коригиращи мерки.

Преразглеждане на стандартите

Понякога не всички отклонения от стандартите трябва да бъдат отстранявани. Има ситуации, в които стандартите могат да се окажат нереални, тъй като те се основават на плановите, а плановите – на някакви прогнози за бъдещето. Много често системата за контрол подсказва необходимостта от преразглеждането на плановите. Успешно действащите организации много често преразглеждат своите стандарти и след това ги завишават. В случаите, когато плановите са оптимистични се налага преразглеждане на стандартите и тяхното занижаване. Стандарти, които се изпълняват много трудно, пречат на достигането на целите и намаляват мотивацията на персонала.

3.5 Характеристика на ефективния контрол.

Поведението на хората не е единственият фактор, който определя ефективността на контрола. За да бъде контролът в една организация на висота и да изпълни своето предназначение, той трябва да притежава няколко важни характеристики.²¹

Стратегическа насоченост на контрола

Контролът в една организация трябва да има стратегически характер, т.е. да отразява общите приоритети на организацията и да ги поддържа. Дейности, които имат стратегическо значение не следва да се измерват толкова често и получените от контрола резултати не трябва да се съобщават до момента, в който отклоненията не станат обезпокоителни. Но, ако висшето ръководство счита, че някаква дейност има стратегическо значение, то в нея трябва да се наложи ефективен контрол, дори когато тази дейност трудно се поддава на измерване. Естествено, че конкретните области в различните организации са различни, но всички организации се нуждаят от ефективни системи за контрол.

Ориентираност на контрола към резултатите

Крайната цел на контрола се свежда до събиране на информация, установяване на стандарти и разкриване на проблеми, за да могат да бъдат решени задачите, които стоят пред организацията. Провеждането на измервания и оповестяването на

резултатите от тях е средство за достигането на тази цел. Безполезно е да разполагаме с различна и точна информация за отделни отклонения от набелязаните цели, ако тази информация не се използва за осъществяване на необходимите коригиращи действия. Това означава, че информацията за резултатите от контрола е важна само тогава, когато достига до лицата, които имат правото да вземат съответни решения.

Своевременност на контрола

За да бъде ефективен, контролът трябва да бъде своевременен. Своевременността на контрола се заключава не в неговата изключителна скорост или честота на провеждане, а в оня интервал от време, в който проведените измервания или оценки съответстват адекватно на контролираното явление. Ефективен контрол е този, който дава нужната информация на упълномощените ръководители преди да се породят проблемите или кризата в организацията.

Гъвкавост на контрола

Контролът, както и плановете, трябва да бъде достатъчно гъвкав и да се приспособява към непрекъснатите изменения. Незначителните изменения в плановете рядко стават повод за сериозни изменения в системата на контрол. Така например, ако неочаквано се появи нов фактор в производствените разходи, предизвикан от необходимостта да се отразят промените в новото законодателство, то докато той не бъде вграден във фирмената система за контрол, последната няма да отразява вярно производствените разходи.

Простота на контрола

Като правило, най-ефективният контрол е този, който е максимално опростен от гледна точка на целите, за които е предназначен. По-простите методи за контрол изискват по-малки усилия и са по-икономични. Но по-важното е, че ако системата за контрол е много сложна, хората няма да я разбират и няма да я поддържат. Такава система не може да бъде ефективна. Излишната сложност води до безпорядък и загуба на контрол на ситуацията. За да бъде ефективен контролът трябва да съответства на потребностите и възможностите на хората, които взаимодействат с тази система и, които я реализират. С други думи, да съответства на възможностите и потребностите на онези, които са обект на контрол и онези, които осъществяват контрола.

Икономичност на контрола

Не трябва да забравяме, че всички разходи, които се правят в една организация, трябва да водят до увеличаване на нейните преимущества и доходи. Разходът на средства трябва да приближава организацията до поставените цели. Ако сумарните разходи за системата на контрола са по-големи от преимуществата, които тя създава, по-добре е организацията да се откаже от нея. В системата за контрол се крият много странични разходи като: разход на работно време, отклоняване на ресурси, които биха могли да се изразходват за решаването на други задачи.²⁷

3.6. Законодателни основи на административния контрол в здравеопазването

От административна гледна точка, контролът може да бъде представен като дейност по изясняване на фактическото положение по отношение на статута и дейността на подконтролните органи, оценяването им в съответствие с поставените цели на системата на управление и предприемане във връзка с това на съответното разрешаващо въздействие. Същността му присъства неотлъчно в системата на управление, той създава условия за отстраняване на неблагоприятните отклонения, насочен е към разкриване и предотвратяване на предпоставките за възникване на грешки. Интерес в административната теория представлява въпросът за съотношението между контрола и надзора като държавно-властнически функции. Функцията му, като част от държавния инструментариум се проявява на всички нива на държавно и обществено управление. Той присъства в компетенциите на всички управленски органи.¹⁷

Таблица №1. Контролиращи органи в системата на здравеопазването

		Орган, осъществяващ контрол в системата на здравеопазването	Предмет на контрола в здравеопазването
1		Сметната палата	-Сметната палата е висш държавен орган за независим контрол за изпълнението на бюджетите, приемани от Народното събрание и общинските съвети; -Обект на контрол от Сметната палата са всички организации, които се издържат от бюджета или получават средства от него
2		Агенция за държавна финансова инспекция (АДФИ)	Държавната финансова инспекция е агенция за контрол върху финансовата дейност на: -Разпоредителите с бюджетни кредити по Републиканския бюджет и на разпоредителите със средства

			по програми на Европейския съюз; -Органите, администриращи приходи в Републиканския бюджет; -Разпоредителите с извънбюджетни сметки и фондове; -Разпоредителите с бюджетни кредити по общински бюджети и фондове; -ДОО, фонд „Професионална квалификация и безработица“ и НЗОК.
3	.	Данъчна администрация -Национална агенция за приходите	-Обслужва данъкоплатците, осигурителите, осигурените и самоосигуряващите се лица, осигурява отпечатването и безплатното разпространение на данъчни и други декларации, формуляри и документи, както и указания за ползването им; -Установява публичните вземания за данъци и задължителни осигурителни вноски; -Обезпечава и принудително събира публичните вземания; -Установява административни нарушения на данъчните закони и налага административни наказания, както и по законите, регламентиращи

			задължителните осигурителни вноски; -Води регистър на лицата, подлежащи на регистрация по реда на Данъчно-осигурителния процесуален кодекс, както и на лицата, които работят по трудово правоотношение; -Анализира приходите и приходната практика.
4		Инспекторат към МЗ	-Осъществява контрол и извършва проверки по Закона за предотвратяване и установяване на конфликт на интереси; на всяко шестмесечие изготвя доклад за подадените декларации по чл. 12 от закона от служителите в министерството, ръководителите на второстепенните разпоредители към министъра на здравеопазването и ръководителите на лечебните заведения – търговски дружества; веднъж годишно изготвя аналитичен доклад за имотното състояние по чл. 29 от Закона за държавния служител и чл. 107а от Кодекса на труда; -Извършва проверки по сигнали за незаконни или неправомерни действия или бездействия на служителите и други длъжностни лица от системата на здравеопазването, постъпили

			от граждани, фирми, неправителствени организации и проверки, свързани с твърдения, които имат широк обществен отзвук.
5		Изпълнителна агенция медицински одит (ИАМО) / Медицински надзор	-В правомощията на агенцията е: да извършва проверки за съответствието на структурата, управлението, дейността и организацията на медицинското обслужване в лечебните заведения с изискванията на Закона за здравето, Закона за лечебните заведения и нормативните актове за тяхното прилагане; да проверява спазването на правата на пациентите в лечебните заведения; да проверява спазването на утвърдените медицински стандарти в лечебните заведения; да осъществява контрол върху качеството на медицинското обслужване в съответствие с утвърдените медицински стандарти; -Друга задача е да следи дали НЗОК осигурява основния пакет от здравни дейности, гарантиран от нейния бюджет, както и дали дружествата за доброволно здравно осигуряване предоставят здравни услуги съгласно здравноосигурителния договор. Тази задача е изключително сложна, има трудности в дефинирането и приложението на този текст; -Сред другите функции

			на агенцията са: извършване на проверки по молби на граждани и юридически лица, свързани с медицинското обслужване; осъществяване на дейности по откриване и предотвратяване на корупционни прояви и практики в лечебните заведения; извършване на проверки за начина, по който лечебните заведения изразходват средства предоставени им от републиканския бюджет.
6		Национална здравноосигурителна каса (НЗОК)	-Основната ѝ задача е да осъществява, администрира и контролира задължителното здравно осигуряване в България, в частта му по управлението на събраните средства и заплащането на използваните здравни дейности и лекарства в полза на здравноосигурените лица.
7		РЗИ–контролни функции	-Контрол по спазване и изпълнение на установените с нормативен акт здравни изисквания за обектите с обществено предназначение по § 1, т. 9 от допълнителната разпоредба; -Контрол по спазване и изпълнение на установените с нормативен акт здравни изисквания за продуктите и стоките със значение за здравето на човека по § 1, т. 10 от допълнителната разпоредба;

			-Контрол по спазване и изпълнение на установените с нормативен акт здравни изисквания за дейностите със значение за здравето на човека по § 1, т. 11 от допълнителната разпоредба; -Контрол по спазване и изпълнение на установените с нормативен акт здравни изисквания за факторите на жизнената среда по § 1, т. 12 от допълнителната разпоредба; -Надзор на заразните болести; -Контрол по спазване на установените с нормативен акт забрани и ограничения за реклама и продажба на алкохолни напитки; -Контрол по спазване на установените с нормативен акт забрани и ограничения за тютюнопушене. (2) Държавен здравен контрол за спазване на изискванията за защита на лицата от въздействието на йонизиращи лъчения се осъществява от определени от Министъра на здравеопазването, Регионални здравни инспекции и от НЦРРЗ. (Чл.15 от ЗЗ в сила от 01.01.2005)
--	--	--	--

Инспекторат към МЗ Осъществява контрол и извършва проверки по Закона за предотвратяване и установяване на конфликт на интереси; на всяко шестмесечие

изготвя доклад за подадените декларации по чл. 12 от закона от служителите в министерството, ръководителите на второстепенните разпоредители към министъра на здравеопазването и ръководителите на лечебните заведения – търговски дружества; веднъж годишно изготвя аналитичен доклад за имотното състояние по чл. 29 от Закона за държавния служител и чл. 107а от Кодекса на труда;

-Извършва проверки по сигнали за незаконни или неправомерни действия или бездействия на служителите и други длъжностни лица от системата на здравеопазването, постъпили от граждани, фирми, неправителствени организации и проверки, свързани с твърдения, които имат широк обществен отзвук.

Изпълнителна агенция медицински одит (ИАМО до 31.04. 2019 г). В правомощията на агенцията е: да извършва проверки за съответствието на структурата, управлението, дейността и организацията на медицинското обслужване в лечебните заведения с изискванията на Закона за здравето, Закона за лечебните заведения и нормативните актове за тяхното прилагане; да проверява спазването на правата на пациентите в лечебните заведения; да проверява спазването на утвърдените медицински стандарти в лечебните заведения; да осъществява контрол върху качеството на медицинското обслужване в съответствие с утвърдените медицински стандарти;

- Друга задача е да следи дали НЗОК осигурява основния пакет от здравни дейности, гарантиран от нейния бюджет, както и дали дружествата за доброволно здравно осигуряване предоставят здравни услуги съгласно здравноосигурителния договор. Тази задача е изключително сложна, има трудности в дефинирането и приложението на този текст;

- Сред другите функции на агенцията са: извършване на проверки по молби на граждани и юридически лица, свързани с медицинското обслужване; осъществяване на дейности по откриване и предотвратяване на корупционни прояви и практики в лечебните заведения; извършване на проверки за начина, по който лечебните заведения изразходват средства предоставени им от републиканския бюджет.

Изпълнителна агенция за медицински надзор (ИАМН, правопреемник на ИАМО от 1.04. 2019 г). Тя е юридическо лице на бюджетна издръжка - второстепенен разпоредител с бюджетни кредити към министъра на здравеопазването, със седалище населеното място – гр. София. Правомощията се регламентират с чл. 7б от Закона за лечебните заведения, чл. 11 от Закона за трансплантация на органи, тъкани и клетки, както и в глава IV от Закона за здравното осигуряване. ИАМН извършва проверки за съответствието на структурата, управлението, дейността и организацията на медицинското обслужване в лечебните заведения с изискванията на Закона за здравето, Закона за лечебните заведения и нормативните актове по тяхното прилагане. Проверява спазването на правата на пациентите в лечебните заведения, проверява спазването на утвърдените медицински стандарти в лечебните заведения, осъществява контрол върху качеството на медицинското обслужване в съответствие с утвърдените медицински стандарти, осъществява контрол по реда на глава четвърта от Закона за

здравното осигуряване – следи за осигуряване от НЗОК предоставянето на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от нейния бюджет, както и за осигуряване от дружествата за доброволно здравно осигуряване на предоставянето на здравните дейности съгласно здравноосигурителния договор. Агенция „Медицински надзор“ извършва проверки по молби на граждани и юридически лица, свързани с качеството на медицинското обслужване, извършва проверки за начина, по който лечебните заведения разходват средства, предоставени им от републиканския бюджет по реда на чл. 82 от Закона за здравето. ИАМН прави мотивирани предложения до МЗ, РЗИ и други институции за извършени определени действия по чл. 76 от ЗЛЗ. Агенцията предоставя на заместник-председателя на Комисията за финансов надзор, ръководещ управление "Застрахователен надзор", информация, получена при упражняване на правомощията си по този закон за физически и юридически лица, лечебни заведения, които извършват дейност по доброволно здравно осигуряване без лицензия. ИАМН изготвя годишен доклад до министъра на здравеопазването за състоянието и цялостната дейност по здравното осигуряване по чл. 101, т. 5 от Закона за здравното осигуряване. Участва в събирането и анализирането на информация за състоянието и тенденциите за развитие на здравноосигурителната система, здравното състояние на населението, потребностите от кадрови ресурси в областта на здравеопазването и други въпроси, свързани с него. Изготвя анализи на базата на събраната и обобщената информация, отнасяща се до дейността на лечебните заведения и контролната дейност, както и оценка на въздействието на прилагането на нормативни актове, свързани с медицинското обслужване и здравното осигуряване. ИАМН е компетентният орган за управление, координация и контрол на трансплантацията в Република България. Агенцията е органът, който регистрира, отказва да регистрира, променя и заличава регистрацията на лечебни заведения за извънболнична помощ и хосписите, както и прави мотивирани предложения до министъра на здравеопазването за издаване, за отказ за издаване, за промяна и отнемане на разрешения за осъществяване на лечебна дейност на лечебни заведения за болнична помощ, центровете за психично здраве, центровете за кожно-венерически заболявания, комплексните онкологични центрове, домовете за медико-социални грижи, диализните центрове и тъканните банки.

Национална здравноосигурителна каса (НЗОК). Основната ѝ задача е да осъществява, администрира и контролира задължителното здравно осигуряване в България, в частта му по управлението на събраните средства и заплащането на използваните здравни дейности и лекарства в полза на здравноосигурените лица.

РЗИ контролни функции. Контрол по спазване и изпълнение на установените с нормативен акт здравни изисквания за обектите с обществено предназначение по § 1, т. 9 от допълнителната разпоредба;

-Контрол по спазване и изпълнение на установените с нормативен акт здравни изисквания за продуктите и стоките със значение за здравето на човека по § 1, т. 10 от допълнителната разпоредба;

-Контрол по спазване и изпълнение на установените с нормативен акт здравни изисквания за дейностите със значение за здравето на човека по § 1, т. 11 от допълнителната разпоредба;

-Контрол по спазване и изпълнение на установените с нормативен акт здравни изисквания за факторите на жизнената среда по § 1, т. 12 от допълнителната разпоредба;

-Надзор на заразните болести;

-Контрол по спазване на установените с нормативен акт забрани и ограничения за реклама и продажба на алкохолни напитки;

-Контрол по спазване на установените с нормативен акт забрани и ограничения за тютюнопушене.

(2) Държавен здравен контрол за спазване на изискванията за защита на лицата от въздействието на йонизиращи лъчения се осъществява от определени от Министъра на здравеопазването, Регионални здравни инспекции и от НЦРРЗ. (Чл.15 от ЗЗ в сила от 01.01.2005).

За да бъде постигнато високо ниво на административен контрол, в структурата на здравеопазването по отношение на нейното финансиране, законодателят ни е обособил механизъм, чрез който да се управляват по предназначение парични потоци, които формират бюджета ѝ. Този механизъм е придружен, както от правно-нормативни документи и актове, така и от органи, които да следят за тяхното прилагане. Формите на административен контрол в българското здравеопазване не се изчерпват само с вътрешноведомствените и външно-ведомствените органи на контрол, създадени в държавата с цел регулация и достигане на високо качество на медицинската помощ. В медицинската професия, като саморегулираща се, основна роля в миналото и днес са играели съсловните организации на медицинските лица - лекари, лекари по дентална медицина, медицински сестри и акушерки, асоциирани специалисти и др.

4. Управлението на риска (риск мениджмънт)

4.1. Определение и етапи

Управлението на риска (риск мениджмънт) е процес на идентифициране, оценка, анализ и управление на всички потенциални рискове, които директно или индиректно влияят върху дейността на дадена организация. Също така той може да се дефинира и като „процес на съзнателна и непрекъсната борба на целия персонал за постигане на нулево ниво на дефектиране във всички аспекти на дейността на организацията”. Японска идея kaizen – „всяка грешка е нещо, от което можем да се поучим, от което ни става пределно ясно, че само чрез идентифициране на грешките можем да ги коригираме и да тръгнем по пътя на цялостно качество”.⁴³

И при двата случая методът за контролиране на риска е неделима част от контрола на качеството и предоставяне на качествена услуга за обществото. Контролът на риска

покрива цялостния цикъл на работа в една организация. Следователно, ако потенциалните рискове бъдат правилно оценени и анализирани, това ще помогне на мениджърите да дефинират съответните приоритети в организациите, за да постигнат баланс между риск, полза и разходи. Т.е. - управлението на риска може да се разглежда като част от цялостния процес на извършване на подобрения в дейностите на дадена организация. Какво е контрол на риска? Дефинирано от Runciman⁹⁵ като стойността и ефективната редукция на риска до ниво, възприето като приемливо за обществото. Рисковете могат да бъдат свързани с ежедневната практика, да са финансови, политически, икономически, както и рискове, произтичащи от околната среда. Рисковете са присъщи за всички аспекти на здравеопазването, включително:

- Организационна стратегия и планиране;
- Финансово планиране;
- Контрол.

Рисковете в една структура могат да бъдат разделени на три главни групи:

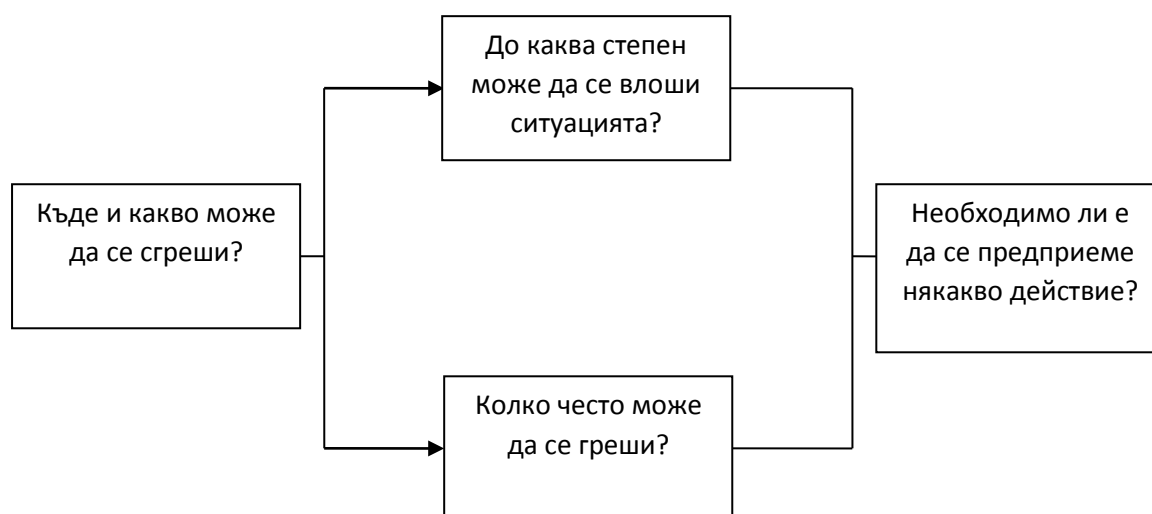
- Оказващи директно въздействие върху процеса;
- Оказващи индиректно въздействие върху процеса;
- Свързани с професионалната компетентност, физическото и психическото здраве.

Оценка на риска

Като част от процеса на управление на риска, оценката на риска включва детайлно изследване на процесите, включително последователността на събитията, оценява допуснатите слабости или уязвимите места в дейностите и представя в логична последователност приоритетните области, в които да се извършат съответните подобрения. Следователно, оценката на риска включва отговор на следните четири въпроса:⁹²

Следователно, важните етапи при контрол на риска са:

- какво може да се обърка;
- колко често се случва;
- къде се случва;
- как трябва да се осигури наблюдение на това събитие;
- как този риск може да бъде избегнат.

Фигура №:3 Схемa на оценка на риска

Източник: NPSA, Risk Assessment Programme. Overview, 2006, p.3

Докладването на настъпилите инциденти е от съществено значение при разпознаване на и предпазване от рискове и е необходима предприемчивост на мениджмънта да представи и убеди персонала във важността на тази дейност и последващата полза. Важно е също да се подчертае и обясни, че описването/ докладването на инциденти или избегнати инциденти е интегрална част от трудовия процес, а не дисциплиниращо действие. Анализирането на тези данни дава ясна картина къде са потенциалните рискове в системата, уязвимите ѝ места, както и процесите и/или процедурите, които биха могли да бъдат оптимизирани. Закономерността в данните е един валиден инструмент, чрез който мениджърът може да идентифицира къде е необходима намеса с цел да бъдат избегнати бъдещи опасности.

Тези правила изпълняват фундаментални функции за:

- предпазване на организацията от рискове и опасности, които могат да бъдат избегнати;
- защитават интересите на служителите, когато има предявен иск срещу тях по повод професионалното им поведение.

Значение на управление на риска

Управлението на риска е важен процес, който може да помогне на мениджърите и персонала да подобрят процесите на осъществяване на дейността. Ако в дадена организация се извършват идентифициране, оценка, управление на риска, като се извлекат съответните поуки от този процес, мениджърите ще бъдат в състояние да намалят потенциалните рискове и да търсят възможности за извършване на подобрения. Могат да се посочат следните ползи от управлението на риска:

- Показва слабостите и уязвимостта на процедурите, дейностите и приетите политики;
- Помага на мениджърите при разработване на планове си предварително да вземат под внимание несигурността на процесите, да се справят с отрицателното въздействие на неочакваните неблагоприятни събития;
- Подпомага процеса на вземане на решение поради по-доброто познаване на видовете риск и тяхното влияние върху дейностите;
- Подпомага да се постигне баланс между риск, разходи и резултати.

Органи и етапи на управление на риска в една организация

В зависимост от вида на риска (дали е стратегически, финансов или е свързан с осъществяване на контролната дейност), неговото управление се извършва от съответния персонал, който е наясно с тези дейности. Например мениджърите са тези, които управляват стратегическия и/или финансовия риск (изпълнителен директор, зам.- директор, главен счетоводител, началници на клиники/отделения), докато персоналът – лекари, медицински сестри, биолози и други немедицински специалисти, може да оцени рисковете, свързани с осъществяването на медицинската дейност и логистиката.

Управлението на риска може да се осъществява във всички етапи на една дейност:

- предварително – това ще даде възможност нежеланите събития да бъдат идентифицирани на ранен етап и по този начин ще се гарантира осъществяването на дейността, ще се създадат възможности за превенция на риска;
- по време на извършване на дейността – помага да се вземат под внимание всички възможни рискове, които биха могли да възникнат;
- последващо – анализ на и поуки от рисковете с цел тяхното предотвратяване в бъдеще.

Продължителността на този процес зависи от обхвата и комплексността на дейността. Обикновено повече време може да се отдели на подготовката и разработването на препоръките за подобряване на дейностите.

4.2. Риск-базирани проверки в здравеопазването

Риск базирания подход при осъществяване на проверките в здравеопазването като подход, при който компетентни органи и задължени субекти идентифицират, оценяват и разбират рисковете, свързани с качеството на медицинското обслужване, на които са изложени оценяваните субекти, и предприемат мерки, които са пропорционални на тези рискове. От своя страна риск-базираните проверки са част от

цялостен цикъл на надзор, при който интензивността и честотата на проверките и другите форми на надзор на лечебните заведения се определят въз основа на оценка на рисковете за качеството на медицинското обслужване, които засягат тези лечебни заведения.⁴⁵

Прилагане на модел на рисково-базиран надзор (РБН)⁴¹

Компетентният орган следва да прилага следните четири етапа като част от ефективния модел на РБН, свързан с качеството на медицинското обслужване:

Етап 1 – Идентифициране на рисковите фактори, свързани с качеството на медицинското обслужване;

Етап 2 – Оценка на риска;

Етап 3 – Надзор;

Етап 4 – Наблюдение, преглед и последващи действия.

РБН не е еднократно действие, а непрекъснат и цикличен процес

Фиг.№ 4. Процесен цикъл на Модела за риск базиран надзор



При прилагане на модела на РБН, следва първо да установи рисковите фактори, които ще повлияят на рисковете, свързани с качеството на медицинското обслужване, на които е изложен оценяваният субект. Степента и видът на исканата информация следва да бъдат пропорционални на естеството и размера на дейността на оценявания субект... При определянето на рисковите фактори, свързани с качеството на медицинското обслужване, надзорният орган следва да се базира на действащата нормативна уредба, регламентираща изискванията към качеството на медицинското

обслужване, действащите медицински стандарти и приети национални и международни правила за добра медицинска практика.

Информацията следва да бъде достатъчна, уместна и надеждна за разработване на цялостното разбиране за предмета на свързаните с оценката:

- присъщи рискови фактори за качеството на медицинското обслужване, и
- фактори, които редуцират присъщия риск по отношение на качеството на медицинското обслужване.

При изследване на рисковите фактори, компетентният орган следва при възможност да събира и анализира и допълнителна информация, която да включва, но без да се ограничава до следното:

- собствеността и организационната структура, като се вземе предвид дали оценяваният субект е държавно, общинско или частно лечебно заведение, дружество майка, дъщерно дружество, клон или друг вид структура (например второстепенен разпоредител с бюджет), и степента на сложност и прозрачност на неговата организация и структура;
- управленска структура;
- естеството и сложността на предоставяните здравни услуги и наличното ниво на компетентност;
- използваните външни услуги;
- видовете обслужвани клиенти;
- териториалния област на дейността – с общинско, областно, междуобластно или национално покритие;
- качеството на вътрешните правила за управление и структури, включително адекватността и ефективността на вътрешния одит и функцията за съответствие с правилата и ефективността на политиките и процедурите в областта на качеството на медицинското обслужване, в степента, в която те вече са известни;
- преобладаващата “корпоративна култура”, по-специално “културата на съответствие с правилата” и културата на прозрачност и доверие в отношенията с компетентният орган;
- други общи аспекти, например години на дейност, „история“ на развитието, финансово състояние и др.

При Етап 2 следва да се оцени степента, до която присъщите рискови фактори, установени на етап 1, засягат оценявания субект и степента, до която системите и механизмите за контрол, свързани с качеството на медицинското обслужване, с които разполага оценяваният субект, са достатъчни за ефективното редуциране на присъщите

рискове, на които той е изложен. За нуждите на претегляне на рисковите фактори се използва рискова матрица, отчитаща вероятността и влиянието/ефекта от събитието. Комплексната оценка на риска се базира на съчетанието на отделните компоненти (вероятност и влияние/ефект), при използване на Матрица за оценка на риска. Въз основа на аналитичното интерпретиране на общата информация и оценката на рисковите фактори съгласно Матрицата на риска, посочена по-горе, компетентният орган избира обем от информация, която да се събира задължително за нуждите на РБН. Информацията включва конкретни показатели за оценка на риска по отделни групи лечебни заведения. Изборът на показателите, които са специфични за отделните видове лечебни заведения, е базиран на критерия „най-важни за наблюдение на рисковете за качеството на медицинското обслужване“. Това са показатели, свързани с идентифициране на рискове, попадащи в категория „екстремно риск“, „висок риск“ и по преценка „умерен риск“. На базата на групирането на определени показатели и оценка на тяхната чувствителност и информативност по отношение на оценката на риска се определят т.н. „ключови показатели“.

За лечебните заведения за извънболнична медицинска помощ се използват следните категории показатели (за денталните практики):

- Показатели за осигуреност с персонал – осигуреност с лекари и специалисти по здравни грижи;

- Специфични показатели за обем и качество на медицинските дейности – обхват на извършени профилактични прегледи, информирано съгласие ,

Достъп

- Време за чакане на планова хирургия

- Време за чакане при лекаря по дентална медицина- за регулярно посещение или при спешен случай

Ефикасност- Цена за лечение на посещение/ епизод

- Средна продължителност на посещение/ епизод

-

- Показатели за ресурсна осигуреност – материално-технически, информационни, финансови или др.

Информацията се събира в хода на извършваните проверки в лечебните заведения от съответните групи в Образец за събиране на данни

5. Критерии за оценка на качеството в денталните практики и правила за ДМП

5.1 Критерии за оценка на качеството

Професионални умения на стоматолога могат да бъдат оценени от пациента и от институциите. Мнението на пациента е важно, но то е субективно. НЗОК съблюдава спазването на правата и задълженията на здравноосигурените лица от страна на извънболничната дентална помощ чрез: включване в медицинската документация; приемане разглеждане и изготвяне на мотивиран отговор на жалби, подадени от здравноосигурителни лица до НЗОК; осъществява контрол по изпълнението на договорите с изпълнителите на дентална помощ.

Според частта на НРД, която засяга качеството на денталната помощ, НЗОК и изпълнителите на дентални услуги трябва системно и планирано да оценяват, мониторира и подобряват качеството на денталните услуги. Изпълнителите на дентални услуги са длъжни да осигурят достъпна медицинска помощ и да спазват правилата за добра дентална практика. Те трябва да предоставят дентална помощ по вид, обем и качество, съответстващи на договорената. Според чл.91 от НРД трябва да бъдат оформени оклузивната повърхност и контакта със съседния зъб, както и гингивалната основа. Същевременно са длъжни да предоставят информация в срокове, структура и формат, посочени в договора. Според договора, пациентите свободно могат да променят избора си на лекар за всяка от договорените дейности.

Спазване на уговорен час

Според проекта за **Национален рамков договор за медицински дейности за 2016г(30)„** изпълнителите на извънболнична медицинска помощ са длъжни да запазват часове.. Според Договорът сключен с НЗОК, чл. 91- часовете за прием трябва да бъдат спазвани както от лекаря по дентална медицина, така и от пациента.. Според договора с НЗОК, прегледът трябва да бъде 15 минути, а obturation- 26 минути.

Времеви диапазони за лечение

За другите дейности като кореново лечение и протези, НЗОК не фиксира точно време. Все пак лекарят по дентална медицина трябва внимателно да анализира своите случаи и според диагнозата да прецени колко време средно му отнема всяко кореново лечение и да направи корекциите в графика си. Ако уважаваме времето на нашите пациенти, те ще ни се отблагодарят с нови посещения в денталния кабинет.

Най- важното за пациента

Уменията на всеки стоматолога са строго индивидуални. Те се придобиват за дълъг период от време и за всеки пациент те са специфични. Всеки пациент има собствени критерии за качество на лечението, които са субективни. Проучвания в болничната помощ във Великобритания показват, че приоритет са времето за чакане, дружелюбността на персонала и обстановката. Мениджърът трябва да знае, че здравните услуги са като луксозните стоки. За да бъдат продавани, трябва да се изпращат благодарствени писма, потребителите трябва да бъдат питани дали са доволни, имат ли препоръки. Освен това, за да се увеличат дейностите, трябва да се предлагат допълнителни дейности което може да увеличи дейностите с 20- 30%.

Работа в екип: Многократно пациентите, които са посещавали кабинета, са изказвали своето позитивно отношение към екипа.

Поставяне на упойка- За да бъдат задържани пациентите в стоматологичната практика, е необходимо да им се осигури комфорт, който безспорно те ще получат с поставянето на упойка. Тестът за алергии е задължителен при инвазивни процедури, особено при поставяне на упойка, когато това е необходимо, както и информираното съгласие.

Комуникацията между зъболекар и пациент е от изключителна важност. Ако пациентът е тревожен и напрегнат, той трябва да проведе открита дискусия преди започване на лечението. Като медицински специалисти, лекарите по дентална медицина са обучени да се справят с тревожността на пациентите. За да поддържа високо качество в кабинета си, всеки зъболекар трябва да изслушва пациентите си и да се старее ежедневно да бъде съпричастен със страховете им.

Ергономия и дентален кабинет

Нарастващата сложност на средата в денталния кабинет влияе върху производителността и работния процес на денталните специалисти. Технологичният напредък в бизнеса и индустрията се стреми да повиши ефективността и стойността на продуктите и услугите. Въпреки това, подобен напредък може също така да увеличи сложността на манипулациите и да създаде предизвикателства за ефективността на работния процес. Когато денталните практики се фокусират върху оптимизиране на грижата за пациентите, ергономичните процеси, които насърчават правилната стойка, здравословните показатели и производителността в денталните клиники не винаги са начело на разглеждане.⁷²

Пациентски досиета

Воденето на пациентски досиета е съществен компонент за осигуряване на безопасни и подходящи грижи. В съвременната реалност с непрекъснато нарастващ брой на съдебни спорове, жалби и оплаквания придобива все по-голямо значение, но отнема много време, за да се справи добре и да обхване аспектите на необходимите грижи. Практикуващите започнаха да използват шаблони и копират и поставят бележки, които, докато полезни, имат своите ограничения и създават свои проблеми.

Основни компоненти на клиничните дентални записи

- ✓ Данни за идентифициране на пациента
- ✓ Медицинска история
- ✓ Дентална история
- ✓ Данни от екстраорален оглед
- ✓ Данни от интраорален преглед
- ✓ Диаграма на съзъбието
- ✓ Периодонтално диаграмиране и отчитане на ВРЕ индекс
- ✓ Рентгенографско изследване и обосновка за направените

рентгенови снимки

- ✓ Описание на реентгенографиите
- ✓ Диагноза
- ✓ Разработен план за лечение
- ✓ Информирано съгласие
- ✓ Подробности за всеки етап от лечението
- ✓ Период на проследяване след приключване на лечението

След което пациентът се разглежда като отделен индивид и се персонализира лечебния си подход. По този начин лекуваме пациентите при възможно най-висок стандарт и допринасят за безопасността на пациента и се минимизират на потенциалните грешки и рискове. Тези компоненти могат да бъдат обобщени:

- Субективна: какво казва пациентът
- Обективна: какво е открито, изследване и описание на резултатите от специфични тестове, например, рентгенографии
- Оценка: заключения, диференциална диагноза
- План: как ще се осигури лечението

Най-важното сред тези ръководни принципи е необходимостта записите да бъдат навременни. „Навременен” може да означава, докато пациентът е още в кабинета или веднага след това, и преди следващия записан пациент. Този тип запис, гарантира, че съответните подробности от предоставеното лечение се записват адекватно, защото се разчита на работната (краткосрочната) памет на клиника. Тази работна памет съдържа в себе си слухова памет и визуално-пространствена памет; и двете са от значение за практикуването на дентална медицина. Отлагането във времето може да доведе до непълни и / или неточни записи, защото спомените избледняват. Колкото по-дълго се отлага, толкова по-голям е рискът повече информация да бъде забравена. Воденето на документация се е развило значително през последните десетилетия. Използването на компютри за създаване на електронни дентални записи (EDR) стана рутинно място и конкретно денталните софтуерни продукти предоставят на днешните практикуващи функционалност, която им позволява да управляват лесно информацията на пациентите и административните си задачи. Клиникистът остава отговорен за общото съдържание на клиничния запис, независимо дали съдържанието е оригинално, копирано / поставено или клониран запис от предишен запис. Денто-правният риск произтича от възможността за злоупотреба и злоупотреба с технологията. Честото и неограничено използване на функции за копиране и поставяне, макроси, шаблони и други инструменти трябва да бъдат разгледани поради непреднамерените последици и присъщите дентално-правни заплахи. Мантрата, че няма записи = няма отбрана и лоши записи = лоша защита помогна за продължаване на така наречените „клонирание“ практики с някои непредвидени последици. Копиране и поставяне и използването на стандартизиран текст трябва да бъдат приемливи за някои аспекти на клиничното досие, но може и да са ограничение за други. Съществуват сериозни причини за разработване и

обнародване на насоки за добри практики за намаляване на рисковете, свързани със съвременната технологична функционалност.⁷³

Мерки за клинична ефективност

Оралните здравни специалисти като цяло приемат идеята, че най-голямата цел при предоставянето на грижи е за постигане на оптимално здраве за всички пациенти. Въпреки това, дори концепция като „оптимално орално здраве“ може да не представлява едни и същи неща за всички заинтересовани страни. Оптималната здравна грижа включва главно лечение и профилактика на кариеси и пародонтални заболявания, контролирането на тези заболявания трябва да бъде измерима цел - но доколко те се контролират и измерват и как се постига контрол е вариабилно. Мерките за клинична ефективност (МКЕ), които използват терминология, приемлива за всички заинтересовани страни, които са научно обосновани, които могат да идентифицират съответните клинични разлики между различните нива на качествена грижа, които могат да се прилагат между различни общности и култури, следва да бъдат общовалидни независимо от наличието на различни специалисти по орално здравеопазване. McGlynn⁷⁴ предлага четири критерия за избор на клинични мерки за изпълнение, които могат лесно да се променят, за да се пригледят към здравните грижи

- ✓ състоянието на съзъбието има значително влияние върху здравето;
- ✓ връзката между измерените процеси и резултатите от грижите е установена емпирично
- ✓ качеството в тази област в момента е променливо или нестандартно;
- ✓ може да се предприемат клинично разумни действия за подобряване на изпълнението.

Мерките за клинична ефективност се използват за оценка на клиничните резултати. Тези мерки могат да се използват не само за сравнения на клиничните резултати, но и за удовлетвореността на потребителите и достъпа до грижи. Въпреки това, е необходимо да се предвиди различни критерии в зависимост от това, което се измерва. За да се въведат GMP, трябва да бъдат установени „клинични указания“, „стандарти“, „правила“, „алгоритми“, които могат да се използват като сравнение с реалното изпълнение. Днес обикновено гледаме към практически модели, базирани на доказателства, за да предоставят насоки. Очевидно клиничната преценка на зъболекар, който практикува в продължение на 25 години, ще се различава от тази на новозавършил колега. Клиничните показатели за ефективност обикновено подобряват спазването на насоките в практиката. Това не винаги е добро. Ако спазването на насоките за практиката стане по-скоро цел, отколкото начин за постигане на по-добри клинични резултати, нуждите на отделния пациент могат да бъдат компрометирани. Прилагането на мерки за изпълнение е показано за подобряване на качеството на здравеопазването, но такива мерки са само част от много по-широко решение. Трябва да установим клинични критерии, които определят желания здравен резултат. Измерването само на адекватността на техническия аспект

на клиничната процедура, дори и с установени критерии за качество, няма да доведе до подобро здраве на устната кухина. Дебатът около това, кои клинични процедури могат да бъдат извършени от общопрактикуващ лекар, предоставя възможност за разширяване на мерките за ефективност. Всяка предложена процедура трябва да бъде преценена по отношение на наличните доказателства, които могат да бъдат използвани за оценка на качеството на обслужването. Когато не са налични, насоките трябва да бъдат създадени от групи експерти, по съответните дисциплини, като по този начин се позволява установяването на клинични критерии за изпълнение. Тези насоки трябва да се преглеждат и актуализират редовно или всеки път, когато се публикуват нови научни данни. Създаването на насоки ще даде основа за по-нататъшно изследване, ще представи рамка за подобряване на мерките за ефективност и ще предложи контекст за постигане на качествено качество на грижите. Несъмнено, клиничните мерки за изпълнение са само част от отговора на въпроса как да постигнем по-доброто качество на оралното здраве, но винаги има риск да бъдете привлечени от нещо, което е измеримо. Някои от най-важните фактори за установяване на качеството на грижите включват предпочитанията на пациентите - критерии, които са много трудни за измерване. Независимо от това, задължението на организираната дентална грижа е да създаде клинични указания, които могат да се използват за определяне на качеството на обслужването.⁸⁹

Информирано съгласие

В съвременна деонтологична медицинска грижа, съгласието от страна на пациента има централно значение сред въпросите за оказването на медицинска помощ. Получаването му е предпоставка, която превръща въздействието върху човешкото тяло от престъпно посегателство в лечение, от обществено опасно поведение в правно регламентирана професия, съдържаща в себе си сериозен риск, който е поеман с оглед постигането на висша обществена цел – съхраняването и възстановяването на човешкото здраве. Принципът на информираното съгласие в медицината е световно признат. Той е приложим в пълна степен и в сферата на денталната медицина, като същия разгледан по същество е провъзгласен в чл. 3, т. 2, б. а.) от Хартата на основните права на Европейския Съюз (2007/С 303/01)⁵², и гласи: „В областта на медицината и на биологията трябва да бъдат зачитани по-специално: а) свободното и информирано съгласие на заинтересованото лице при определени със закон условия и ред”. Този принцип е основен и в Конвенцията за правата на човека и биомедицината²⁶, която е влязла в сила за Република България (Обн., ДВ, бр. 32 от 12.04.2005 г.), която гласи: чл. 5 от Конвенция „Всяка интервенция, свързана със здравето, се извършва само със свободно и съзнателно изразеното съгласие на заинтересованото лице. Това лице получава предварително необходимата информация за целта и естеството на интервенцията, както и за произтичащите от нея последствия и рискове.” Институтът на информирано съгласие на територията на Република България е уреден в чл. 87 и следващи от Законът за здравето⁷. Националното законодателство регламентира юридическата фигура на „информираното съгласие“ основно в Закон за здравето, като специални разпоредби се съдържат и в поднормативни актове, утвърдени медицински стандарти, утвърдени правила за добра медицинска практика в сферата на

здравеопазването. Съгласно Закона за здравето медицинските дейности се осъществяват след изразено информирано съгласие от пациента. Съгласно разпоредбата на чл. 92, ал. 1, т. 3 от Закона за здравето лекуващият лекар е длъжен да информира пациента относно планираните профилактични дейности и рисковете, свързани с тях. Законът е предоставил на пациента и реципрочно право на отказ. ЗЗ е уредил изключение от правото на отказ в чл. 90. Отказът на пациент, се удостоверява писмено чрез подпис на лицето в съпътстващата медицинска документация. По-различно стои въпросът за изразяване на информирано съгласие в денталната практика.

Общото схващане, както на съсловията на лекарите по дентална медицина, така и на широка част от юристи и пациентска маса, приемат, че при оказване на дентална помощ формата за изразяване на информирано съгласие е устна, с изключение на случаите, когато лечението на пациента е свързано с оперативни намеси. Анализи в сектора на денталната медицина, изготвени в сътрудничество между Изпълнителна агенция „Медицински одит“ и Български зъболекарски съюз, налагат становище, за задължителния характер на декларацията за информирано съгласие и нейната писмена форма.⁵ Декларация за информирано съгласие в денталната медицина, приета на конгреса на БЗС 2015 г.; Подобно схващане се налага от изводът, че локалната инфилтрационна анестезия по смисъла на чл. 89, ал. 1 от Закон за здравето се явява и "инвазивен метод", а легалното определение на понятието „инвазивен метод“, представено от законодателя в § 1 т. 3 от Допълнителните разпоредби, съставлява: "Инвазивни методи" са диагностични и лечебни инструментални методи, при които чрез нарушаване целостта на кожата и лигавиците или през естествени отвори се прониква в човешкото тяло. Предвид посочените съображения на анализаторите, следва да се приеме, че и в случаите на поставяне на локална (местна) анестезия, характерна главно в работата на денталните лекари, пациентът, респективно негов родител или настойник, трябва да изрази своето информирано съгласие в писмена форма. Това се явява задължително условие във връзка с използването на анестезията в съвременните методи на лечение в денталната практика. Опасността за лекарите, както в общата, така и в денталната медицина в случаите, при които извършват медицинска интервенция без изразено информирано съгласие, е свързана с поемането на рисковете, които са присъщи за съответната интервенция. При липса на информирано съгласие лекарят поема риска от осъществяване на лечението. За да формира своето съгласие или несъгласие за предприетото лечение пациентът, съответно лицата, които могат да дадат съгласие вместо него следва да получат определена по обем и вид информация от лекуващия лекар. Въз основа на своите законоустановени задължения, добра медицинска практика и етично-моралните правила, лекуващият лекар разговаря лично с пациента, като го информира на достъпен и разбираем език, в достатъчен обем и своевременно за установеното здравословно състояние, характера на заболяването и необходимостта от лечение. Разяснява целите и естеството на лечението, разумните алтернативи, очакваните резултати, прогнози, възможни рискове и ползи, свързани с предлаганите методи и подходи за диагностика и лечение, както изяснява и за риска за здравето при отказ от лечение.

Аспекти на информираното съгласие

Информираното съгласие като процес - част от лечебния процес, в която всеки пациент трябва да получи висококачествена, навременна, истинна, разбираема и достатъчна информация относно: диагнозата си, възможните варианти на лечение и рисковете от тях, и да изрази не/съгласието си за провеждане на предлаганото лечение.

Информираното съгласие като документ - отразяващ визираните в предходната точка изисквания. От тази гледна точка документът е и доказателствено средство за отразените в него обстоятелства и волеизявления относно: здравното състояние на пациента към даден момент, причините за лечението, възможните варианти и рискове от не/провеждане на лечението, съгласието или отказа на пациента да се подложи на цялостно лечение или на конкретна процедура.

Правен аспект на информираното съгласие:

- Защита на личната неприкосновеност и на правото на свобода на пациента да вземе информирано решение
- Всяка форма на медицинско въздействие е юридически допустима единствено със съгласието на лицето, спрямо което тя се предприема
- Липса на съгласие – форма на принуда

Етичен аспект:

- Автономност на пациента – правото на пациента да взема свободни решения относно оказваната медицинска помощ.
- Уважение към личността – медицинските специалисти да се въздържат от провеждане на нежелани от пациента интервенции и да подпомагат пациентите в

Информирано съгласие при управление на изображенията в денталната практика

Кодексът на BritishStandards Institution подчертава, че начинът, по който се управлява изображението, е толкова важен, колкото и използваната технология. CD-ROM се цитира като най-актуалния режим на съхранение като формат WORM (записва се веднъж, може да се чете много пъти); това е уточнено като стандартното устройство за съхранение на данни според кодекса. Процедурите за съгласие трябва да се следват от участващите в получаването на клинични изображения, тъй като това ще предпази клиника и пациента от злоупотреба или неразбиране относно предназначението на изображението. Въпреки че изображението, което се използва единствено за лечение / клинични цели, не изисква писмено съгласие, наличието на писмено изявление за съгласие, посочващо използването на материала, би помогнало за защита на пациента и клинициста в случай на съдебни спорове. Идеалното писменото съгласие трябва да включва: 1. Обяснение на необходимостта и целта на такава документация.2. Изображенията да са част от техните поверителни здравни записи.3. Тези изображения могат да бъдат използвани за изследователски или образователни цели или и двете.4.

Името и подписът на медицинския лекар и консултантът. Ако е дадено съгласие само за клинични цели, то това трябва да бъде изрично упоменато.⁶³

5.2. Медицински стандарти и показатели за измерването им

5.2.1 Същност и определение. Национална програма за МС.

Измерването на качеството е свързано с оценяване степента на съответствие на изпълнението с предварително установените изисквания. Определянето на стандарти за качество фокусира върху установяването на какво трябва да бъде постигнато от гледна точка на качеството. В контекста на подходи за оценка на качеството, стандартът е дефиниран като ясно формулирано очакване, определено от компетентна институция, което описва допустимо ниво на представяне на една организация. Стандарт е документ, регламентиращ набор от правила, норми и изисквания към обекта на стандарта. Терминът “стандарт” обикновено се отнася за крайни стойности (минимум и максимум), съдържа специфичен показател, честота с която дадени услуга е предоставена или начин на изпълнение на определена дейност. От тази гледна точка, терминът стандарт приема чисто “нормативно” значение, с което е свързана оценката на качеството на услугата. Според водещите автори критериите посочват какво да се измерва, а стандартите определят нивото на качеството, което трябва да бъде постигнато^{10, 34,35,15,61,75}. Стандартът е: (1) съгласуван документ, пряко или косвено свързан с продукт или услуга, в т.ч. и здравна или медицинска услуга; (2) документ, който се разработва и определя на базата на общоприети правила и принципи, утвърдени чрез консенсус от експерти или посредством научно-медицински доказателства, описани в специализираната литература, или на базата на получени резултати от емпирични изследвания. Стандартизацията позволява установяването на единни норми и изисквания, на които трябва да отговарят процесите, материалите, процедурите и услугите. Стандартите в медицината изграждат нормативната база на адекватната медицинска практика. В широката рубрика на стандартите се разбира: практически ръководства или клинични протоколи, включително и клиничните пътеки, административни процедури или стандартни оперативни процедури, продуктови спецификации или стандарти за представяне^{9, 10,12}. Клиничната пътека (КП) е конкретен пример за реализиране на стандартите при осигуряване на качеството на медицинската помощ^{80,12}. Решаващ фактор при изработването на КП е мултидисциплинарният подход с консенсусни решения при постигане на общо съгласие между група експерти. Процесът на разработване и внедряване на стандартите се характеризира със следните етапи, представени на фиг. 1. Стандартите (част от нормативната база) намират приложение като метод за оценка на качеството. Акредитацията и одитирането (текущия контрол) в областта на медицината е възможна единствено въз основа на общовалидни стандарти и норми за медицинска практика.

За първи път у нас е приета Национална програма „Медицински стандарти (2001 – 2007 г.)“ с решение №602 на МС от 20.08.2001 г., което е съществен напредък в решаване на проблемите на качеството. Втората Програма е със Заповед № РД 09-604/29.10.2009 г., издадена на основание чл. 45, ал. 2 от Закона за администрацията и

чл. 5, т. 19 от Устройствения правилник на Министерството на здравеопазването, във връзка с Решение № 731 от 21 ноември 2008 г. на Министерския съвет за утвърждаване на Национална програма „Медицински стандарти в Република България (2008 – 2010 г.)“. Един от първите стандарти е Стандартът по лицево-челюстна хирургия, който е разработен и защитен през 2002 г. в Министерство на здравеопазването, в съответствие с решение № 602 на МС от 20.08.2001г. Оттогава до настоящия момент е неколkokратно актуализиран в съответствие с настъпили законови промени. Изготвен е в СБАЛ по ЛЧХ от екип, ръководен от доц. д-р Р. Коларов и експерти по специалността. Приет е и от „Научното дружество по орална и лицево-челюстна хирургия“. Медицинският стандарт по лицево-челюстна хирургия е приет с Наредба №23 от 18 ноември 2002 г. за утвърждаване на Медицински стандарт „Лицево-челюстна хирургия“ на МЗ и е обнародван в ДВ. бр. 113 от 3 декември 2002 г., изм. ДВ. бр. 65 от 20 август 2010 г., изм. ДВ. бр. 91 от 19 ноември 2010 г., изм. ДВ. бр. 32 от 8 април 2014 г. Най-близък до стандарта по ЛЧХ е този по ОХ, приет с Наредба №50 от 26 ноември 2010 г. за утвърждаване на Медицински стандарт „Орална хирургия“ на МЗ и обнародван в ДВ. бр. 95 от 3 декември 2010 г. Освен това специалността ЛЧХ присъства и в Общия стандарт по хирургия, Наредба №03 на МЗ от 23 януари 2015 г. за утвърждаване на общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия, пластично-възстановителна и естетична хирургия, лицево-челюстна хирургия, и е утвърдена от Министерство на здравеопазването. Стандартът по ЛЧХ включва всички задължителни атрибути, необходими за подготовката и разработването на медицинските стандарти.^{24,25} Включва следните части:

1. Въведение
2. Базова характеристика на специалността „Лицево-челюстна хирургия“
3. Ниво на компетентност
4. Стандарти за устройство на помещения, в които се извършват хирургични дейности
5. Стандарти за персонала, извършващ хирургични дейности
6. Стандарти за организацията на работата
7. Стандарти за оборудване, необходимо за изпълнение на рутинни и специфични хирургични дейности
8. Стандарти, критерии и показатели за качество на хирургичните дейности
9. Стандарти за права и задължения на хирургичния пациент
10. Стандарти за обем на диагностичните възможности при хирургично болен
11. Стандарти за интердисциплинарни консултации и дейности при лечение на хирургично болни
12. Стандарти за обем на хирургичните дейности

13. Стандарти за разрешен обем на дейности в съответствие с нивото на оборудване на ХО/клиники/болници, диагностичните възможности на болницата, кадровата осигуреност и компетентност, интердисциплинарните консултации и дейности

14. Специфични условия на труд при осъществяване на хирургичните дейности

15. Списък на оперативните процедури в областта на лицево-челюстната хирургия.

От представената структура на стандарта е видно, че са обхванати всички страни от дейността по ЛЧХ, свързани с материална база, кадрова обезпеченост, нива на компетентност, права на пациента, качество на хирургичната дейност и др. От всичко казано дотук още веднъж става ясно, че „Лицево-челюстна хирургия“ е хирургична специалност с мултидисциплинарен характер. По тази причина тя намира място и в общия стандарт по хирургия, приет с Наредба №03, утвърдена от Министерство на здравеопазването.

5.2.2. Процедура по изготвяне на медицинските стандарти

Съгласно ЗЗЛ в края на 2019 г бе стартирана процедура по изготвяне и абгрейтуване на всички стандарти в областта на медицинската наука и практика. Бе изготвен проект за структурата им, съгласно който експертните групи по всяка специалност следваше да се съобразят.

Закон за лечебните заведения

Чл. 6а. (Нов - ДВ, бр. 102 от 2018 г., в сила от 01.01.2019 г.) (1) Медицинските стандарти по чл. 6, ал. 1 определят минималните задължителни изисквания към структурите за осъществяване на дейностите по определени медицински специалности или изпълнение на отделни медицински дейности за осигуряване на качествена профилактика, диагностика, лечение, рехабилитация и здравни грижи за пациента.

(2) Медицинските стандарти съдържат:

1. основна характеристика на медицинската специалност/медицинската дейност;
2. изисквания към лицата, осъществяващи професионална дейност по медицинската специалност/медицинската дейност;
3. изисквания за осъществяване на дейностите по медицинската специалност/медицинската дейност в структури на извънболничната и болничната помощ и в лечебните заведения по чл. 10;
4. критерии за качество на изпълняваните дейности по медицинската специалност/медицинската дейност.

(3) Изискванията по ал. 2, т. 2 - 4 се определят по нива на компетентност.

(4) Медицинските стандарти по чл. 6, ал. 1 се актуализират при необходимост по реда на утвърждаването им.

5.2.3 Образец за разработване и актуализиране на медицински стандарт

Структура на медицинския стандарт по отделна медицинска специалност

1. Основна характеристика на медицинската специалност:

1.1. Дефиниция, основни цели и задачи на медицинската специалност.

1.2. Определяне на видовете дейности в обхвата на медицинската специалност (например: промотивни, профилактични, диагностични, лечебни, рехабилитационни).

1.3. Описание на интердисциплинарните дейности между медицинската специалност и други медицински специалности и дефиниране на взаимодействието и координацията между тях.

2. Изисквания към лицата, осъществяващи професионална дейност по специалността:

2.1. Изисквания към дейността на специалиста по

2.2. Изисквания към дейността на лекар без специалност или специализанта по

2.3. Изисквания към дейността на лекар с друга клинична специалност.

2.4. Дейности в обхвата на медицинската специалност, изискващи допълнителна квалификация (посочват се дейностите, които не са включени в програмата за специализация по съответната специалност или са включени с изучаване до определено ниво, като това изрично е уточнено в програмата и изискват надграждащо усвояване).

2.5. Изисквания към медицинските специалисти, осъществяващи здравни грижи.

2.6. Изисквания към други лица, осъществяващи професионална дейност, имаща отношение към специалността.

3. Изисквания за осъществяване на дейността по специалността (не се посочват общите изисквания, които са предмет на друг нормативен акт):

3.1. Изисквания за осъществяване на дейността в първичната извънболнична медицинска помощ:

3.2. Изисквания за осъществяване на дейността в специализираната извънболнична медицинска помощ:

3.3. Изисквания при оказване на медицинска помощ по медицинската специалност в структури на лечебни заведения за болнична помощ (по нива на компетентност):

Забележка: При описанието на изискванията за второ, респективно за трето ниво, следва да се посочват само изискванията, които не са посочени вече на предходното ниво. За изискванията, които се повтарят на всички нива, следва да се правят само препратки към съществуващи вече текстове на предходните нива или структури.

В рамките на нивата следва да се опише кога се позволява да се извършват дейности по тази специалност в рамките на други специалности и от какви структури и специалисти, като дейностите да се разделят на общи медицински дейности и други, изискващи определена квалификация.

Следва да се посочат и дейностите от други специалности, които се позволява по силата на издаденото разрешение за дейност на лечебното заведение да се извършват в структурата като интердисциплинарни дейности, като при необходимост се очертае и техният обем. След текстовата част, съдържаща изискванията относно нивата, стандартът задължително съдържа таблица за съпоставимост.

3.4. Изисквания при оказване на медицинска помощ по медицинската специалност в структури за продължително лечение

Изискванията към структури за продължително лечение се въвеждат само с медицинския стандарт по вътрешни болести (за изискванията относно терапевтичните специалности), с общите хирургични стандарти (за изискванията относно хирургичните специалности) и с медицинския стандарт по педиатрия (за изискванията относно педиатричните специалности).

Болничните структури за долекуване и продължително лечение са само от първо ниво на компетентност и могат да осъществяват универсални грижи за пациентите от всички медицински специалности. В рамките на едно отделение/клиника не могат да бъдат извършвани дейности по продължително лечение на деца и възрастни и не могат да бъдат извършвани дейности по продължително лечение в областта на терапевтични и хирургични специалности.

3.5. Изисквания при оказване на медицинска помощ по медицинската специалност в структури по чл. 10 от Закона за лечебните заведения (център за спешна медицинска помощ, център за трансфузионна хематология, център за психично здраве, център за кожно-венерически заболявания, комплексен онкологичен център, дом за медико-социални грижи, хоспис, диализен център, тъканна банка).

3.6 Критерии и показатели за качество на осъществяваната медицинска дейност и изисквания към резултата от осъществяване на дейността – общи и специфични за специалността:

3.6.1. количествени показатели за осъществяване на дейността – минимални (задължителни) изисквания за обем на медицинските дейности;

3.6.2. Критерии и показатели за качество

3.6.2.1. общи и специализирани показатели по критериите за достъп до медицинска помощ, своевременност на оказваната медицинска помощ, релевантност (уместност и съответствие), сигурност/безопасност, ефективност и ефикасност на тази помощ, продуктивност/икономичност, участие на потребителя на услугата (потребителски фокус и удовлетвореност);

3.6.2.2. показатели за резултатите на осъществената медицинска дейност, (например: показатели за смъртност, усложнения, оперативна активност и пропорции между извършените много големи, големи, средни и малки оперативни интервенции и други.

Съгласно този образец са разработени следните стандарти в денталната медицина:

- Стандарт по Обща дентална медицина;
- Стандарт по Протетична дентална медицина;
- Стандарт по Орална хирургия;
- Стандарт по Ортодонтия;
- Стандарт по Дентална образна диагностика;
- Стандарт по ЛЧХ;
- Стандарт по Оперативно лечение и ендодонтия;
- Стандарт по Детска дентална медицина;
- Стандарт по Имплантология;
- Стандарт по Дентална клинична алергология

Към момента валидни стандарти по Денталните специалности са стандартите по Орална хирургия и по Детска стоматология. Остава валиден и стандартът по Лицево-челюстна хирургия (това е специалност придобита към настоящия момент и от лекари по Дентална медицина и от медици).

5.2.4 Количествените показатели за оценка на конвенционалните и хирургичните дейности в общото дентално лечение

- Контролиран брой, общо и поотделно на видовете дентално лечение годишно;
- Според нозологичните дентални единици и вид на използваните възстановителни процедури (директни или индиректни obturации, зъбопротезни конструкции), хирургични и други процедури;
- Стойностите на редукция на оралнохигиенните, гингивални и пародонтални индекси след конвенционалната пародонтална терапия в сравнение с инициалните;

- Брой хирургични процедури, разпределение по вид, обем (брой зъби) и сложност; в сравнение с инициалните;
- Средни стойности на загубата на зъби;
- Официално регистрирани похвали и оплаквания на пациенти; Редовен годишен анализ на получените резултати от извършваното дентално лечение.

5.2.5. Специфични критерии по процеса на изпълнение и за резултатите от дейността

- Състояние на медицинската документация на лекуваните случаи.
- Регистрация на пациенти и диагнози.
- Попълнени бланки за получено информирано съгласие на пациента.
- Регистрация на проследяване на ранни и късни лечебни резултати (контролни прегледи, ЕОД, контролни рентгенографии, модели, фотоснимки и др.).
- Препоръчително е документацията на всички пациенти да е компютризирана.
- Резултативен годишен обем специализирана дейност.
- Отчет за специализирана дейност по „Обща дентална медицина“:
- По поставени диагнози;
- По реализирани специализирани дейности – вид и обем;
- Адекватност на проведеното лечение според задължителните методи;
- Насочени към специалиста по “Обща дентална медицина” пациенти от лекар по дентална медицина без специалност;
- Краен резултат – реално и доказуемо подобряване на оралния статус.
- Съотношение на поставените диагнози към резултата от лечението на контролиран брой случаи.
- Обективни параклинични изследвания;
- Фотоснимки преди и след проведено лечение, вкл. на естетични възстановявания;
- Модели;
- Рентгенографско документиране на резултатите от ендодонтско, възстановително, пародонтално, хирургично и протетично лечение.

5.3. Роля на ДМП и пациента за качеството на грижата в оралното здравеопазване. Обобщение

Управлението на дентална практика в областта на оралната и лицево-челюстната хирургия (OMS) е претърпяло драматични промени. Електронните здравни досиета, законите за поверителност, управление на цикъла на приходите, онлайн маркетинг и нарастването на стоматологичните организации (DSOs) многократно

затрудняват лицево-челюстни хирурзи, практикуващи в частна практика, болничните служители и академичните хирурзи.

Организации

Организациите за дентална помощ наричани още дентални организации, представляват най-бързо развиващия се сегмент в орално здравеопазване. Стратегиите за растеж на мрежата варират от развитие на нова верига, базирани на придобиване на практики или комбинация от двете. Предоставените услуги често включват управление на приходите, информационни технологии, маркетинг, човешки ресурси и финансова отчетност. Целите на организациите са стандартизиране на осигуряваните здравни грижи за пациентите чрез намаляване на неклиничните тежести за практикуващите. Общата тенденция в здравеопазването към консолидация и намаляване на частната собственост продължава. Тази тенденция отчасти се подхранва чрез предизвикателствата за реимбурсиране на лечението от застрахователите, промени в обхвата на практиката, увеличаване на населението, ограничена преговорна сила на индивидуални практики, сложност на управлението на персонала и приходите, и психологията на поколенията.

Съвременна същност на частната практика

Наличността, пригодността и способността бяха ключовите елементи на успешна медицинска практика. В миналото се предлагаша медицински или стоматологични услуги и пациентите плащаха сметките. С навлизането на застрахователните дружества на пазара на медицински услуги пациентите продължават да заплащат лечението си, но част от сумите им се реимбурсират от застрахователя.

По-долу е даден списък на често срещаните модели:

1. Практика, без договор със застрахователи/здравна каса
2. Практика със сключен договор за частично финансиране на услугите
3. Служител в дентална верига или болница

Също така има поне 3 потенциални локации за практикуване:

1. Само в дентален кабинет
2. Болница и кабинет
3. Само болница⁵⁹

Като цяло предоставянето на услуги е повлияно от голям брой малки ефекти от широк спектър от фактори. Докато оралното здравословно състояние оказва влияние върху предоставянето на услуги, но не е единственият определящ фактор. Комплексът от фактори, зависещи от зъболекар, практика и пациент също влияят върху процеса на предоставяне на услуги. Професионални дентални фактори като избор на метод на лечение, практически убеждения, предпочитания на пациентите и демографски

характеристики оказат влияние върху моделите на обслужване. Такива констатации показват, че по-нататъшното разбиране на взаимоотношения зъболекар -пациент, развитието на лечението и философията на практиката, както и динамиката на планирането на лечението и вземането на решения могат да благоприятстват подобряването на резултатите от услугите. Някои географски и районираны градиенти влиянието на социално-икономически и географски бариери при моделите на обслужване също имат значение. Въпреки това, други фактори като застрахователния статус и типа на посещение също са свързани с моделите на обслужване и имат потенциал да бъдат манипулирани за постигане на по-добри резултати от услугите. Докато социално-икономическите и географските бариери изискват широки иновации в политиката, за да се справят с тези проблеми, оказващи ефект върху предоставянето на услуги, то съществува възможност за изследване на клиничните резултати в общата практика за подобряване на знанията, на базата на които се вземат решения за лечение и такава информация би могла да даде основа за развитието на указания за грижа адресиращи потенциалните проблеми и предлагащи адекватни съвети и грижа. Медицински записи, които са точни, изчерпателни и направени своевременно, се разглеждат като съществена част от здравеопазването. Традиционно медицинското досие се разглежда като помощно средство за референции на практикуващия, направил бележките.¹ Въпреки това, медицински записи се използват за много цели, освен да са метод за съхраняване на клинични данни. Те са жизненоважно средство на комуникация между здравните специалисти, особено в по-големи организации като болници. Медицинските записи се използват и в изследователски, клинични одити, планиране, администрация и съдебни спорове. Критериите за добро водене на записи включват това записи трябва да са ясни, сбити, безпристрастни и обективни, без съкращения (различни от тези широко приети от практикуващите в тази специалност), четливо и точно. Ако записите не се водят адекватно, тогава се твърди, че е налице нарушение на стандарта на грижа в здравната професия. 2. Това може да доведе до констатация за незадоволително поведение или професионални нарушения. Когато има многократни доказателства за лошо воденето на записи, това може да доведе до установяване на професионални нарушения с такава сериозност, че може да доведе до отнемане на разрешителното на медицинския специалист.⁴⁷

ГЛАВА ВТОРА

ЦЕЛ И ЗАДАЧИ, МАТЕРИАЛ И МЕТОДИКА

2.1 Цел и задачи

Изследователска теза:

Чрез анализ на извършената съвместна дейност, сътрудничество и взаимопомощ в областта на денталната наука и практика между структурите на БЗС и структурите на Изпълнителна агенция „Медицински одит“/ИАМН да се постигне подобряването на качеството и безопасността на медицинското обслужване на пациентите, като се стимулират изпълнителите на дентална помощ към устойчиви подобрения в работата, в качеството и в повишаване на професионализма.

Цел на настоящото проучване е изследване на същността на медицинския одит в денталната практика и специализиран мониторинг за устойчиво подобряване на качеството и повишаване на професионализма.

Задачи:

1. Да се проследят и анализират основните теоретични моменти свързани с организацията, дейността, качеството и контрола на денталната помощ;
2. Да се анализира информацията за денталните практики в Европейските страни;
3. Да се проучи Дентална практика в България-договаряне, заплащане, дейност на БЗС и КПЕ, качество на денталната грижа;
4. Да се разгледа и анализира дейността на Изпълнителна агенция „Медицински одит“ /Изпълнителна агенция „Медицински надзор“ като специализиран орган за контрол в сферата на здравеопазването и тази на БЗС като съсловна организация на денталните специалисти.
5. Да се проучи мнението на денталните лекари за мениджмънт на риска в денталната практика
6. Да се предложат възможности за усъвършенстване на контрола на базата на данните от проучването.

2.2. Материал и методика

В зависимост от така поставените научни задачи се конкретизират обектът на наблюдение, единиците и признаците им.

Обект на настоящото проучване са:

- ✓ Денталната практика в системата на здравеопазването;
- ✓ Контролната дейност на ИАМО/ИАМН и БЗС/КПЕ в денталната практика

Предмет на разработката е изследване на мястото, ролята и значението на медицинския одит за подобряване на качеството в денталната практика. Проучването е комплексно. Конкретните научни задачи, обектът, единиците и признаците на наблюдението са свързани със спецификата на разработката.

Първият компонент включва проучване и анализ на денталните практики в Европейските страни и Р. България.

Вторият компонент включва анализ на одита извършван от ИАМО/ИАМН и БЗС/КПЕ на база отчети и мониторинг на практиките. Период на проучването за ИАМО/ИАМН-2017-2019 г., за БЗС – мандат на Етичната комисия- 2015-2016 г, КПЕ на СРЛ за мандат 2017-2020г.

Третият компонент е анкетно проучване на дентални лекари за мениджмънт на риска, с цел подобряване на качеството на денталната помощ. Въпросите са 16 и са структурирани в 4 групи:

- ✓ опасността за лекаря по дентална медицина в случаите, при които извършва медицинска интервенция без информирано съгласие
- ✓ необходимост от съвместно сътрудничество между Изпълнителна агенция „Медицински надзор“ и Българския зъболекарски съюз
- ✓ превенция на усложнения, грешки и инциденти
- ✓ гарантиране сигурността и безопасността, както на пациента, така и на денталния лекар

Анкетната карта е самостоятелно разработена от докторанта. Анкетирани са 128 дентални лекари, работещи в различни практики.

Време на провеждане на анкетното проучване: 02. 2019 г. до 10.2019г. в София и страната.

Признаци на изследването са: пол, отношение към информираното съгласие- (необходимост, съдържание, достатъчност) условията в денталната практика, за безопасност, комуникации, професионална подготовка, компетенции.

Събраната информация е обработена и анализирана статистически чрез сортиране в статистически таблици, отразяващи търсените закономерности.

Методология на изследването.

Методологическата основа на дисертационния труд представлява комплекс от общонаучни и частнонаучни методи и подходи за провеждане на научни изследвания, които взаимно се допълват. Използвани са следните методи:

- ✓ Документален метод – на базата на официалните отчети на ИАМО/ИАМН, Етична комисия на БЗС, за създаване на задълбочена представа са проучени: научни публикации по проблема в национални и международни литературни източници/; нормативни документи
- ✓ Концептуален анализ - за изясняване на терминологичните въпроси, свързани с темата на дисертационния труд;
- ✓ Анализ и синтез;
- ✓ Сравнителен метод;
- ✓ Социологически метод – анкета;
- ✓ Статистически методи:

Cronbach's α for all 36 items was 0.86

Вътрешна консистентност бе изследвана чрез Cronbach's α . Стойности над 0.70 се считат за задоволителни. Cronbach's α . за проведената анкета е 0.86.

Reliability
Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,860	16

Internal consistency was examined using Cronbach's α . Values >0.70 were considered satisfactory

✓ Графичен анализ – за визуализация на получените резултати.

Посочените методи при провеждане на проучването взаимно се допълват, което позволява информацията да бъде многостранно оценена.

ГЛАВА ТРЕТА

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

3.1 Анализ на денталните практики в Европейските страни

3.1.1 Видове и характеристики на денталните практики

Страните в Европа показват много големи вариации на това как се предоставят общи здравни грижи (например по отношение на собствеността на здравните заведения, структура на работната сила и баланса между първичната и вторичната помощ), предоставянето на дентални грижи в повечето страни са доминирани от практикуващи, работещи в частни практики („частни“ или „либерални“) или „общопрактикуващи“ без да са назначени на заплата. В по-голямата част от ЕС те представляват близо 90% от практикуващите зъболекари. Няколко държави (Белгия, Исландия, Люксембург, Малта и Португалия) отчитат близо 100% от предоставената дентална помощ по този метод. Само в страни, в които има голям, държавно финансиран фонд за дентално лечение броят на общопрактикуващите лекари по ДМ е по-малък. Публичните услуги обикновено са насочени към предоставянето на грижи за специални групи като деца, частните практикуващи са без съмнение основният, и често единственият доставчик на грижи за възрастното население.

Либерална (обща) практика

Методите за разкриване на либерална или обща практика са сходни за цяла Европа, като по-млади зъболекари често се наемат като сътрудници или асистенти, преди да могат да си позволят да организират своя практика. Въпреки това, в страни, където частната практика доминира (например Франция, Белгия и Норвегия), е много трудно да започнеш кариерата си като асистент или сътрудник. Правителствени стимулиращи схеми, насочени към убеждаване на зъболекарите да се преместят в слабо населени райони, също са голяма рядкост. Значението на денталните лекари като свободна професия беше подчертано от приемането на Харта на ЕС за Свободните професии, предложени от Съвета на европейската ЛДМ (либерални дентални медици) и съвместно разработени и приети с представителите на организациите на европейски лекари, фармацевти и ветеринарни лекари. Повечето зъболекари, както при всеки друг бизнес, трябва да теглят бизнес кредити за закупуване на практика. Чрез закупуване на

съществуващата практика обикновено купуват и списък на пациентите. Много държави имат някои регулации, които регулират местоположение на помещения, където ЛДМ могат да практикуват, но обикновено има само общи изисквания за планиране. Като цяло в цяла Европа денталната медицина в общопрактикуваща практика се разглежда като малък бизнес, като има само един, два или няколко зъболекари, които практикуват заедно (в Гърция това е едва от 2001 г. насам зъболекарите могат да споделят клиника или стоматологичен стол). Затова има големи дентални клъстерни групови практики - например в Обединеното кралство една компания притежава над 500 практики, в които работят няколко хиляди ЛДМ. Денталните асоциации предполагат, че помещенията за практики са най-често разположени в преустроени къщи или апартаменти или преустроени обществени поликлиники (няколко от новите членове на ЕС докладват за това-България). Търговските центрове изглежда не са популярни локации в Европа, за разкриване на нови дентални практики.

Обществени дентални услуги

За целите на описанието на предоставянето на здравеопазване извън либералната (обща) или частна практика, ние описваме това като публични дентални услуги. Това обаче не е съвсем точно, тъй като границите между ЛДМ, работещи със заетост / на заплащане, и частно собствено / публична собственост съоръжения се размиха през последните години. И така, вътре има зъболекари на заплата, работещи в частна практика - обикновено като асистенти или се свързва със собственика на практиката. Докато повечето общопрактикуващи зъболекари притежават или отдават под наем своите помещения от частния сектор, в някои държави (например Естония) може да наемат съоръжението от местната здравна администрация или община - която дори може да снабди практиката с помощен персонал, оборудване и материали. Като цяло около 11% от зъболекарите в ЕС / ЕИП работят в публичния сектор. Тази цифра почти не се е променила от последното издание на наръчника. В някои страни терминът „обществени Дентални услуги“ също се прилага за практикуващи, работещи в рамките на системата за обществено здравно осигуряване на тази страна. За целите на описанието в това Ръководство, този термин се прилага за тези, които работят в (обикновено) практика на заплата, субсидирани от здравноосигурителната система/фонд.

Обществени клиники

Повечето страни имат някаква форма на държавна служба, която се финансира с публични средства. Подобен тип здравни служби/ поликлиники са особено силно застъпени в северните и балтийските страни, където, с изключение на Естония, голяма част от активните зъболекари работят в такива. Няма публични клиники в 6 държави (Белгия, Ирландия, Лихтенщайн, Естония, Чехия, Люксембург.). В много страни зъболекарите работят в такива клиники само на непълно работно време - или защото са жени, които остават вкъщи, за да се грижат за семействата си или защото ниските заплати в този тип заведения налага заетост и в частна практика. Общите услуги, предоставяни от повечето страни с тези клиники, включват спешна помощ, обществено дентално здраве, профилактични услуги и следдипломно обучение. Тези услуги са достъпни за всички граждани и често не са обвързани с такси. Въпреки това,

в малко над половината от страните, общата дентална помощ може да бъде достъпна и за определени класове пациенти – деца под 18-години, медицински компрометирани пациенти и възрастни с ниски доходи. Тези услуги също често се предоставят без такси.

Болнично дентално лечение

Строгата дефиниция на болница не е еднаква за цяла Европа. Но за целите на този раздел се разглеждат заведения, в които има помещения за пациенти които се лекуват от остри или хронични заболявания, има помещения за престой на пациенти в продължение на една или повече нощи и има възможност да се приемат приходящи пациенти. Факултетите по дентална медицина с болнични крила не са включени в този обзор. Всички държави имат болници, в които се лекуват травми, извършват се орално лицево-челюстна хирургични интервенции и патологични аутопсии и експертизи. Повечето също оказват следдипломно обучение за потенциални хирурзи. Болниците са частни и държавни, които предоставят дентални грижи. Участващите в предоставянето на дентални грижи обикновено получават заплащане в публичните болници, но в повечето страни също така са в състояние да работят допълнителни часове в частни практики.

Дентална дейност във факултетите по дентална медицина. Някои дентални грижи се предоставят в дентални училища от хабилитирани асистенти ЛДМ и (в повечето страни) от студенти по дентална медицина. Въпреки това се смята, че количествения дял на този тип лечение е много ограничен.

Дентална дейност във въоръжените сили

Много държави от ЕС / ЕИП имат национална служба във въоръжени сили. Тези страни и много от тези с доброволчески въоръжени сили, имат формални отговорности за осигуряване орално здравеопазване за техния персонал. Осигуряват се от техни Дентални отделения или от местни договорености с обществени клиники. В Германия, Полша и Великобритания обаче въоръжените сили са с добре развити структури и се обслужват от голям брой зъболекари.

Незаконна практика по дентална медицина

Няма съобщения за незаконната практика на общата дентална практика в целия ЕС / ЕИП. Има обаче доклади за изработване на протези и избелване на зъбите от лица, които не са законно в състояние да предоставят такива услуги. Няколко държави - Белгия, Франция, Гърция, Унгария, Ирландия, Италия и Обединеното кралство - докладват за незаконен дентуризм, макар и с урегулиране на (легални) клинични зъботехници във Великобритания през 2008 г. ANDI (Италия) съобщават за значителен брой незаконни практики в Италия от зъботехници, някои от които се смята (от ANDI), че са прикривани от лекари по дентална медицина. И VVT (Белгия) съобщават, че има стремеж към легализирането на денталния туризъм в Белгия. Клиничните зъботехници / зъболекари могат да практикуват законно в Дания, Финландия, Холандия, части от Швейцария и Великобритания - така се намалява потенциалът за незаконна практика. Все пак продължаващ проблем в много страни от ЕС / ЕИП е незаконното предоставяне на продукти за избелване на зъби от неквалифицирани лица, дори след въвеждането на регулациите през 2011 г. Във Великобритания, въпреки успешните

съдебни преследвания в съдилища от Генералния дентален съвет, неквалифицирани лица продължават да предлагат услуги за избелване, използвайки 0,01% концентрация на водороден пероксид.

Професионална етика

Зъболекарите във всяка Европейска държава трябва да се съобразяват със съответните етични принципи. Дали формално изразени като закони, клетви или като писмени указания тези принципи се отнасят до техните връзка с пациенти, други зъболекари и широката общественост. Най-разпространеният метод за предоставяне на етични насоки на зъболекарите са чрез съставянето на Етичен кодекс. Това обикновено е изготвен и съблюдаван от Националната дентална асоциация или в някои държави от отделния регулиращ орган (например, както в Франция, Исландия и Обединеното кралство). Прилагането на тези кодекси по ПЕ е обикновено в ресора на етични комисии на местно ниво. Професионалното и друго поведение на зъболекарите обикновено също е така уредено от специфични закони (като денталните актове в Норвегия и Исландия), по-общи медицински закони (например в много на новите страни членки на ЕС и в Австрия, където зъболекарите трябва също да приемат „Хипократовата клетва“), както и законите относно професионалното и бизнес поведение.

Стандарти и мониторинг

Въпреки че заплахата от жалби от страна на пациентите вероятно все още е най-силния „контрол“ върху стандартите за добро качество на грижата, все повече здравни системи имат други механизми за мониторинг на практикуващите ДМ. Те включват външно „предварително одобрение“ на скъпи или сложни лечения, стимули или правила за участие в продължаващо СДО, както и по-основен контрол върху ниво на таксуване и модели на лечение на отделните практикуващи. Някои от най-широките вариации в денталната практика в цяла Европа са свързани с мониторинг на стандартите. В повечето страни мониторингът не е на качеството на грижите, а е просто един административен контрол, за да се гарантира, че пациентът е бил таксуван с правилната сума за вида и обема на получено лечение. Едва в няколко страни има „преглеждащи зъболекари“, които прегледат пациентите на избрани зъболекари, за да удостоверят, че зъболекарят справедливо е поискал плащане за свършена работа. В тези страни обаче повечето повторни прегледи са резултат от пациентски оплаквания. В някои страни заплахата от оплаквания на пациенти предлага единствената реална форма на натиск върху зъболекарите.

Реклама

В ЕС / ЕИП има огромни различия по отношение на това какво представлява „реклама“, в нейния истински смисъл, когато се прилага към публикуване на информация за ЛДМ и техните практики. Така че в много страни дори влизане в „Жълтите страници“, класифицирани телефонни директории и т.н, могат да бъдат отчетени като реклама. В следващите страни правилата са много строги и на практикуващите е забранена всякакви публична форма на съобщения: Белгия, Франция, Гърция, Исландия, Малта, Португалия, Румъния, Словакия. Рекламата при първото откриване на дентална практика е разрешена само в Хърватия, Кипър и

Словения. В Унгария е разрешена само ограничена реклама. Уебсайтове. За разлика от правилата, свързани с рекламата почти всички държавите разрешават използването на уебсайтове за дентална практика – не важи за Люксембург и Малта. Ръководство за директивата за електронната търговия е разработена от CED.

Защита на данни

Всички страни от ЕС, Норвегия и Швейцария имат приета Директива за защита на данните на ЕС в тяхното национално законодателство. Националното законодателство в Исландия обхваща тази област за практикуващите ДМ.

Застраховка за обезщетение

Във всички страни от ЕС / ЕИП, професионална застраховка за обезщетение гарантира, че е налице подходящо обезщетение за пациенти, които са били увредени по някакъв начин. Това защитава практикуващите от фалит след заплащане на обезщетение и съдебни разноски, ако възникне иск срещу тях. В някои страни обаче това обезщетение/ застраховка не е задължителна. Осем държави съобщиха, че задължителните или незадължителните застраховки за обезщетение може да обхванат ЛДМ, който работи в друга държава - въпреки че обикновено това е съседна държава в близост до границата или алтернативно в която и да е държава, но за ограничен период (обикновено се измерва в месеци).

Корпоративна практика

Повечето държави разрешават на зъболекарите да установят своите практики като дружества с ограничена отговорност (корпоративни органи). Само в Германия, Ирландия и Малта са напълно ограничени. Няма информация за Люксембург.

Здраве и безопасност при работа

Всички държави от ЕС / ЕИП имат правила за защита на здравните работници и пациенти, като превенцията на кръстосана инфекция. Увеличаване на броя на артикулите и използването само на материали за еднократна употреба – например игли и ръкавици е широко разпространен. Препоръчват се ваксинации срещу определени заболявания, особено хепатит В за дентални работници, а в много страни ваксинацията срещу хепатит В е задължителна.

Йонизиращо лъчение

Всички държави имат регулации, свързани с използването на рентгенологично оборудване, което обикновено включва задължителна редовна проверка на машините и честа регистрация в централна база данни. Всички ЛДМ изучават свойствата на йонизиращото лъчение. Въпреки това, в повечето страни правенето на рентгенографии не е правно ограничено за лекарите по дентална медицина. По практики, но и други дентални специалисти могат да извършват тази манипулация, ако имат необходимото образование и са преминали обучение.

Опасни отпадъци

Отново всички държави имат регулации, свързани със съхранението, събиране и обезвреждане на отпадъци, включително клинични отпадъци. На особено значение за

денталните практики е събирането на отпадъци от амалгама. Всяка държава сега препоръчва монтирането на „Сепаратори за амалгама“ - които събират амалгамените отпадъци преди да достигнат до основната дренажна система. Въпреки това повечето държави настояват те да бъдат оформени като задължително изискване. Понякога това е необходимо само във ново инсталирани структури, но често това е задължително изискване във всяка практика, независимо дали е нова или не. Само Дания е била добавен към този списък от 2008 г.

3.1.2 Дентални практики в Европейските страни-регистрация и качество на грижите

Хърватска

Качеството на грижите

Държавните органи предоставят правила за помещенията, оборудването и квалификацията, необходима за осигуряване на дентална помощ. Държавата застрахователна компания (HZZO) предоставя списък на услугите, обема и цената на всяка услуга, предоставяна от държавата. Хърватската Стоматологичната камера описва стандартите, необходими за изпълнението на тези услуги. Таксуването активно се проверява от HZZO, за да се гарантира, че фактурите отразяват количеството свършена работа. Рентгеновите лаборатории и тяхното оборудване са строго съблюдавани от властите. Правата на пациента са защитени от Закона за Защитата на правата на пациента (2004). Хърватската камера има експертна комисия със система за контрол на качеството независимо дали касае частния сектор или чрез HZZO. Оплакванията на пациентите трябва първо да се поемат от съответния дентален лекар. Правата на пациентите са защитени от закона и ако са недоволни, могат подадат оплакване до Камарата. Доказаните вреди се възстановяват от застрахователното дружество, което има договор с Камарата.

Регистрация За да се регистрира в Хърватия, зъболекар трябва да има призната степен или диплома, присъдена от университета и са завършили година на задължително обучение или „пребиваване“ под надзора на опитни зъболекари. Поне 6 месеца от това обучение се предприемат в дентално училище и 6 месеца в един от опитни частни или обучителни кабинети. Има практическо и теоретично обучение, което се заплаща. След това обучаващият се зъболекар трябва да положи държавен изпит, проведен в Министерството на здравеопазването. След полагане на този изпит лекарят по ДМ получава лиценз от хърватската камера и може да работи независимо. Зъболекарите, които са завършили извън Хърватия, не се нуждаят от приравняващо професионално обучение, ако са от страни от ЕС. Зъболекарите от страни извън ЕС / ЕИП трябва да преминат писмен изпит, като потвърждение на тяхната квалификация. Няма такса за регистрация в Хърватия.

Кипър

Регистрация става съгласно Закон за регистрация на зъболекарите 2004. За да може да се занимава със стоматология в Кипър, първо е задължителна регистрацията в Кипърския стоматологичен съвет, за признаване на титлата му. След това, за да практикуват професия, той / тя трябва да бъде регистриран в Кипърската Зъболекарска

Асоциация (професионалното тяло), така че всички стоматолози са членове. Ако зъболекар от ЕС иска да бъде установен в Кипър, той също трябва да бъде регистриран както с CDC, така и с CDA, но за зъболекар, който иска за предоставяне на услуги за ограничен период от време, регистрацията е необходим е само CDC. Независимо от това, с новата директива, новото хармонизирано законодателство гласи, че ако зъболекар иска да предостави услуги, тя / той ще трябва да има проформа регистрация в професионалната асоциация.

Готовност за практикуване / Дисциплинарни въпроси

Оплакванията на пациентите се представят пред кипърския зъболекар, Асоциацията и пред Съда, в зависимост от естеството на оплакването. Дисциплинарната комисия на кипърската асоциация преценява оплакванията. Зъболекари и от публичния и от частния сектор членуват в състава на комисията. Обикновено средствата за защита са свързани с парична компенсация. Окончателната санкция на професионалния орган може да бъде отнемане на лиценза за определено време. Окончателната санкция на съда може да бъде парична сума, която трябва да се плати на пациента като наказание. Правото на обжалване се основава на националното законодателство.

Чехия

Качество на грижите

Денталната камара се намесва, когато пациент се оплаква от качеството на грижите. Жалбата може да бъде подадена до: Здравноосигурителното дружество, Денталната камара до Регионалната власт . Окончателните жалби се обработват от Регионални дентални колегии. Правомощието да проверява професионалните злоупотреби на стоматолог или етичните погрешни решения се носи от съответните професионални дисциплинарни органи - Почетните съвети на Регионалните стоматологични камари и Почетния съвет на Чешката стоматологична камара.

Готовност за практикуване / Дисциплинарни въпроси

При подадена основателна жалба до регионалния Почетен Съвет на Чешката дентална камара резултатите от оплакването могат да бъдат порицание, неустойка или дори загуба на лиценз (зъболекарят не може да бъде спрял да практикува незабавно). Във всеки случай сериозно нарушаване на закона може да бъде отнесено до съда и дори да доведе до лишаване от свобода. Жалбата се изслушва от професионален орган - Регионалният одитен съвет на Чешката дентална камара. Възможно е обжалване пред висшия дисциплинарен орган на Чешката дентална камара.

Дания

Качеството на грижите

Регионалните съвети наблюдават стандартите и разходите за орални здравни услуги. Това става главно чрез одит на лечението. Всеки зъболекар трябва да представи брой лекувани случаи, за да поиска обществена субсидия. Всеки зъболекар, който провежда конкретни лечения повече или по-малко от 40% от средните за региона трябва да даде обяснение. Датската програма за оценка на качеството на здравеопазването е предназначена да подкрепи непрекъснатото подобряване на качеството на

здравеопазването в Дания. По принцип програмата за качество включва всички клинични пътеки за пациенти в здравните заведения. Програмата включва всички датски обществени болници, включително тяхното сътрудничество и отношения с други институции и сектори. Намерението е в следващите си версии Програмата постепенно да се разширява, за да включи останалите сектори на здравните услуги, включително частни здравни грижи институции и доставчици, които сключват споразумения с обществени здравни фондове.

Готовност за практикуване / Дисциплинарни въпроси

Има две системи, до които се адресират пациентските оплаквания. Единият се отнася до оплаквания срещу зъболекари, работещи със „съгласието на дентални грижи за възрастни ”- (Tandlægeoverenskosten) и други към всички останали оплаквания (Patientombuddet). Системата за подаване на жалби към Tandlægeoverenskost е управлявани в регионите от комитети.Санкциите могат да варират от порицание до препоръка да се отнеме разрешителното за практикуване. Решенията могат да бъдат обжалвани.Системата под Tandlægeoverenskosten също се занимава с парични въпроси , но касае задължителна застраховка на пациента и отпуска обезщетение на доказано засегнати пациенти. Службата Patientombuddet се занимава с оплаквания от един зъболекар за друг. Правилата за защита на данните следват директивите на ЕС.

Естония

Готовност за практикуване / Дисциплинарни въпроси

Ако лечението е незадоволително за пациентите, те могат да предявят иск до Бюрото за защита на потребителите. За дисциплинарни цели оплакванията от пациенти се изследва чрез нарочна комисия по Качество на лечението, която се назначава от Министерството на Социалните Въпроси и Дела, отдел за Надзор на здравеопазването. Пациентът може също да напише жалба до Комисията за защита на потребителите, но те препращат жалбата до отдела за Надзор на здравеопазването. В Комисията за качество на лечението има един зъболекар, който се назначава от Министерството на здравеопазването, като стоматологичен съветник. Ако е бе необходимо да се прегледа пациентът, подал жалба, това се прави от комисия, посочена от лекаря експерт. Ако се докладва на Комисията за качество на лечението, че качеството е под стандартното, тогава те могат да дадат препоръки на колегата, да изискат той да предприеме и премине допълнителни квалификационни курсове, или могат временно да прекратят разрешителното му за работа, докато докладвания дефицит не бъде отстранен. Денталният съветник е член на борда на Естонската дентална асоциация. За обжалване срещу това, което те считат за неблагоприятно решение пациентът или лекарят / зъболекарят могат да подадат жалба до Съда.Естония има Закон за защита на данните и всички зъболекари, които кандидатстват за разрешително за работа, първо трябва да има разрешително от службата за защита на данните. Директивата на ЕС е приета от Естония.

Филандия

Качеството на грижите

Въпреки, че държавните органи дават препоръки на зъболекарите, например за материали за obturation или хигиенни протоколи, стандартите за дентална помощ не се съблюдават активно във Финландия, когато се касае за частна практика. Единствената рутинна система е случайна проверка на фактурите от KELA- местната НЗОК. Прави се оценка на средната цена за пациент и се следи, дали фактурираната сума отговаря на обема извършени манипулации. Грижите, предоставяни в здравните центрове, подлежат на проверка на качеството. Оплакванията на пациентите обикновено се поемат от Националния Надзорен орган за благополучие и здраве или от Съвет по жалбите, допълнен от пациентски омбудсман. Също така, тъй като от 1987 г. влиза в сила Закон за увреда на пациентите е създаден застрахователен фонд за пациентите, който може да обезщетява наранявания получени по време на лечението. Застраховката за професионална отговорност обаче е включена в членския внос на финландската дентална асоциация. Рентгеновите кабинети се следят стриктно.

Готовност за практикуване / Дисциплинарни въпроси

Надзорът над практиката по медицинската и дентална медицина се осъществява от Националния надзорен орган за благополучие и здравеопазване, като към него се подават около 15 жалби от ЛДМ всяка година. Друг път за подаване на оплакване може да бъде местната изпълнителна власт. Има и жалби към Съвета на потребителите, които касаят само частни практики това прави общ обем от около 30 жалби срещу зъболекари годишно. Последствията от жалбата, която е уважена, могат да бъдат: 1. писмено предупреждение, напомняне за задължение за упражняване на адекватни грижи, 2. предупреждение или дори ограничение на правото да се упражнява дентална медицина. Има и местни омбудсмани за потребителите. Когато има проблем, потребителят може да се свърже с потребителския съветник към съответната му община. Съветникът ще предостави на потребителя информация за неговите права, потребителски стоки, тяхното качество и маркетинг. Тази общинска услуга се предоставя безплатно. През 1993 г. влиза в сила Закон за правата на пациентите. Законът засяга правото на информация на пациентите, правото да имат достъп до медицинските си документи и правото на самостоятелност. Със същият закон е въведен и медицински омбудсман, чиято роля обаче е изцяло консултативна.

Франция

Качеството на грижите

Уставът на социалноосигурените граждани позволява пациентите да поискат експертиза за проведено лечение, в случай че той / тя не е удовлетворен/а от лечението или ако е необходимо се провежда преглед. Жалбите могат да бъдат изпращани или до Служби за социално осигуряване или до Министерския съвет на Ordre National или следвайки стандартната правна процедура. В случай на съдебни спорове практикуващият може да бъде подпомогнат от колега. Никой закон обаче не предвижда „гаранция за резултат“. Домашни посещения се извършват при поискване, предоставят се намален обем здравни грижи за трудно подвижни, лежачо болни пациенти или инвалиди. Веднъж заявена, ЛДМ трябва да предостави услугата.

Готовност за практикуване / Дисциплинарни въпроси

Когато става въпрос за конвенционален конфликт, случаят се разглежда от комисия, съставена от ЛДМ и представители на професионалните организации, които са сключили договор. Санкциите могат да бъдат от финансови санкции до временно ограничаване на практиката или заличаване от регистъра.

Германия

Качеството на грижите

Стандартите за дентална помощ се контролират от федерална комисия за дентална помощ (Gemeinsame Bundesausschuss). Както болничните фондове, така и федералните органи за дентална помощ (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung) са представени в тази комисия. Нейната основна роля е да се определи обхвата на необходимите лечения, които трябва да бъдат покрити от задължителния фонд за заболявания. Това включва и одобряването на нови лечения или използване на нови материали. Друга отговорност на комисията е за да се определи стойността на всяко лечение по отношение и на други елементи и грижи. Рутинният мониторинг се осъществява от KZV и се състои в проверка на фактури и обем работа, извършена от всеки зъболекар. Зъболекарите, извършващи значително повече или по-малко манипулации от средното ниво, трябва да обяснят тази аномалия. Други мерки за осигуряване на качеството са пациентски жалби и процедури за получаване на експертно становище. За стоматолозите в практиките с държавно финансиране механизмите за контрол и мониторинг на грижата са тези, описани по-горе. Същата рамката за мониторинг се прилага и при пациенти, които сами заплащат цялата стойност на лечението и в последствие са обезщетени от застрахователни дружества. Заплахата от оплаквания от пациентите има пряк ефект върху качеството на грижите на повечето зъболекари. Домашни посещения се правят от самостоятелно заети зъболекарите за съответните им пациенти или от тези, с които имат сключени договори с домове за възрастни хора или друга институция.

Готовност за практикуване / Дисциплинарни въпроси

Ако пациент се оплаква от лечение, камарата и KZV имат комисии по жалби. При подадена жалба, се търси второ мнение от опитен, безпристрастен ЛДМ, назначен от местната дентална камера. Ако този зъболекар прецени, че първоначалната грижа е била незадоволителна след това манипулацията трябва да се повтори без допълнително заплащане от пациента. И при двете процедури за подаване на жалби, зъболекарят има право на обжалване в комисията по жалбите. За сериозни оплаквания от злоупотреба има назначени арбитражни съвети. Санкциите от съда по професионално право могат да бъдат: устно или писмено предупреждение, административна глоба (до 50 000 евро) или временно или постоянно отнемане на лиценз. По-тежките санкции са много редки.

Гърция

Качеството на грижите

Националното правителство носи основната отговорност за заплащане на такси, количество и качество на работа и заедно с Hellenic Dental Association - HDA – следи за етичното поведение на лекарите по дентална медицина. За манипулации, заплатени по

схемите за социално осигуряване, стандартите за дентална помощ се наблюдават от наети стоматолози на непълно работно време от НЗОК. Те преглеждат пациенти след лечение, което изисква предварително одобрение, но не извършват произволни проверки. По етични причини са ограничен до преценка дали лечението е било завършено - „обемът“ на лечението и не може да коментира качеството на извършената работа.

Готовност за практикуване / Дисциплинарни въпроси

Сериозни оплаквания от пациенти се насочват към Централния Дисциплинарен съвет на Министерството на здравеопазването и благосъстоянието и в НЗОК, има и дисциплинарни съвети в болниците и в местните здравни центрове. Освен това дисциплинарите състави на всяка местна дентална асоциация разглежда жалби. Когато оплакванията не се дължат на недоразумения, пациент може да бъде прегледан от експерт зъболекар, университетски представител. Теоретичната крайна санкция или за частен практикуващ или стоматолог, работещ с НЗОК, е отнемането на правото да практикува. Въпреки това санкциите, които обикновено се прилагат, се ограничават до предупреждения и финансови санкции. Зъболекарите имат право на обжалване в рамките на този процес пред дисциплинарната Комисия на Гръцката стоматологична асоциация. В крайна сметка пациентите също имат право да обжалват решението, позовавайки се на наказателното право.

Унгария

Качеството на грижите

Има задължителна вътрешна система за осигуряване на качество за онези доставчици на стоматологични грижи, които са сключени с договора Национална здравноосигурителна компания.

Готовност за практикуване / Дисциплинарни въпроси

Жалбите на пациентите относно държавни или частни грижи могат да бъдат изпращани до доставчиците на дентална помощ, към Националното обществено здраве & Служба за медицински служители или пред съда. (Етичните оплаквания се преценяват от Комисията по етика на Медицинската камара). Има упълномощени регионални юридически представители за пациенти. Най-сериозното наказание е, че зъболекар може да загуби лиценза си да практикува, но това е много рядко, или може също да бъде порицан. Възможно е обжалване на по-горна инстанция и накрая пред съдилищата. Само Унгарският етичен съд може отнеме лиценза за практикуване на практикуващ.

Исландия

Качеството на грижите

Качеството на грижите се следи от главния лекар на служба в Дирекция по здравеопазване, най-вече след оплаквания на пациенти. Исландското здравно осигуряване извършва и основни статистически анализи на данните за моделите на лечение, предоставяни от всеки зъболекар и всеки практикуващ. Ако профилът съществено се различава от нормата, ще трябва да обясни защо. За повечето

незначителни проблеми исландското здравно осигуряване предупреждава стоматолога; по-сериозните случаи се отнасят до Комисия за връзка, където както исландското здравно осигуряване, така и стоматологичната асоциация имат свои представители.

Ирландия

Качеството на грижите

За лечение, осигурено по държавна схема, стандартът на стоматологичните грижи се наблюдават главно от финансиращия орган, Централни платежни съвети на Департамента по социални въпроси. Това се прави това по два начина. Първо, лечебните протоколи на зъболекарите се наблюдават, за да се види дали те се различават значително от съществуващите норми. Второ, Отделът за социална защита използва прегледи на зъболекарите за проверка на качеството и количеството на работата на зъболекарите. Тези проверки се извършват на случаен принцип или в отговор на конкретни оплаквания. Лекуващия зъболекар трябва предварително да е известен за проверката и прегледът да се насочи във време удобно за всички страни. В допълнение работата на всички ЛДМ се следи рутинно поне веднъж на 5 до 7 годишен период, за да се гарантира качеството на лечението. Оплакванията, свързани с частната стоматологична помощ, обикновено са адресиран до лекуващия зъболекар директно от първата инстанция. Ако оплакването или спорът не могат да бъдат разрешени, пациентът може да отнесе жалбата до Регулаторния орган към Стоматологичният съвет на Ирландия или да заведе граждански иск в съда. В крайна сметка, Стоматологичният съвет има законова отговорност да насърчава спазването на високи стандарти на професионалисти образование и да се гарантират високи стандарти на професионално поведение сред зъболекарите. Служба за доброволно посредничество е създадена от Ирландската стоматологична асоциация през 2012 г., която се оказва много успешна при разрешаването на спорове.

Италия

Качество на грижите

„Клинични препоръки“ са разработени от няколко университета и научни и професионални асоциации, включително ANDI и AIO. През 2012 г. те са одобрени за употреба от Министерство на здравеопазването. И публичните, и частните практики са проверени или разкрити с „разрешително“ от областната здравна служба (ASL), което означава, че те трябва да спазват определени професионални и структурни стандарти, които може да са различни от регион до регион. Освен задължителните стандарти, някои региони са развили и наложили допълнителни стандарти за акредитация, за да се разреши работа по договор с НЗОК. Съгласно проучване за 2012 г. от ANDI (Servizio Studi, в сътрудничество с Института ISCO) 93% от италианците силно се доверяват на зъболекарите си със същото ниво на доверие, на което те имат към семейния си лекар.

Стандарти

Няма официален мониторинг в нито един сектор, освен в случай на оплакване от пациента. Оплаквания от пациенти от частна практика биват насочени към съответната етична комисия. В Обществената служба те първо се преглеждат от клиничен зъболекар, който теоретично има силата да отнеме разрешителното на дадения

зъболекар. На практика това никога не се случва и случаите вместо това се разглеждат от Регионален съвет от специалисти, които в крайни случаи могат да ги насочат към етичните комисии.

Латвия

Качество на грижите

Компетентният орган, който поддържа регистрацията на зъболекарите и тяхната акредитацията по дентална практика (на всеки пет години) е Здравна инспекция (НИ), в сътрудничество с Център по Дентална Медицина. От 2001 г. тази агенция работи в съответствие с националните разпоредби - с инструкции по отношение на работното пространство, апаратите и денталните технологии, налагане на стандарти за минимални изисквания за денталната практика. Документ, базиран на доказателства, методи и технологии е разработена през 2002 г. и е в сила от 1 юли 2003 г., във всички регистрирани практики. Този документ е предназначен за мотивиране на целия зъболекарски персонал да посещава курсове по СДО. Качеството на работа се оценява от инспекторите на НИ и експерти на денталните асоциации. В рамките на оценката се анализира документацията и текущата клинична ситуация. Експерти за професионално сертифициране към Комисията се назначава от денталните асоциации.

Готовност за практикуване / Дисциплинарни въпроси

В случай на оплаквания се извършват прегледи от Здравния Инспекторат (НИ) чрез участието на експерти от професионалните асоциации. Прегледи се провеждат главно в случаи на оплаквания, които през повечето време са свързани с получаване на финансова компенсация. Има определена процедура за защита правата на пациентите. Човек може да се обърне към ЗИ като независима държавна институция, с искове съгласно процедурата за разглеждане на рекламации. Според процедурата документите се преглеждат и от двете страни, включващи представители на пациенти и експерти от професионалните асоциации, които оценяват фактическата ситуация. Претенциите се анализират въз основа на медицински показания. В случаи, когато искането е неоснователно, НИ предоставя подробна информация, обяснение на ситуацията в момента и дава обосновка за своето решение. В случаите, когато претенцията е основателна, НИ издава заключение за нарушението, предвиждащо възможност за уреждане и отстраняване на неизправности. Исковите се подават в съда, ако не се постигне решение или е необходимо решение на съда за обема на финансовото обезщетение за пострадалата страна. Професионалната организация може да назначи на зъболекаря допълнително следдипломно обучение или в специални случаи може да вземе решение да отнеме разрешителното на професионалиста. Зъболекарите имат право на обжалване.

Литва

Готовност за практикуване / Дисциплинарни въпроси

Възможно е оплакване от пациент, което може да бъде подадено към здравноосигурителното дружество, дентална камара, Министерство на здравеопазването на Република Литва, Държавната инспекция по медицински одит (SIMA). В случай на нарушаване на професионалната етика или правила за

практикуване на денталната медицина или причиняване на вреда на пациент има редица наказания, които обикновено се прилагат от етичните комисии на денталната камара - в регионални отделения на камарата. Комитетът за възстановяване на щети към Министерството на здравеопазването, Държавния инспекторат по медицина и стоматологичната камара винаги са ангажирани с одита в следствие на подадената жалба. Санкциите могат да включват порицание, неустойка или дори загуба на лиценза за практикуване (зъболекарят не може да бъде спрян незабавно). Всяко сериозно нарушение на закона може да бъде насочено към съда и дори води до лишаване от свобода.

Люксембург

Качеството на грижите

Стандартите за дентална помощ се наблюдават от независимо тяло, наречено *Contrôle Médical*, в което работят трима зъболекари които проверяват стандарта за предоставяне на грижи. Зъболекари, чиито модел и цена на грижите значително се различават от средните може да се разследва. Един неблагоприятен доклад може да доведе до дисциплинарни последствия за зъболекаря. Независим орган - Комисията за надзор разследва евентуални оплаквания. Извън системата за болничен фонд, пациентът може да се оплаче на *Collège Médical*, но само по въпроси засягащи професионалното поведение на ЛДМ, а не качеството или количеството грижи. В рамките на болничния си застрахователен фонд, пациентът може да подаде жалба до комисия по наблюдение, която може да предаде жалбата на съвет начело със съдия. В крайна сметка разрешителното за практикуване на ЛДМ може да бъде отнето. Съществува и механизъм за обжалване.

Малта

Годишна проверка от здравните инспектори гарантира, че всички зъболекари и клиники са регистрирани и функционират в съответствие с местните разпоредби определени от местния орган по стандартизация.

Готовност за практикуване / Дисциплинарни въпроси

Малтийските зъболекари се регулират от Закона за здравните специалисти, който влиза в сила на 21 ноември 2003 г. Оплакване може да подаде всеки, включително и незамесени в казуса лица. Достатъчно е просто писмо, за да започнете разследване. В публичния сектор жалбата се подава към отдел Обслужване на клиенти на здравния отдел. В частния сектор Медицинският съвет на Малта се занимава с такива въпроси. Ако зъболекар е осъден от който и да е съд в Малта за престъпление, наказуемо с лишаване от свобода за срок над една година или някое от престъпленията, споменати в конкретни раздели на Наказателния кодекс или е виновен за професионално или етично неправомерно поведение по каквото и да е отношение или по друг начин не е успял да спазва професионалните и етичните стандарти, след това действие неговото / нейното име може да бъде изтрито от регистъра, разрешителното замразено или временно спряно, да получат предупреждение или да им бъде наложена финансова санкция.

Нидерландия

Качеството на грижите

Качеството на денталната помощ се следи от професията по различни начини и акцент се поставя върху осигуряване на качеството и подобрене, а не контрол. Подобряването на качеството е постигнато чрез непрекъснато обучение, партньорска проверка и разработване на стандарти и сертифициране. Законът за здравните професии (BIG Act) е въведен за цялото здравеопазване и стоматология на 1 декември 1997 г. Целта му е да се насърчава и следи качеството на работата на професионалистите, практикуващи в цялата система на здравеопазване и за защита на потърпевшите от неопитно и небрежно лечение. Законът има четири значими последствия за ДМ, промяна в ревизирия регламент за квалификация, нова регистрация по закон, осигуряване на качество и преработен дисциплинарен кодекс. Актът е заменил редица съществуващите и остарели закони. Холандската здравна инспекция извършва периодични посещения в практиките. Списъкът за скрининг на дентални практики обхваща:

- ✓ клинична практика,
- ✓ контрол на инфекцията,
- ✓ изхвърляне на отпадъци,
- ✓ радиационна практика.

Те са в състояние да издават предупреждения и да инициират дисциплинарни процедури.

Регистър на качеството

През 2007 г. Stichting Kwaliteitsregister Tandartsen (Институт за регистър на качеството на зъболекарите) е създаден с цел за създаване на прозрачност в качеството на грижите на зъболекарите и по този начин допринася за безопасността на пациента. За да се постигне това, Stichting поддържа регистър на зъболекарите, които отговарят на петте стандарти за регистрация:

- ✓ безусловна регистрация в регистъра;
- ✓ спазване на кодекса на поведение и указания,
- ✓ изучаване на специализирана литература (240 часа за пет години);
- ✓ допълнителни курсове за обучение и опресняване
- ✓ консултации с колеги;
- ✓ установена процедура за подаване на оплаквания в практиката;
- ✓ извършва интервюта с пациенти на всеки пет години
- ✓ провежда „визитация” на всеки пет години (това е официално посещение за целите на проверката или изследване от колегите).

От 1 юли 2007 г. този регистър на качеството е достъпен за обществеността.

Готовност за практикуване / Дисциплинарни въпроси

Жалбите на пациентите могат да се обработват по три начина. Има общ дисциплинарен закон за професиите в здравеопазването. В този закон, оплакванията се разглеждат от един от петте регионални медицински дисциплинарни състави. В борда членуват 2 ма адвокати (включително председателя) и 3 ма зъболекари. Санкциите могат бъдат предупреждение, порицание, глоба или спиране / отстраняване от регистъра. Има и система, която е в съответствие със законодателството, където пациентите и колегите могат да подадат жалба срещу член на Асоциацията. Пациентът има възможност и да започне гражданско дело срещу зъболекаря.

Норвегия

Качеството на грижите

Стандартите в денталната практика се ръководят от няколко различни видове надзор. Надзорния съвет към Норвежкия съвет по здравеопазване е отговорен за мониторинга в областта на ДМ. Мониторингът се осъществява от определени служители на окръжната изпълнителна власт във всеки от 19-те окръга. Те обикновено използват назначени зъболекари, които да контролират и оценяват денталните медици според наложени стандарти, програми за осигуряване на качество и т.н. Норвежкия потребителски съвет е отговорен за огласяването на ценоразписите на ЛДМ и оферти на пациентите. Нов „регламент относно информацията за цените на стоките и услуги“ влезе в сила от 2013 г. Този регламент също обхваща професията и има конкретни параграфи, свързани с денталната медицина. Норвежкия орган по инспекция на труда е отговорен за мониторинг на условията на служителите, юридически, физически и психосоциални. Радиационната защита се следи от Норвежки орган за защита от радиация и изхвърляне на отпадъци от Норвежката агенция по околна среда. Насоките за „Добра клинична практика“ са въведени от Норвежка дирекция по здравеопазване през 2011 г. От 2008 г. използването на амалгама е забранена, поради прилаганите разпоредби от Министерството на околната среда, забраняващо използването на живак съдържащи продукти.

Готовност за практикуване / Дисциплинарни въпроси

Случаите, свързани с нарушения на етичния кодекс, първоначално се обработват от борда на местния клон на Денталната асоциация. Ако там спорът не е уреден, делото се внася в Съвета по дентална етика. Съветът може - в случаи на нарушаване на етичния кодекс – да предприемете действия, от които най-лошият сценарий е да се предложи на Съветът на NDA да прекрати членството на ЛДМ в Асоциацията. Исканията на пациентите не се обработват. Отговорността се счита за отделен въпрос и не е част от юрисдикцията на Съвета.

Полша

Качеството на грижите

Има редовни инспекции, както и такива след подадено оплакване. В повечето случаи те са инициирани от жалба, подадена от пациент.

Готовност за практикуване / Дисциплинарни въпроси

Дисциплинарната процедура се определя от Закона за Здравните професии. Дисциплинарни санкции се налагат с решение на Медицински съд, който е част от камарата. Регионалната и върховната медицинска комисия се състои от зъболекари и лекари. Случаите обаче твърдо свързана със стоматологичната практика се изслушват само от зъболекари. Други проблеми с етичния кодекс могат да бъдат поети за разглеждане и от лекари. Проверки за професионална отговорност и за регионалните съдилища във всеки от 24-те регионални съдилища се прави с поне един проверяващ в състава на Върховния съд, който контролира спазване на правилата на етичния кодекс. В Полската камара работят и хора, които не специалисти по медицина, но предоставят съвети и помощ за зъболекари и лекари. Жалба от пациент се поема от съда. Той може да изготви наказателно производството или да заведе делото на регионален медицински съд.

Португалия

Качеството на грижите

Качеството на предоставяните грижи се следи от OMD и в повечето случаи, ако се установява измама или незаконна практика, виновните се преследват от съвместните действия на няколко обществени здравни органи. Жалбите на пациентите се разглеждат по два различни начина: от проф. организация и от съда. OMD издава редовно клинични и професионални регулаторни указания и наръчник за добра практика.

Готовност за практикуване / Дисциплинарни въпроси

Ако бъдат открити доказателства за *prima facie*, които подкрепят всяко оплакване, то може да бъдат отнесени до Етичния съвет на OMD за разследване. Съветът има силата да порицава зъболекаря, да го прекрати дейността за период до пет години или прекрати членството му в OMD. Всяко обжалване срещу решение на Съвета се отправя към административните съдилища. Нищо от горното не пречи на гражданските действия от страна на пациентите в съда. Зъболекарите също могат да обжалват пред съдилищата. В съдебния процес са включени и прокурори.

Румъния

Качеството на грижите

Само след оплакване на пациент, Смесена комисия (CSHIH и Румънските колегии на Дентални лекари) могат да дават преценка за качеството на работа в системата на NSHIH. Извън NSHIH, в либералната система качеството на денталната работа може да бъде съдени само от RCDP(Румънска колегия на дентално практикуващи). От гледна точка на качеството, Окръжната здравноосигурителна каса има право да контролира редовно дейността на зъболекарите, с които има договор, чрез инспекционна комисия, съставена от служители на CSHIH, в която може да има или да няма член зъболекаря. Стоматолог на пълен работен ден, който работи или в NSHIH, или в частен система има около 1000 до 1500 пациенти, които той счита за негов „списък“. Няма форма на дентална помощ по домовете.

Готовност за практикуване / Дисциплинарни въпроси

Жалба от пациент първо се разглежда от Местния съвет на Румънската колегия на ЛДМ (RCDP) и след това се препраща към професионална експертна комисия на RCDP. Жалбите, които не са удовлетворени, могат да бъдат изпращани до комисия от стоматологични експерти, номинирани от членове на RCDP с повече от 10 години опит. Комисия по дентални експерти на RCDP анализира случая и установява дали жалбата е основателна. Ако това е потвърдено, последствията за стоматолога са пропорционални на тежестта на фактите (медицински проблеми и оплаквания, финансови проблеми и оплаквания или и двете). RCDP налага поетапни санкции, които в крайна сметка могат да доведат до спиране на зъболекаря да практикува. Жалба може да бъде отнесена до правосъдната система. Окончателните санкции са утвърдени от окръжния съвет на Румънски колегии на дентални лекари на ниво окръг. Съдебните процеси са много редки. Зъболекарят може да обжалва пред Комисията за RCDP на национално ниво и след това до съдебни инстанции. Ако официална комисия на RCDP установява, че стоматологът е виновен, той трябва да повтори лечението, като покрие всички разходи.

Словакия

Качеството на грижите

Пациентите очакват висококачествено и дълготрайно функционално лечение, но това зависи от личната отговорност, уменията и професионални познания на зъболекаря. Стоматолози, които работят по споразумение със застрахователна компания, могат да бъдат контролирани от ревизиращи зъболекари. Това са зъболекари, наети от застрахователна компания; те контролира например фактурите, които зъболекарите изпращат на застрахователна компания от професионална (клинична) гледна точка. Въпреки това, в повечето случаи качеството се контролира от пациентските оплаквания. Пациентът може да подаде жалба до „ревизионен“ зъболекар, до общинските служби, до Контролния комитет на всяка регионална камара на зъболекарите, към държавния отдел надзор и контрол на Министерството на здравеопазването или директно до съда. Към 2008 г.е създаден контролен орган (Надзорният орган на здравеопазването), който отговаря за контрола на професионални нарушения на предоставяните здравни грижи.

Готовност за практикуване / Дисциплинарни въпроси

Санкциите срещу зъболекарите, които нарушават етичния кодекс, са определени в закона. Това може да доведе до порицание. Ако провинилия се многократно не спазва предписанията бива глобен от 300 евро до 1470 евро за нарушаване на задълженията на член на Словашката камара на зъболекарите. Санкциите могат да се налагат многократно. Крайната санкция е да бъде изключен от Словашката камара на стоматолозите. Този факт се обявява от отговорни органи (орган за наблюдение на здравеопазването).

Словения

Качеството на грижите

За зъболекарите, които имат споразумения с HHS, количеството на работата се следи от HHS. Те имат годишен договор с максимум, който могат да изпълнят. За частните зъболекари работата се следи от правителството в лицето на пазарната инспекция. За всички зъболекари качеството на работа се следи от денталната камара. Има рутинни проверки и също така, ако някой направи оплакване (пациент, други колеги, застрахователни дружества или Министерството на здравеопазването), Експертната медицинска комисия на Камарата извършва разследванията. Камарата има Експертна медицинска комисия, която разследва оплакванията срещу и качеството на грижите, предоставяни от Словенски стоматолози. Има и медицински съдилища, които са част от камарата. Този изпълнителен орган носи отговорност да се порицават зъболекарите или в крайна сметка да им се отнеме лиценза за работа, за цял живот. Съществува самостоятелна стоматологична комисия, която разглежда дентални въпроси. Професионалната зъболекарска комисия се състои от трима ЛДМ от различни специалности. Те не могат да присъждат обезщетение на пострадалите пациенти.

Испания

Качеството на грижите

Няма официален мониторинг на количеството или качеството на стоматологичната помощ.

Готовност за практикуване / Дисциплинарни въпроси

Ако пациентът желае да се оплаче от зъболекар или от цяла практика, това може да бъде или до Регионалната колегия, или Общински служби за защита на потребителите в кметствата или директно до съда. Жалбите се разглеждат от Деонтологична комисия, в която членуват само зъболекари. Тези комисии могат да арбитрират, да издават частни или публични предупреждения, да предупредят зъболекаря или в тежки случаи се обърнат към съда за заличаването му от регистъра. Зъболекарите имат право на обжалване пред General Consejo. Всички престъпни действия срещу пациенти се разглеждат от съда.

Швеция

Има закон за денталните грижи, който гласи, че всички шведски граждани имат право на качествена дентална помощ и добро дентално здраве при равни условия. Стандартите се наблюдават от регионалните Отдели на Националния съвет по здравеопазване и благополучие (NBHW или Socialstyrelsen). Органът е издал регламент, определящ качеството на услугите. Денталната служба също работи с помощта на система, наречена Лекс Мария, в която всички инциденти, които са причинили или биха могли да причинят сериозни наранявания, трябва да бъдат докладвани. Ако пациент се оплаче и зъболекарят не може да реши въпроса директно, има два механизма чрез които проблемите могат да се разрешат. Местни съвети за частна практика (съставени от зъболекари) и местни съвети за обществени стоматологични услуги (може се състои от хора от друга професия освен стоматологията) е единият начин. Другият начин е пациентът да подаде жалба до Инспекторат по здравеопазване и социални грижи (IVO). IVO разследва оплакванията в рамките на цялостните здравни и социални грижи и ако е необходимо, IVO може да препрати въпроса до Съвет за медицинска отговорност (HSAN). Членовете на Съвета

по медицинска отговорност се назначават от правителството и трябва да има специални познания и професионална квалификация по въпроси, касаещи здравеопазването. Лицето, което представя докладът относно денталните въпроси винаги е зъболекар. Съветът за медицинска отговорност (HSAN) е единственият орган, който може да приложи санкции. Има четири алтернативни санкции: предупреждение, замразяване на лиценза за пробен период или лицензът се прекратява. Най-честата причина за зъболекарят да загуби лиценза си е болест - по-рядко е престъпление и липса на умения. Обжалване на решение, взето от HSAN може да бъде направен пред окръжния съд в Стокхолм.⁹⁶

3.2. Денталната практика в България

Денталното здраве представлява съществена част от общото здравословно състояние на всеки човек, което обяснява и налага създаването и съществуването на специфична система от правила касаещи качеството на денталното обслужване. При условията на динамични промени в здравеопазването в основата на здравната реформа е заложена свободната дентална практика, която съдържа в себе си всички основни здравни и подпомагащи дейности, характерни за извънболничната дентална помощ. Тези дейности се нуждаят от ефективно управление, независимо дали лекарят по дентална медицина работи в самостоятелна или груповая практика, в дентален или в медико-дентален център. При всички форми на упражняване на свободна практика лекарят по дентална медицина носи морална, административна, гражданска и наказателна отговорност, както и отговорност пред съсловната организация – Български зъболекарски съюз (БЗС). Здравните дейности по дентална медицина са насочени към лечение на дентални заболявания, които по своя характер, комплексност и сложност включват лечебно диагностични мероприятия за задоволяване на търсената от населението дентална помощ, с която се предотвратява възникването на нови дентални и общи заболявания, както и взаимодействие с други подсистеми в здравеопазването и извън него, при осигуряване на комплексно дентално здраве.

3.2.1 Договаряне с изпълнителите на здравна помощ

Философията на договарянето е договорният модел на здравно осигуряване, основаващ се на отношения на социално партньорство. Този модел намира широко приложение в демократичните държави. Чрез договарянето се институционализира квазипазар в здравния сектор, чиито две страни са обобщен и синтезиран израз на търсенето (осигурените лица, представени от НЗОК) и предлагането на здравна помощ (съсловните организации). Право на договаряне с касата имат всички регистрирани изпълнители на здравна помощ по Закона за съсловните организации независимо от собствеността. Процесът на договаряне на финансовите взаимоотношения между НЗОК и изпълнителите на здравни услуги – здравни институции и практики, преминава през две фази.

I фаза – Национален рамков договор

Националният рамков договор (НРД) дава нормативните рамки за сключване на индивидуалните договори. Той се разработва отделно – за лекарите и за денталните лекари. Реализира се ежегодно, а от 2020 г.(31) важи за три години, като подготвя финансовите условия и изисквания за работа на изпълнителите през следващите години. В двата национални договора участват две страни – НЗОК и съсловните организации на лекарите и денталните лекари. Съгласно Закона за съсловните организации тези две неправителствени сдружения имат правото да представят цялата медицинска общност. Съсловните организации на фармацевтите и медицинските професионалисти също могат да участват в преговорите от страна на предлагането.

II фаза – Договори между НЗОК и отделните изпълнители

Договорите се сключват между директора на РЗОК (като представител на НЗОК) и отделните изпълнители на здравна помощ – обществени и частни здравни/лечебни заведения и частнопрактикуващи лекари, дентални лекари в съответния район – област. Предвидено е като изключение и сключване на договори за оказване на извънболнична помощ с лекари и дентални лекари, работещи в болница, при условие че в района няма достатъчно частнопрактикуващи лекари от същата специалност и не се нарушава дейността на болницата. Те не могат да бъдат по-неизгодни от НРД и се съобразяват с него. В тях се конкретизират изисквания и условия на оказване на медицинската помощ, на плащане и т.н. Не са обект на договаряне научна дейност и обучение на медицинските специалисти. . Условието и редът за сключване на индивидуалните договори съдържат: 1. условията, на които трябва да отговарят търговците на дребно на лекарствени продукти, както и реда за сключване на договори с тях; 2. правата и задълженията на страните по договорите; 3. условията и реда за извършване на дейностите от търговците на дребно с лекарствени продукти; 4. критериите за качество и достъпност на дейностите по т. 3; 5. документация и отчетност; 6. задълженията на страните по информационното осигуряване и обмяна на информация; 7. видовете санкции при нарушаване на договорите, както и реда за налагането им. В първите 10 години на задължителното здравно осигуряване НРД се изготвя като един документ, съдържащ общи положения и отделни части за видовете медицинска помощ, както и други елементи. Подписването е на един общ договор. От 2010 г. (изм. в ЗЗО, ДВ, бр. 101 от 2009 г. в сила от 01.01.2010 г.) НЗОК и Българският лекарски съюз приемат чрез подписване НРД за медицинските дейности, а НЗОК и Българският зъболекарски съюз приемат чрез подписване на Национален рамков договор за денталните дейности.

През 2011 и 2012 г. са на лице два отделни НРД. През 2013 г. има подписан само НРД за денталните дейности. От 1 януари 2019 г. Националните рамкови договори се приемат за срок от три години, като е предвидено актуализиране по искане на една от страните. Ежегодно се предоговарят с анекс цените на дейностите и други текстове при необходимост. Изготвянето на НРД за денталните дейности се извършва от 9 представители на НЗОК и 9 представители на Българския зъболекарски съюз след внасяне на средносрочна бюджетна прогноза. Статутът на съсловните организации и редът за определяне на представителите им за участие в изработването и приемането

на НРД се уреждат със Закона за съсловните организации на лекарите и на лекарите по дентална медицина. Представители на НЗОК за подписване на НРД са членове на надзорния съвет и управителят на НЗОК. Националните рамкови договори се приемат с мнозинство от не по-малко от 7 представители на НЗОК и 7 представители на съсловните организации на лекарите, съответно на лекарите по дентална медицина. Националните рамкови договори се приемат не по-рано от обнародването на бюджета на НЗОК за следващата година и не по-късно от последния работен ден на текущата година. Министърът на здравеопазването съгласува приетите по указания ред НРД в 14-дневен срок от представянето им и ги обнародва в „Държавен вестник“. Когато Националният рамков договор за медицинските и съответно за денталните дейности не бъдат приети при условията и в сроковете, определени в този закон, се прилагат действащите до момента НРД.

Обхват на НРД

Обхватът на НРД се регламентира най-общо със ЗЗО. Подробно съдържание на основните пакети за първична, специализирана, болнична и диспансерна помощ се публикува от МЗ в специални наредби и това трябва да предшества договарянето и подписването на договора. В първите три НРД обхватът на видовете медицински и дентални дейности се описва много подробно. С НРД 2003 г. се въвежда по-обобщено представяне на обхвата на заплащаната медицинска помощ, но в договора се съдържа и подробна регламентация на отделните видове дейности от пакета. Националната здравноосигурителна каса заплаща за оказването на видовете медицинска и дентална помощ по чл. 45, ал. 1 ЗЗО, с изключение на зъботехническа помощ и транспортни услуги по медицински показания. Медицинската и денталната помощ се определя като основен пакет, гарантиран от бюджета на НЗОК съгласно съответната годишна наредба за определяне на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК.

Медицинската и дентална помощ е:

- ☐ първична извънболнична медицинска помощ (ПИМП);
- ☐ специализирана извънболнична медицинска помощ (СИМП), включваща високоспециализирани дейности (ВСД) и медико-диагностични дейности (МДД), които включват и високоспециализирани медико-диагностични дейности (ВСМДД);
- ☐ извънболнична дентална помощ (ИДП), която включва първична извънболнична дентална помощ (ПИДП), и специализирана извънболнична дентална помощ (СИДП);
- ☐ болнична помощ (БП), включително и високоспециализирани медицински дейности, извършвани в болнични условия.

В ЗЗО (в сила от 01.01.2012 г.) в чл. 45 видовете медицинска помощ се описват по-разгънато и са отразени многократни промени, като се включват профилактични медицински и дентални дейности, услуги по долекуване и продължително лечение, медицинска помощ за здравно неосигурени бременни и родилки, транспортни услуги

по медицински показания и др. Медицинската помощ с изключение на лекарства, медицински изделия и диетични храни, предписвани и заплащани от НЗОК, се определя като основен пакет, гарантиран от бюджета на НЗОК.

3.2.2 Изисквания на НЗОК за сключване на договор за дентални дейности

Най-общо по смисъла на новия НРД 2020-22 за дентални дейности, условията и редът за сключване на договори с Националната здравно-осигурителна каса (НЗОК) като източник и гарант на плащане за извършена медицинска дентална дейност спрямо здравноосигурените лица се състоят в общи и специални такива. Съгласно чл. 16 от НРД, като общи условия и ред следва да се посочат следните условия за изпълнителите на дентална помощ:

а) не са с отнети права да упражняват медицинска професия в Република България – за лекарите по дентална медицина, които ръководят, съответно работят в лечебното заведение; б) лекарите по дентална медицина, които ръководят, съответно работят в лечебните заведения, са членове на съответната РК на БЗС; в) лекари по дентална медицина – граждани на държави – членки на Европейския съюз, и други членки на ЕИП, Швейцария, както и на трети държави, отговарят на условията на закона и НРД; г) лекарите по дентална медицина, които работят в съответното лечебно заведение за извънболнична помощ, не са членове на Териториална експертна лекарска комисия (ТЕЛК)/Национална експертна лекарска комисия (НЕЛК);

Условията, които излизат от обхвата на гореизброените са тези, които се характеризират с изключително административен и формален характер, определят се като специални и са изрично изброени в НРД 2020-22. Страна по договор за оказване на извънболнична дентална помощ с НЗОК може да бъде лечебно заведение, което отговаря на общите условия по чл. 16, ал. 1, т. 1 и на специални условия, като: 1. регистрация съгласно ЗЛЗ в ИАМН/РЗИ с адрес, на който се осъществява дейността, намиращ се на територията на съответната РЗОК, с предмет на дейност/дейности, за който желае да сключи договор; 2. разполага и поддържа за срока на действие на договора изискуемо дентално и техническо оборудване и обзавеждане съгласно приложение № 4 „Изисквания на НЗОК за сключване на договор с изпълнители на извънболнична дентална помощ“. Лечебните заведения за ИзвбДП, желаещи да сключат договор със съответната РЗОК, на чиято територия е регистриран адрес, на който се осъществява дейността, представят заявление по образец, утвърден от управителя на НЗОК, към което прилагат множество документи, като например: 1. данни за идентификационния код на търговеца или кооперацията от търговския регистър, а за дружествата, регистрирани в държава – членка на Европейския съюз, или в държава, страна по Споразумението за Европейското икономическо пространство – документ за актуална регистрация по националното законодателство, издаден от компетентен орган на съответната държава; 2. копие от удостоверението за регистрация на лечебното заведение в ИАМН/РЗИ с всички адреси на лечебното заведение; 3. декларация на хартиен носител по образец, посочен в приложение № 4, за

дейността на лечебното заведение за ИзвбДП; 4. удостоверение за актуално членство в съответната РК на БЗС с номер от националния регистър (ЛПК) по смисъла на чл. 13, ал. 1, т. 3 ЗСОЛЛДМ, издадено от съответната РК на БЗС, както и декларация, че не са с отнети права да упражняват дентална медицинска професия в Република България – за лекарите по дентална медицина, които работят в лечебните заведения; 5. копие от удостоверение за признаване на професионална квалификация по медицинска професия, както и удостоверение за признаване на специализация, издадени от министъра на здравеопазването по реда на Закона за признаване на професионални квалификации – за лекарите чужденци; 6. необходимите квалификационни документи, удостоверяващи условията по чл. 73 – 75, съгласно наредбата по чл. 181, ал. 1 ЗЗ за придобиване на специалност в системата на здравеопазването; както и удостоверение, удостоверяващо условията по чл. 76, за съответната правоспособност, издадено по реда на Закона за безопасно използване на ядрената енергия съгласно чл. 11, ал. 5 ЗЛЗ; 7. декларация за работа в лечебно заведение, регистрирано на територията на друга РЗОК – за лекарите по дентална медицина, които работят в лечебни заведения на територията на друга РЗОК; 8. регистрация по БУЛСТАТ (за лечебните заведения, които са учредени от физически лица – лекари по дентална медицина); 9. график и маршрут на подвижните структури – за лечебните заведения с разкрити подвижни структури.

През 2017 г. за дентална помощ са изразходвани 159857786 лв, 2018-157000000 и през 2019-167000000лв. Април 2009 г. Министерският съвет приема предложената Националната програма за превенция на оралното здраве на БЗС за деца от 0 до 18 години (НОНPPC). Около 96% от зъболекарите в България работят в самостоятелни практики. Така денталните услуги се предоставят на тази основа, т.е. или чрез Националната здравноосигурителна каса (НЗОК), или на самоиздръжка. През 2017 г 5891 дентални лекари са имали договори с НЗОК, през 2019 614. Голяма част от денталните процедури в сектора на ЗЗО се доплащат от пациента. През 2017 г средно обслужени ЗОЛ са 24,2% , всяко ЗОЛ е получило 2,43 дейности, 1 дентален лекар обслужва средно 1133 ЗОЛ. През 2018 г 1 дентален лекар е обслужил 1093 лица, дела на обслужените ЗОЛ е 24,4% и е предоставил 2,40 дейности. През 2019 г 1 дентален лекар обслужва средно 1035 ЗОЛ, 24,7% е дела на обслужените лица, и е предоставил 2.36 дейности. За трите години с изключение на намалението на средния брой лица, останалите показатели запазват сравнително стойностите си. Обхватът и степента на доплащането е различно за деца и юноши от една страна, и възрастни от друга. Няма налична информация за обема на домашните посещения, извършени от ЛДМ в България.

3.2.3. Заплащане на дентални лекари

До 2003 г. на денталните лекари (стоматолози) се заплаща за извършени дейности (с норматив време за всяка) в рамките на лимитиран брой работни часове за месеца (по 1 – 2 часа дневно) без доплащане от страна на пациента. Също така хората си избират дентален лекар, както и ОПЛ. Натрупах се проблеми с огромни опашки на чакащи, уравниловка при плащанията и за добрите и за слабите стоматолози. През 2003 г. Конгресът на стоматолозите прие нова либерална концепция за осигуряване на

дентална помощ, при което с НРД 2003 се договори система на предоставяне на дентална помощ (при всеки стоматолог в областта), но при условия на доплащане от пациента за повечето услуги. Детските и профилактичните услуги бяха договорени при по-ниско доплащане или без доплащане. Методът за плащане от НЗОК се прие да бъде за всяка извършена услуга. При превишение или не използване на планирания бюджет заплащането от НЗОК за денталните услуги се намалява/завишава след преговори. Съгласно НРД за денталните дейности 2020-2022 г. НЗОК заплаща един обстоен преглед на здравноосигурените лица над 18 г. и до три лечебни дейности, а за лица до 18 г. – обстоен преглед и до 4 лечебни дейности. Към 2020 г. НЗОК заплаща изцяло или частично дентални дейности, както следва:

Табл.№3. Пакети дентални дейности

За ЗЗОЛ до 18 години	За ЗЗОЛ над 18 години
Пакет първична дентална помощ	
Обстоен преглед за установяване на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист	Обстоен преглед за установяване на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист
Препариране на кавитет; подложка и obturation с амалгама или химичен композит	Препариране на кавитет; подложка и obturation с амалгама или химичен композит
Екстракция на временен зъб, вкл. анестезията	Екстракция на зъб, вкл. анестезията
Екстракция на постоянен зъб, вкл. анестезията	
Лечение на пулпит на временен и постоянен зъб (включва всички дейности без obt.	
За ЗЗОЛ до 18 години	За ЗЗОЛ над 18 години
Лечение на периодонтит на временен и постоянен зъб (включва всички дейности без obturation)	

Дейност по възстановяване функцията на дъвкателния апарат при цялостна обеззъбена горна челюст с горна цяла плакова зъбна протеза, в т.ч. и контролни прегледи за период от 4 години	Дейност по възстановяване функцията на дъвкателния апарат при цялостна обеззъбена горна челюст с горна цяла плакова зъбна протеза, в т.ч. и контролни прегледи за период от 4 години
Дейности по възстановяване функцията на дъвкателния апарат при цялостна обеззъбена долна челюст с долна цяла плакова зъбна протеза, в т.ч. и контролни прегледи за период от 4 години	Дейности по възстановяване функцията на дъвкателния апарат при цялостна обеззъбена долна челюст с долна цяла плакова зъбна протеза, в т.ч. и контролни прегледи за период от 4 години
Доплащане от 20 % над цената за услуги, извършени в населени места с неблагоприятни условия	Доплащане от 20 % над цената за услуги, извършени в населени места с неблагоприятни условия
Пакет специализирана детска извънболнична дентална помощ	
дейностите от пакет първична дентална помощ	
Дейност по възстановяване функцията на дъвкателния апарат при цялостна обеззъбена горна челюст с горна цяла плакова зъбна протеза, в т.ч. и контролни прегледи за период от 4 години	
Дейности по възстановяване функцията на дъвкателния апарат при цялостна обеззъбена долна челюст с долна цяла плакова зъбна протеза, в т.ч. и контролни прегледи за период от 4 години	
Доплащане от 20 % над цената за услуги, извършени в населени места с неблагоприятни условия	Доплащане от 20 % над цената за услуги, извършени в населени места с неблагоприятни условия
Пакет специализирана хирургична извънболнична дентална помощ	
Интраорална инцизия на абсцеси и флегмони в съединителнотъканни ложи	Интраорална инцизия на абсцеси и флегмони в съединителнотъканни ложи
Екстракция на дълбоко фрактуриран или дълбоко разрушен зъб	Екстракция на дълбоко фрактуриран или дълбоко разрушен зъб
Контролен преглед след някоя от горните две дейности	Контролен преглед след някоя от горните две дейности

За ЗЗОЛ до 18 години	За ЗЗОЛ над 18 години
Дейност по възстановяване функцията на дъвкателния апарат при цялостна обеззъбена горна челюст с горна цяла плакова зъбна протеза, в т.ч. и контролни прегледи за период от 4 години	Дейност по възстановяване функцията на дъвкателния апарат при цялостна обеззъбена горна челюст с горна цяла плакова зъбна протеза, в т.ч. и контролни прегледи за период от 4 години
Дейности по възстановяване функцията на дъвкателния апарат при цялостна обеззъбена долна челюст с долна цяла плакова зъбна протеза, в т.ч. и контролни прегледи за период от 4 години	Дейности по възстановяване функцията на дъвкателния апарат при цялостна обеззъбена долна челюст с долна цяла плакова зъбна протеза, в т.ч. и контролни прегледи за период от 4 години
Пакет специализирана извънболнична дентална помощ под обща анестезия за деца с психични заболявания	
всички дейности от пакетите специализирана извънболнична дентална помощ	
Обща анестезия в амбулаторни условия (не повече от 180 минути)	
Обща анестезия в болнични условия (не повече от 360 минути)	
24-часово активно наблюдение при необходимост след обща анестезия	
Медицинска експертиза	
Забележка за изменение и допълнение на Националния рамков договор за денталните дейности между Националната здравноосигурителна каса и Българския зъболекарски съюз за 2016 г. (обн., ДВ, бр. 21 от 18.03.2016 г., в сила от 1.04.2016 г.; изм., бр. 38 от 20.05.2016 г., в сила от 1.04.2016 г.) 1. В чл. 104, ал. 1, т. 2, буква „б“ думата „две“ се заменя с „три“. За лица над 18 г., по избор.	

3.2.4 Структура и дейност на БЗС

Законът за съсловните организации и Уставът на БЗС учредяват и конституират органите на Съюза:¹³

Ръководни органи: Конгресът се състои от представители на районните им колегии, които се избират от техните общи събрания на районните колегии при норма на представителство един делегат на 25 члена на БЗС.

Управителен съвет: Съгласно закона, той се ръководи от председател, главен секретар и зам. председатели. Управлява имуществото на организацията, води регистъра и ръководи дейността по изпълнението на нейните функции.

Уставът на БЗС регламентира териториално представителство в Управителния съвет (УС) чрез включването в него на представители от всички 28 районни колегии на БЗС. Уставът въвежда ресорен принцип в централното ръководство на УС, като създава 7 постоянни работни комисии:

- ☐ Комисия по дентална практика и професионална защита
- ☐ Комисия по изготвяне и подписване на НРД по ЗЗО
- ☐ Комисия по нормативните актове
- ☐ Комисия по регистрацията и членството
- ☐ Комисия по квалификация и акредитация
- ☐ Комисия по информацията
- ☐ Комисия по денталните и потребителските продукти

Председателите на тези комисии се избират от Конгреса и са зам.-председатели на БЗС. Уставът предвижда възможността за създаване при необходимост на временни работни комисии. Такава комисия, създадена с решение на Конгреса на БЗС, е Експертната комисия по проблемите на денталната помощ и договарянето с НЗОК. С решения на УС се създават и други временни комисии по конкретни проблеми.

Контролни органи:

Комисията по професионална етика контролира морално-етичните и деонтологичните аспекти на упражняването на денталната професия. Контролната комисия следи за законосъобразността и уставсъобразността на решенията на Управителния съвет и тяхното изпълнение. БЗС включва 28 районни колегии, които са самостоятелни юридически лица със собствени устава. Тяхното ръководство възпроизвежда на регионално ниво същите ръководни органи (Общо събрание, Управителен съвет) и контролни органи (Комисия по професионална етика, Контролна комисия).

Нормативните документи, по които се ръководи и извършва дейността на Български Зъболекарски Съюз са:

- ✓ Устав на Български зъболекарски съюз с изменение и допълнение – 19.01.2018
- ✓ Правилник за дейността на Управителния съвет на Българския зъболекарски съюз - 16.09.2017г.
- ✓ Кодекс за професионална етика на лекарите по дентална медицина
- ✓ МЕТОДИКА за определяне на финансовите разходи за извършена дентална медицинска дейност и формиране цените на денталните медицински дейности
- ✓ Правилник на Комисията по дентална практика и професионална защита (КДППЗ) - 16.09.2017г.
- ✓ Правилник на Комисията за изготвяне и приемане на Националния рамков договор по задължителното здравно осигуряване (КИПНРДЗЗО)
- ✓ Правилник на Комисията по нормативните актове (КНА)
- ✓ Правилник на Комисията по регистрацията и членството (КРЧ)
- ✓ Правилник на Комисията по квалификация и акредитация (ККА)
- ✓ Правилник на Комисията по информацията (КИ)
- ✓ Правилник на редакционната колегия на в. "ДентаМедика"
- ✓ Правилник на Онлайн списанието на БЗС
- ✓ Правилник на Комисията по денталните и потребителските продукти (КДПП) от
- ✓ Правилник за дейността на Комисията по професионална етика (КПЕ)
- ✓ Правилник за дейността на Контролната комисия на Български зъболекарски съюз
- ✓ Правилник за дейността и изразходване на средствата на Фонда за финансово подпомагане на редовни членове на БЗС със здравословни проблеми
- ✓ Правилник за стопанската дейност на БЗС
- ✓ Правилник за водене на регистрите на Районните колегии на БЗС
- ✓ Правилник продължаващо медицинско обучение на лекарите по дентална медицина
- ✓ Регламент за гласуване и отчитане на вота на конгресите на БЗС

Като държава-членка на Европа, твърде важен документ за българския лекар по дентална медицина е и Етичният кодекс на Съвета на европейските лекари по дентална медицина. Безспорно, Кодексът няма задължителна сила. Това обаче не означава, че той трябва да бъде подценяван, или пренебрегван. Неговото спазване има огромна морална стойност за денталното съсловие. Не защото ако бъде нарушаван, Европа ще наложи наказания: няма такъв европейски орган, който да го направи. Съсловната юрисдикция действа в рамките на страната, в която се практикува – било у нас, или някъде другаде – и е формално подчинена на нормативните изисквания в тази именно страна. Етичният кодекс на СЕЗ обаче е своего рода *Magna Charta* за европейските лекари по дентална медицина. Нещо, което не може да не направи впечатление при

внимателния прочит на Етичния кодекс на СЕЗ и съпоставката му с Кодекса на българските лекари по дентална медицина, е високото качество на съсловния документ българските лекари по дентална медицина, приет от Конгреса на БЗС. Той покрива на практика всички аспекти, засегнати в Кодекса на СЕЗ, при това с ясни и точни формулировки. Разглеждайки темата за качеството в денталната практика и обвързаното разглеждане на темата за „качеството на денталната помощ“, следва да се разгледа и въпросът за правомощията и дейността на Професионалната етична комисия на Български зъболекарски съюз и районните такива, в контекста на ролята и мястото на тези контролни по своя характер структури в подобряване на качеството в медицинските услуги у нас.

3.2.5. Качество на грижите в денталната практика

НЗОК следи качеството на денталните грижи в системата на задължителното здравно осигуряване, съгласно критерии, договорени с БЗС и са включени в Националния рамков договор. Министерството на здравеопазването чрез своята Агенция за медицински одит прави одити на качеството на денталната помощ според действащите стандарти по дентална медицина. Качеството на денталната помощ в частната практика не е активно наблюдавано. Известен контрол се осъществява от БЗС на основата на Етичния кодекс. Жалбите на пациентите обикновено се поемат от регионалните и националната етична комисия на БЗС и Министерство на здравеопазването, допълнение ИАМО/ИАМН.

Критериите за качество и достъпност на лечебната дейност в денталната медицина са:

1. за достъпност:
 - а) спазване на предварително уговорените часове за прием на ЗОЛ;
 - б) оказване на дентална медицинска помощ в рамките на договорените пакети и обеми дейности;
2. за качество на лечението:
 - а) орален статус - пълен и правилно вписан;
 - б) диагноза - пълна и правилно вписана;
 - в) съобразен с диагнозата лечебен метод;
 - г) оформяне на оклузалната повърхност и контакта на обтурацията със съседния зъб;
 - д) оформяне на обтурацията в гингивалната основа;
 - е) правилно проведено ендодонтско лечение;
 - ж) ефективност на проведеното обезболяване;
 - з) правилно проведено лечение на възпалителното заболяване;

и) правилно проведено лечение за възстановяване функцията на дъвкателния апарат при цялостно обеззъбени ЗОЛ с цяла плакова горна и/или долна зъбна протеза;

3. спазване на установеното времетраене, както следва:

а) обстоен преглед със снемане на орален статус и изготвяне на амбулаторен лист - 15 мин.;

б) obturation с амалгама или химичен композит - 26 мин.;

в) екстракция на временен зъб, включително анестезията - 17 мин.;

г) екстракция на постоянен зъб, включително анестезията - 22 мин.;

д) лечение на пулпит или периодонтит на временен зъб (включва всички дейности без obturation) - 39 мин.;

е) лечение на пулпит или периодонтит на постоянен зъб (включва всички дейности без obturation) - 141 мин.;

ж) специализиран обстоен преглед - 15 мин.;

з) инцизия в съединителнотъканни ложи, включително анестезия - 20 мин.;

и) екстракция на дълбоко фрактуриран или дълбоко разрушен зъб, включително анестезия - 45 мин.;

й) контролен преглед на някоя от дейностите по букви „з" и „и" (инцизия в съединителнотъканни ложи или екстракция на дълбоко фрактуриран или дълбоко разрушен зъб) - 10 мин.;

к) дейност по възстановяване функцията на дъвкателния апарат при цялостна обеззъбена горна челюст с горна цяла плакова зъбна протеза, в т.ч и контролни прегледи - 240 мин.;

л) дейност по възстановяване функцията на дъвкателния апарат при цялостна обеззъбена долна челюст с долна цяла плакова зъбна протеза, в т.ч и контролни прегледи - 240 мин.;

4. критериите за спазване на установеното времетраене не се отнасят за лечението на лица до 18-годишна възраст с психични заболявания.

3.2.6. Дейност на Комисията по професионална етика към БЗС

Комисията по професионална етика на районната колегия на БЗС, се състои от председател и членове. Броят на членовете се определя с уставите на организациите. Комисията се ръководи в работата си от устава на районната колегия, от правилник за дейността и от кодекс на професионалната етика на БЛС, съответно на БЗС.

Комисиите имат следните правомощия:

1. следят за спазване на професионално-медицинските, морално-етичните и деонтологичните въпроси, свързани с упражняването на професията;
2. разглеждат жалби по посочените по-горе въпроси;
3. осъществяват други функции, възложени ѝ от общото събрание на районната колегия на БЛС, съответно на БЗС;
4. издават акт за установени нарушения и препоръки за отстраняването им.

✓ По смисъла на ЗСОЛЛДМ, нарушения и санкциите, предвидени в закона за лекарите са: Съгласно чл. 37 от Закона за съсловните организации на лекарите и лекарите по дентална медицина (ЗСОЛЛДМ,) лекарите носят отговорност за следните нарушения, допуснати при изпълнение на професионалните си задължения:

✓ неспазване на правилата, предвидени в кодексите за професионална етика;

✓ неспазване на правилата за добра медицинска практика.

5. За нарушения по чл. 37 от ЗСОЛЛДМ, могат да бъдат налагани следните наказания:

6. порицание;

7. глоба в размер една до пет минимални работни заплати – за неспазване на правилата, предвидени в кодексите за професионална етика; съответно в размер от пет до десет минимални работни заплати – за неспазване на правилата за добра медицинска практика;

8. заличаване от регистъра на колегията за срок от 3 месеца до една година – за нарушения неспазване на правилата, предвидени в кодексите за професионална етика; съответно, за срок от 6 месеца до две години – за неспазване на правилата за добра медицинска практика.

Нарушенията по чл. 37 се установяват с акт за констатирано нарушение. Актове има право да съставя всеки член на комисията по професионална етика към районната колегия на БЛС, съответно на БЗС. Наказателните постановления се издават от председателя на управителния съвет на районната колегия на БЛС, съответно на БЗС. Препис от наказателното постановление се изпраща на ръководителя на здравното заведение, в което работи наказаното лице, и на директора на РЗОК Съставянето на актовете, издаването и обжалването на наказателните постановления по ЗСОЛЛДМ се извършва съгласно ЗАНН. Актовете за установени нарушения, съставени от член на етичните комисии, трябва да отговарят на изискванията на ЗАНН, съответно това се отнася и за наказателните постановления. Съдебната практика по такъв вид дела е крайно оскъдна и до момента са налични две решения на съда, с които са отменени наказателните постановления. При техния анализ прави впечатление, че изводите на съда са в посока липса на конкретика при описание на нарушенията. Сумите от наложените глоби постъпват в приход на районната колегия на БЛС, съответно на БЗС. Налагането на наказанията по чл. 37 не отменя търсенето на наказателна, гражданска или дисциплинарна отговорност по Кодекса на труда. Най-често в комисиите по професионална етика към районните колегии на БЛС, БЗС

постъпват жалби свързани с твърдения за нарушения на етичния кодекс. В нормативната уредба регламентираща правомощията на комисията не са изрично уредени процедурите за разглеждане на жалбите и съответно по аналогия би могло да се прилагат общите разпоредби на АПК за сигналите и предложенията. С оглед подобряване работа на комисиите за в бъдеще това следва да се уреди изрично. Комисиите по професионална етика на районните колегии на БЛС, БЗС, разглеждат жалби за нарушения по чл. 37. Когато при разглеждането на жалби органите констатира данни за други нарушения, извън тези по чл. 37, те сигнализират компетентните органи за търсене на отговорност. Освен съставяне на актове за административни нарушения комисиите имат право да издават препоръки за отстраняване на нарушенията. Препоръката по своя характер представлява едно волеизявление на комисията, чиято цел е да се укаже на съответните начин за разрешаване на нарушенията. Препоръката няма юридическа задължителна сила. В случая на Български зъболекарски съюз Комисията по професионална етика (КПЕ) се избира от Конгреса на Българския зъболекарски съюз (БЗС), пред който отчита и дейността си. Осъществява своята дейност съобразно разпоредбите на българското и европейското законодателство, Закона за съсловните организации на лекарите и лекарите по дентална медицина (ЗСОЛЛДМ), Кодекса за професионална етика на лекарите по дентална медицина¹⁶ и Устава на БЗС. КПЕ на БЗС изготвя и приема правилник за своята дейност. КПЕ на БЗС се състои от председател и 8 /осем/ членове, избрани поименно от Конгреса на БЗС. КПЕ на БЗС заседава най-малко веднъж на 6 /шест/ месеца при кворум 2/3 от състава си, т.е. при наличието на 6 /шест/ души от членовете на Комисията. Съгласно чл. 25, ал. 3 от Устава на БЗС КПЕ на БЗС взема решенията си с явно гласуване и мнозинство от 5 /пет/ гласа. КПЕ на БЗС се произнася по професионално-медицински, морално-етични и деонтологични въпроси, свързани с упражняването на професията. Съгласно чл. 25, ал. 7 от Устава на БЗС КПЕ на БЗС се произнася по искане на комисиите по професионална етика на районните колегии на БЗС, включително и по спорове за тяхната компетентност, като решенията ѝ са задължителни за комисиите по професионална етика, подали искането. При постъпване на жалба в КПЕ на БЗС, препратена от Министерство на здравеопазването, Изпълнителна агенция "Медицински одит"/ИАМН, друг държавен орган или друга инстанция, жалбата се изпраща в съответната районна колегия, която е компетентна да разгледа жалбата и същевременно се уведомява жалбоподателя за спазване на реда, регламентиран в Устава на БЗС. КПЕ на БЗС указва на съответната РК на БЗС да върне обратно решение или становище по дадения случай в разумен срок, който не може да бъде по-дълъг от 3 месеца. КПЕ на БЗС не взема отношение по финансови проблеми, възникнали между пациент и лекар по дентална медицина. Разглежда жалби, подадени до 1 година след завършване на лечението и не разглежда жалби, ако има намеса на друг лекар по дентална медицина. Лекарят по дентална медицина, срещу когото е постъпила жалба, е длъжен в едномесечен срок от уведомлението му, да представи писмено становище по случая. Ако липсва такова, КПЕ на БЗС взема предвид фактите и обстоятелствата, изложени в жалбата. При постъпила жалба от или срещу член на КПЕ на БЗС, същият не участва при разглеждането и решаването на конкретния случай. КПЕ на БЗС при необходимост ползва консултации на експерти по

професионални, юридически и други въпроси. При публикации от обществен интерес, касаещи компетентността на КПЕ на БЗС, Комисията се самосезира за разглеждане на случая. Изявления от името на КПЕ на БЗС се правят от председателя на КПЕ на БЗС или от изрично упълномощен за това член на Комисията. Решението за упълномощаването се взема на заседание на КПЕ на БЗС и се отбелязва в съответния протокол. Финансовото обезпечаване на работата на КПЕ на БЗС се осигурява от УС на БЗС. Материалите от проведените заседания на КПЕ на БЗС се съхраняват от председателя на КПЕ на БЗС, подпомаган в тази си дейност от главния секретар на УС на БЗС и техническия секретар. За целите на настоящата работа са представени данни от справки относно дейността на КПЕ, предоставени от Български зъболекарски съюз и Районна Колегия София. От предоставената информация, могат да се открият няколко по-важни момента, касаещи броя на постъпилите жалби, установените проблеми, изразени в подадените сигнали и жалби и постигнатите резултати с оглед правомощията на този своеобразен контролен орган за съсловие на денталните лекари. Представените данни са за дейността на КПЕ за период 2014 г. – 2017 г., поради не провеждане на Конгрес на БЗС, предвид епидемията от КОВИД и последиците от наложените противоепидемични мерки. Проследявайки дейността на Комисията по професионална етика (КПЕ) на БЗС с мандатност 2014 г. – 2017 г. се установява, че през изтеклия период Комисията по професионална етика на Българския зъболекарски съюз е разгледала 59 жалби, подадени до нея. От данните се установява, че боят на жалбите е увеличен в два пъти в сравнение с предходния три годишен мандат, през който броят на жалбите е бил 28.

Табл.№ 4. Видове жалби

Брой жалби	Протетично лечение	Имплантология	Хирург. лечение	Терапевт. лечение	Комб.	Етични	Норм. док	Други
28	10	5	1	3	3	2	2	2

Период 2014-2016 вкл.

Само през 2017 г. има подадени 21 жалби.

От направения анализ на тези жалби, основните проблеми, които пациентите засягат в тях са:

- ✓ Лошото отношение на лекарите по дентална медицина към пациенти.
- ✓ Не издаване на касов бон за извършените услуги.
- ✓ Разминаване между очаквания и крайния резултат от лечението.

- ✓ Допускане на компромиси в лечебния план с цел финансово облекчаване на пациентите.
- ✓ Не предоставяне на декларацията за информирано съгласие и подписването ѝ от страна на пациента.
- ✓ Неспазване правилата за добра медицинска практика, допускайки се неспособни лица да извършват лечебни дейности в кабинета на лекаря по дентална медицина.
- ✓ Неспазване на стандартите в денталната медицина.
- ✓ Нарушения свързани с извършените дейности към районните здравноосигурителни каси.

На базата на получени доклади от Районните комисии по професионална етика към БЗС, най-много жалби са получени и разгледани в Районна колегия – град София, - 28 броя. В Районна колегия Пловдив - 14 жалби и 23 случая за некоректно дентално поведение. Анализа на жалбите установява следните слабости:

- ✓ Липса на лечебен план
- ✓ Липса на регистрация в амбулаторен журнал
- ✓ Липса на информирано съгласие
- ✓ Допускане на компромиси при извършеното лечение

Съгласно кодекса по професионална етика, чл. 25, ал. 1 е задължително да се води пълна лечебна документация на пациента, по съответния нормативен ред. Съгласно чл. 25, ал. 7 от Устава на Българския зъболекарски съюз Комисията по професионална етика на БЗС се произнася по искане на Комисиите по професионална етика на районните колегии на Българския зъболекарски съюз, включително и по спорове за тяхната компетентност. Съгласно ал. 8 на същия член Комисията по професионална етика оказва методична помощ на комисиите по професионална етика на районните колегии на БЗС. Комисията по професионална етика (КПЕ) на БЗС прави предложения за изменение и допълнение на Кодекса по професионална етика. Примера на хода, броя и действията по отношение на подадените до Софийска колегия към БЗС жалби разкриват подобна картина на по-горе описаната.

Комисията по Професионална етика към СРК е приключила по изключение заради Ковид 19 своя 4 годишен мандат. Дейността на комисията е изцяло съобразена с кодекса за професионална етика на лекарите по дентална медицина, в които са отразени моралните принципи и критерии за професионално поведение на зъболекарското съсловие. Съгласно чл.28 от Устава на СРК, КПЕ следи за спазване на професионално-медицинските, морално–етичните и деонтологичните правила свързани с упражняването на професията. През мандата 2017-2020 общо са постъпили 66 жалби и 10 жалби до момента за 2021 г. По вид най-много 16 са за протетично лечение, следвани от терапевтично 12, ортопедично -11, имплантология 7, хирургично 6, ортодонтия 5 и детска стоматология 4. Характеристиката на жалбите съвпада с по-горе описаната.

Табл.№ 5 Видове жалби -СРК

Брой жалби	Протетично лечение	Имплантология	Хирург. лечение	Терапевт. лечение	Детски	Ортодонтия	Ортопедия
66	16	7	6	12	4		11

За целия мандат са съставени 4 акта и 2 наказателни постановления

Най-често срещаните грешки са : липса на информирано съгласие и непълна медицинска документация. При всички конфликтни ситуации КПЕ е положила усилия да постигне помирение между денталния лекар и пациент, като винаги се е стремяла да бъде установена обективната истина по отношение на поставените казуси. Анализът на жалбите установява следните слабости и очертава генералните проблеми в областта на денталната медицина:

Основни пропуски при проведените лечения:

- ✓ Липса на лечебен план
- ✓ Липса на регистрация в амбулаторен журнал
- ✓ Липса на информирано съгласие
- ✓ Допускане на компромиси при извършеното лечение
- ✓ Недоволство от страна на пациента за резултатите от лечението

Съгласно кодекса по професионална етика, чл. 25, ал. 1 е задължително да се води пълна лечебна документация на пациента, по съответния нормативен ред. Независимо от установеното, което до голяма степен констатира липса или сериозно занижено качество на денталната помощ, по нито една от жалбите не е открито административно наказателно производство и не са реализирани правомощията на БЗС като административно наказващ орган. Макар и данни, които са оскъдни и не могат да доведат до пълноценно анализиране на проблема с осъществяването и в частност реализирането на контролните функции на КПЕ, може да се направи безспорен извод, че проблем в съсловието по дентална медицина от гледище на ефективност и повишаване на качеството чрез контрол е факт.

3.2.7. Правила за Добра медицинска практика на лекарите по дентална медицина в Република България

Правилата за добра медицинска практика в денталната медицина целят осигуряване на възможно най-качествена грижа за пациентите. Те са изработени в съответствие с изискванията на чл. 88 от Закона за здравето (ЗЗ)⁷, чл. 46 от Закона за здравното осигуряване (ЗЗО),¹² чл. 77 от Закона за лечебните заведения (ЗЛЗ)¹¹ и чл. 5 от Закона за съсловните организации на лекарите и лекарите по дентална медицина

(ЗСОЛЛДМ)¹³. Същите са задължителни за всички лекари по дентална медицина в Република България. Правилата за добра медицинска практика в денталната медицина предлагат общи насоки за всички лекари по дентална медицина заедно със специални указания, по които може да се оценява изпълнението на лечението. ПДМПЛДМ са издадени от министъра на здравеопазването и обн. - ДВ, бр. 41 от 08.05.2020 г.⁴² Общите правила включват система от насоки и принципи, които описват професионалните ценности, знания, умения и поведение, които лекарите по дентална медицина могат да прилагат в съответствие с опита си и професионалната си преценка. Съобразно тези правила лекарят по дентална медицина следва да: поставя грижата за пациентите на първо място, се отнася с пациентите учтиво и внимателно, защита достойнството им и пази тайната на пациентите, изслушва и уважава позицията на пациентите, информира пациентите по разбираем за тях начин, защита правото на пациентите да участват във вземането на решения относно тяхното лечение, развива и обновява професионалните си знания и умения, е запознат с границите на професионалната си компетентност, бъде почтен и внушаващ доверие, не разгласява поверителната информация, не допуска личните му възгледи да влияят на лечението, действа своевременно, за да предпази пациентите от рискове, породени от неспазване на правилата за добра медицинска практика, не се възползва от професионалната си позиция в отношенията си с пациентите, сътрудничи с колегите си в интерес на пациентите.

За лекарите по дентална медицина добрата медицинска практика включва правила за качеството на следната дейност, а именно:

- ✓ поставянето на здравето и интересите на пациента на първо място;
- ✓ осигуряване на висок стандарт на диагностика и лечение;
- ✓ да не дискриминират пациентите освен по клиничен признак (спешност);
- ✓ адекватно оценяване на състоянието на пациента, базирано на медицинската му история и клиничната картина, и параклинични изследвания;
- ✓ извършване или препращане за извършване на необходимите специализирани прегледи за вземане на адекватни решения;
- ✓ подsigуряване на изпълнението на клиничните протоколи;
- ✓ етична комуникация с пациентите и техните семейства;
- ✓ подsigуряване на воденето на пълни и точни медицински документи;
- ✓ подsigуряване на адекватна грижа след приключване на лечението;
- ✓ използване на знанията и уменията на колеги, когато това се налага.

Провежданите или организираните от лекаря по дентална медицина диагностика и лечение трябва да се основават на негова задълбочена клинична преценка за нуждите на пациента и очакваната ефективност на лечението. Добрата дентална практика включва: адекватна преценка на състоянието на пациента; провеждане и планиране на

изследвания и лечение, когато е необходимо; насочване на пациента към друг лекар по дентална медицина/лекар, ако се налага. Лекарят по дентална медицина, когато осъзнава, че способността му да лекува пациентите качествено и безопасно е ограничена (поради недостатъчно оборудване или други причини), трябва да отстрани причината при възможност. В случай че лекарят по дентална медицина не може да се справи, трябва да се обърне към подходяща здравна институция или колега - лекар по дентална медицина.

Лекарят по дентална медицина трябва да се погрижи да опише възможностите за лечение ясно и изчерпателно и с терминология, лесно разбираема за пациента. Трябва да обсъди с пациента всички подходящи възможности за лечение (включително и липсата на лечение) и очакваните резултати. По отношение на деца, както и тези със специални потребности, трябва да се обърне голямо внимание и на ефективната комуникация с родителите или настойниците/попечителите. Решенията, касаещи възможностите за лечение, трябва да бъдат съвместни. Трябва да се счита за добра практика да се получи писмено информирано съгласие за всякакви форми на лечение съгласно законовите изисквания. Подписването на информирано съгласие от пациента не е заместител на подходяща двупосочна комуникация.

Правилата за добра медицинска практика на лекарите по дентална медицина съдържат и „специална част“, в която се разглежда професионалното поведение при диагностиката и лечението на някои дентални заболявания и състояния.

- ☐ Специални правила за лечение на зъбния кариес
- ☐ Специални правила при провеждане на ендоскопско лечение
- ☐ Специални правила за добра медицинска практика по протетична дентална медицина
- ☐ Специални правила за диагностика и лечение на пародонталните заболявания
- ☐ Специални правила за диагностика, профилактика и лечение на зъбно-челюстните деформации и аномалии.
- ☐ Специални правила за поведение при некомплицирана екстракция на зъби и остра одонтогенна инфекция.

3.2.8. Съвместни дейности – БЗС като съсловна организация и ИАМО в професионално етичните отношения

На 19 март 2015 г., Изпълнителна агенция „Медицински одит“ е домакин на среща с представителите на Българския зъболекарски съюз, поводът е финализиране на преговорите и подписването на меморандум за съвместно сътрудничество – част от инициативата на агенцията за общи действия със съсловните организации по линията „контрол-качество-стандарт“ в медицинските дейности. С подписването на този първи по рода си документ за съвместни дейности са договорени общите бъдещи действия обобщени в следното: съвместна работа за създаване на единни критерии за информирано съгласие в денталната медицинска помощ, обсъждане на най-често срещаните и повтарящи се отклонения на зъболекарите от добрата медицински

практика, както и първи инициативи за очертаване на стратегии за мониториране в сферата на денталната помощ, основано на оценката на риска и по отношение на ефективността и качеството на денталните услуги, както и превенция по отношение на медицинските и лекарски грешки в областта. В резултат на подписания меморандум и определените приоритети от страните, са постигнати сериозни промени в предоставянето на дентални услуги на национално ниво, които най-общо засягат сериозните въпроси за безопасността на пациента, защитата на лекуващия дентален лекар, риск-мениджмънта при анализа на дейността и превенцията по отношение на най-често извършваните нарушения при осъществяване на денталната медицинска помощ.

За целите на настоящата дипломна работа са представени и данните от извършени проверки в сферата на денталната медицина като част от извънболничната медицинска помощ. В резултат на постъпили жалби, от Изпълнителна агенция „Медицински одит“ са извършени проверки в 24 ЛЗ за извънболнична дентална медицина. Най-често поставяните проблеми са в областта на качеството, нерегламентираните плащания и морално-етични въпроси. Основните изводи от контролната дейност са очертани в следното:

1. липса или непълнота на медицинската документация;
2. липса на информирано съгласие за извършване на хирургични интервенции и използване на други инвазивни методи;
3. липса на ценоразпис на предлаганите дентални услуги;
4. не уведомяване на съответната РЗИ за промяна в обстоятелствата, свързани с регистрацията на ЛЗ.

Вследствие на резултатите от извършената контролна дейност и във връзка с подписания Меморандум за сътрудничество между ИАМО и БЗС, като част от стратегията на институцията за основано на риска одитиране е разработването на специализирана Декларация за информирано съгласие и нейното въвеждането в работата на денталните лекари. Дефинираните проблеми в сферата на денталната помощ, станали известни при извършване на медицинско одитиране в денталните практики, ведно с промененият характер на правоотношенията между лекар и пациент кумулативно налагат и новото разглеждане на принципите и условията, в които се реализират, както и правната рамка, в която се осъществяват. Основен проблем с деонтологичен характер е условията и задълженията на лекарите спрямо техните пациенти за информиране и съответно изразяване на т. нар. „Информирано съгласие“, което представлява относително нова юридическа фигура, която се наложи в практиката с оглед на променените обществени отношения свързани с предоставянето и ползването на дентални услуги в страната. Във връзка с подписан Меморандум за сътрудничество между Изпълнителна агенция „Медицински одит“ и Български зъболекарски съюз се разработи и прие Декларация за „информирано съгласие“ за нуждите на гилдията от лекари по дентална медицина. Разработеният проект на Декларация съдържа различните хипотези, залегнали в Закон за здравето, за лицата изразяващи информирано съгласие, както и всички други детайли свързани с условията

за изразяване на информирано съгласие. Писмената форма на документа до голяма степен гарантира сигурността и безопасността, както на пациента, така и на неговият дентален лекар при извършването на лечебно-диагностични медицински дейности. Всичко това като процес, завършил с постигнат резултат в защита на гилдията се разглежда като верен и резултатен мениджърски подход с грижа към съсловието, което е функционално и организационно подчинено на БЗС. С постигнатото, беше изяснена опасността за лекаря по дентална медицина в случаите, при които извършва медицинска интервенция без информирано съгласие, което от своя страна е свързано с поемането на рисковете, които са присъщи за съответната интервенция. Именно тези рискове чрез получаването на информирано съгласие се прехвърлят от лекаря (този, който осъществява интервенцията) върху пациента (този, в чиято полза се осъществява интервенцията). С оглед на всички изложени факти, аргументи и съображения, относно въпросите, касаещи предоставянето на дентална медицинска помощ, от партньорите се прие становището, че предоставянето и респективно получаването на „Информирано съгласие“ трябва да бъде в писмена форма, която да гарантира, както пациента, така и неговия дентален лекар.⁵ Съвместно е разработена специализирана Декларация за информирано съгласие за лекарите по дентална медицина от БЗС, Софийска колегия и ИАМО и приета на Събор на БЗС...през 2015 г.

Приложение :1

Анализи в сектора на денталната медицина, изготвени в сътрудничество между Изпълнителна агенция „Медицински одит“ и Български зъболекарски съюз, налагат становище, за задължителния характер на декларацията за информирано съгласие и нейната писмена форма. Подобно схващане се налага от изводът, че локалната инфилтрационна анестезия по смисъла на чл. 89, ал. 1 от Закон за здравето се явява и "инвазивен метод", а легалното определение на понятието „инвазивен метод“, представено от законодателя в § 1 т. 3 от Допълнителните разпоредби, съставлява: "Инвазивни методи" са диагностични и лечебни инструментални методи, при които чрез нарушаване целостта на кожата и лигавиците или през естествени отвори се прониква в човешкото тяло. Предвид посочените съображения следва да се приеме, че и в случаите на поставяне на локална (местна) анестезия, характерна главно в работата на денталните лекари, пациентът, респективно негов родител или настойник, трябва да изрази своето информирано съгласие в писмена форма. Това се явява задължително условие във връзка с използването на анестезията в съвременните методи на лечение в денталната практика. Опасността за денталните лекари, както в общата, така и в денталната медицина в случаите, при които извършват медицинска интервенция без изразено информирано съгласие, е свързана с поемането на рисковете, които са присъщи за съответната интервенция. Именно тези рискове чрез получаването на информирано съгласие се прехвърлят от лекаря/денталния лекар (този, който осъществява интервенцията) върху пациента (този, в чиято полза се осъществява интервенцията). Чрез информирането на пациента от неговия лекар, и краткото „да“ или „не“, изразено от пациента по отношение на денталното му лечение, формират разликата между извършено противоправно поведение и дължимо лекарско поведение и грижа. Чрез информирането, пациентът разбира, че макар да е насочена към

подобряване на здравословното му състояние, денталната медицинска интервенция може да доведе и до определени неблагоприятни последици. Съгласявайки се с описаните му от денталния лекар рискове, пациентът поема върху себе си, обективно свързаните с лечението евентуални неблагоприятни последици, за които е бил информиран. Приложение намира правилото „комуто ползите, нему и вредите“. Ако обаче пациентът не е дал съгласие за проведеното спрямо него лечение, той не е поел и свързаните с него рискове. Поради това в тези случаи денталния лекар, който не е получил информирано съгласие, ще отговаря не само за вредите, настъпили в резултат на евентуална медицинска и/или лекарска грешка (виновно неспазване на стандартите за лечение, добрата медицинска практика, нормативни и поднормативни актове), но и за неблагоприятните последици, настъпили в резултат от евентуалното реализиране на обективния риск, свързан с осъществяването на самата медицинска интервенция (вътрешно присъщ и неизбежен при извършването на тази интервенция). При липса на информирано съгласие лекарят поема риска от осъществяване на лечението.

3. 3. ИАМН- правомощия и контрол в денталната практика

Изпълнителна агенция „Медицински надзор“ е правопреемник на Изпълнителна агенция „Медицински одит“ (първоначалното наименование на агенцията е Изпълнителна агенция „Медицински инспекторат“, но по-късно Законът за здравето е изменен – ДВ № 101/2009 г., в сила от 01.01.2010 г., като наименованието на агенцията се променя на Изпълнителна агенция „Медицински одит“ (ИАМО). Агенцията започва своята дейност от 1 януари 2010 г.) и Изпълнителна агенция по трансплантация. Тя е юридическо лице на бюджетна издръжка - второстепенен разпоредител с бюджетни кредити към министъра на здравеопазването, със седалище населеното място – гр. София. Правомощията се регламентират с чл. 7б от Закона за лечебните заведения, чл. 11 от Закона за трансплантация на органи, тъкани и клетки, както и в глава IV от Закона за здравното осигуряване.

✓ ИАМН извършва проверки за съответствието на структурата, управлението, дейността и организацията на медицинското обслужване в лечебните заведения с изискванията на Закона за здравето, Закона за лечебните заведения и нормативните актове по тяхното прилагане.

✓ Проверява спазването на правата на пациентите в лечебните заведения, проверява спазването на утвърдените медицински стандарти в лечебните заведения, осъществява контрол върху качеството на медицинското обслужване в съответствие с утвърдените медицински стандарти, осъществява контрол по реда на глава четвърта от Закона за здравното осигуряване – следи за осигуряване от НЗОК предоставянето на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от нейния бюджет, както и за осигуряване от дружествата за доброволно здравно осигуряване на предоставянето на здравните дейности съгласно здравноосигурителния договор.

✓ Агенция „Медицински надзор“ извършва проверки по молби на граждани и юридически лица, свързани с качеството на медицинското обслужване, извършва проверки за начина, по който лечебните заведения

разходват средства, предоставени им от републиканския бюджет по реда на чл. 82 от Закона за здравето.

✓ ИАМН прави мотивирани предложения до МЗ, РЗИ и други институции за извършени определени действия по чл. 76 от ЗЛЗ.

✓ Агенцията предоставя на заместник-председателя на Комисията за финансов надзор, ръководещ управление "Застрахователен надзор", информация, получена при упражняване на правомощията си по този закон за физически и юридически лица, лечебни заведения, които извършват дейност по доброволно здравно осигуряване без лицензия.

✓ ИАМН изготвя годишен доклад до министъра на здравеопазването за състоянието и цялостната дейност по здравното осигуряване по чл.101, т.5 от Закона за здравното осигуряване. Участва в събирането и анализирането на информация за състоянието и тенденциите за развитие на здравноосигурителната система, здравното състояние на населението, потребностите от кадрови ресурси в областта на здравеопазването и други въпроси, свързани с него. Изготвя анализи на базата на събраната и обобщената информация, отнасяща се до дейността на лечебните заведения и контролната дейност, както и оценка на въздействието на прилагането на нормативни актове, свързани с медицинското обслужване и здравното осигуряване.

✓ ИАМН е компетентният орган за управление, координация и контрол на трансплантацията в Република България.

✓ Агенцията е органът, който регистрира, отказва да регистрира, променя и заличава регистрация на лечебни заведения за извънболнична помощ и хосписите, както и прави мотивирани предложения до министъра на здравеопазването за издаване, за отказ за издаване, за промяна и отнемане на разрешения за осъществяване на лечебна дейност на лечебни заведения за болнична помощ, центровете за психично здраве, центровете за кожно-венерически заболявания, комплексните онкологични центрове, домовете за медико-социални грижи, диализните центрове и тъканните банки.

3.4 Алгоритъм на проверки на дентални практики и резултати

Контролната дейност на Агенцията е на основание на утвърдена методика и алгоритъм за проверки. Проверките могат да се осъществят на място в съответното лечебно заведение или по документи. Съществува към настоящия момент и практиката да се изискват документи от ЛЗ по пощата, съобразно пандемичната обстановка.

Изискуеми документи за проверка на ЛЗ/дентална практика:

1. Разписка за връчване на заповедта Заповед № РД.....;
2. Удостоверение за регистрация на лечебното заведение издадено от РЗИ-.....;
3. Удостоверения за актуална регистрация на лекарите по Дентална медицина от РК на БЗС;

4. Правилник за устройството, дейността и вътрешния ред на ЛЗ;
5. Образователно-квалификационни документи на лекари и специалистите по здравни грижи;
6. Извадка от Амбулаторен журнал с отразени посещения на пациента, амбулаторни листове и/или амбулаторен картон с отразена диагноза, лечебен план и проведено лечение. Ако се води електронно досие на пациента се изисква справка от съответната локална информационна система;
7. Ценоразпис на денталните услуги извън обхвата на ЗЗО, поставен на видно място;
8. Копие от договор с НЗК (ако има такъв);
9. Застрахователна полица за Професионална отговорност;
10. При наличие на Рентген се изисква лицензия от АЯР;
11. Рентгенови снимки на пациента;
12. Бланка за Информирано съгласие на пациента ;
13. Становища на лекарите по дентална медицина свързани с проведеното лечение;
14. Финансово-счетоводни документи за извършени плащания от пациента;
15. Страница от книгата за дневни финансови отчети;
16. Договор за регистрация на фискално устройство;
17. Друга относима документация, по случая свързана с проведеното лечение – направления за консултации и др.;
18. При проверки на специализирани практики по Ортодонтия, освен тези документи се изискват задължително рентгенови снимки (ортопантомография и телерентгенография преди и след приключване на лечението), фотоснимки преди и след приключване на лечението, диагностични гипсови модели преди и след лечението, уточнен лечебен и финансов план, попълнено ортодонтско досие. Основно се осъществяват проверки по жалби на пациенти, по стандарти по Орална хирургия, по Детска стоматология. Остава валиден и стандартът по Лицево-челюстна хирургия, няма други утвърдени стандарти по останалите дентални специалности. Провеждат се и планови проверки в случай, че пандемичната обстановка позволява.

3.4.1. Анализ на резултатите от извършените проверки от ИАМО/ИАМН за периода 2017-2019 г.

За анализ на резултатите от извършените проверки е използван Binomial test за сравнение разликите в честотата на установените нарушения. Анализирани са нарушенията по вид и нормативен акт и направен сравнителен анализ на резултатите

от проверките между София-град и провинция. Прилагайки горепосоченият алгоритъм за периода 2017-2019 г. са извършени общо 139 проверки, като по-голямата част 42,6% през 2018 г. Проверени в София град са 45 ЛЗ или 33% от всички проверени ЛЗ и 97 (67%) в провинция.

Фиг.№5. Брой проверки-София град



Фиг.№ 6 . Брой проверки-провинция



Табл.№ 6 . Проверки за 2017-2019 на ИАМО/ИАМН

Години	Брой проверки	Валиден процент
2017	36	25,7
2018	59	42,6
2019	43	31,6
Общо	139	100,0

Легенда: видове нарушения

- 0 - Без нарушение
- 1- Закон за здравето
- 2 - Наредба за медицински стандарт
- 3 - Закон за лечебните заведения
- 4 - Медицинска документация
- 5 - Наредба за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ
- 6 - ЛЗ е заличено от Регистъра на РЗИ
- 7 - Няма данни за пациента в болничната система на ЛЗ.
- 8 - Пропуски от организационно и управленско ниво, в които не се съдържат всички признаци на административно нарушение по смисъла на чл. 6 от ЗАНН
- 9 - Оттеглена жалба

Табл.№ 7. Нарушение на Нормативен акт

Нарушения на Нормативен акт	Брой нарушения	Валиден процент %
0. Без нарушения	57	40,6
1. Закон за здравето	33	23,9
2. Медицински стандарт	8	5,8
3. Закон за лечебните заведения	5	3,6
4. Медицинска документация	11	8,0
5. Нарушено правото на достъп до медицинска помощ	14	10,1
6. ЛЗ заличено от Регистъра на РЗИ	1	0,7
7. Няма данни за пациента в болничната система на ЛЗ.	2	1,4
8. Пропуски от организационно и управленско ниво без нарушение по смисъла на чл. 6 от ЗАНН – 8	6	4,3
9. Оттеглена жалба	2	1,4
Общо	139	100,0

Общо за цялата страна без нарушения са 40% от проверените ЛЗ, около 60% са с установени нарушения. Най - много са нарушенията на Закона за здравето-23,9% , следвани от правото за достъп -10,1% и медицинска документация и стандарти. По видове нарушения са следните: най- много медицинска документация-не попълнен амбулаторен лист-20,1%, липса на информирано съгласие-17,3%, не издаден финансов документ-5,8%. По области най- много са установените нарушения в София – град

(32,4%), Пловдив (24,5%), Варна (15,1%) Перник (5%), най малко-Кюстендил, Хасково и София област(0,7).

Идентични са нарушенията установени в София-град по нормативни документи и по видове в 62,2% при проверките не са установени нарушения, в 13,3 % е нарушен Закона за здравето, при 11,1% има нарушения в медицинската документация, а в 6,7% отново е нарушена наредбата за „ достъп“. И тук най често се установява липса на попълнен амбулаторен лист и липса на информирано съгласие. При проверките в провинция най –често срещаните нарушения отново е липсата на информирано съгласие - 20,2%, неправомерно заплатена сума за дентална услуга и липса на издаден финансов документ.

Табл.№ 8 Нарушения на Нормативен акт - София Град

0. Без нарушения	1. Закон за здравето	2. Меди цински стандарт	3. Зак он за лечебните заведения	4. Медиц инска документация	5. Нар ушено правото на достъп до медицинск а помощ	7. Ням а данни за пациента в болничната система на Л.З.
28	6	1	1	5	3	1

Табл.№ 9. Брой нарушения на Нормативен акт- легенда

Нарушение нормативен акт - легенда	Брой нарушение	Валиден процент
0	28	62,2
1	6	13,3
2	1	2,2
3	1	2,2
4	5	11,1
5	3	6,7
7	1	2,2
Общо	45	100,0

Табл.№ 10. Вид на нарушение София Град

0. Без нарушение	1. Не издаден финасов документ	2. Не извършен задължителния клиничен преглед и подготовка на пациента за анестезия	3. Не взето Информерано съгласие	6. Не попълнен Амбулаторен лист	7. Л.З. с неактивен статус не е регистрирано в СРЗИ	9. Не извършени рентгенографии преди и след хирургична интервенция
28	1	1	5	8	1	1

Табл.№ 11. Вид нарушения София Град –легенда

Вид на нарушението - легенда	Брой нарушение	Валиден процент
0	28	62,2
1	1	2,2
2	1	2,2
3	5	11,1
6	8	17,8
7	1	2,2
9	1	2,2
Общо	45	100,0

Табл.№ 12. Нарушения на Нормативен акт – провинция

0. Без нарушения	1. Закон за здравето	2. Медицински стандарт	3. Закон за лечебните заведения	4. Медицинска документация	5. Нарушено правото на достъп до медицинска помощ	6. Л.З. заличено от Регистъра на РЗИ
Брой 30	Брой 28	Брой 7	Брой 5	Брой 6	Брой 12	Брой 2
7. Няма данни за пациента в болничната система на Л.З.	8. Пропуски от организационно и управленско ниво без нарушение по смисъла на чл. 6 от ЗАНН – 8	9. Оттеглена жалба				
Брой 2	Брой 6	Брой 2				

Табл.№ 13 Вид на нарушение в провинция - Нормативен акт - легенда

Нарушения на Нормативен акт-легенда	Брой нарушения	Валиден процент
0	30	30,1
1	28	29,0
2	7	7,5
3	5	4,3
4	6	6,5
5	12	11,8
6	2	1,1
7	2	1,1
8	6	6,5
9	2	2,2
Общо	100	100,0

Констатираните нарушения при проверки извършени в провинцията

- 0 - Без нарушения - 28
- 1 - Не издаден финансов документ - 7
- 2 - Не извършен задължителния клиничен преглед и подготовка на пациента за анестезия - 2
- 3 - Не взето Информирано съгласие - 20
- 4 - Извършване на образни изследвания, без разрешение за дейност на ЛЗ - 1
- 5 - Неправомерно заплащане на дентална услуга, влизаща в пакета на НЗОК - 2
- 6 - Неправомерно заплащане на дентална услуга, влизащ в пакета на НЗОК - 21
- 7 - ЛЗ с неактивен статус не е регистрирано в СРЗИ - 2
- 8 - ЛЗ не е уведомило РЗИ за настъпилите промени - 1
- 9 - Не извършени рентгенографии преди и след хирургична интервенция - 1
- 10- Дентални прегледи на децата извършени извън територията на ЛЗ - 1
- 11 - Настъпили усложнения след извършени дентални манипулации - 5
- 12 - Липса на обявен на достъпно място Ценоразпис за платените дентални услуги - 3
- 13 - Нарушени специфични изисквания в частта: лични предпазни средства и изискванията за дезинфекция и стерилизация - 1
- 14 - Не е извършена предварителна консултация със специалист довело до усложнения след извършени дентални манипулации - 3
- 15 - Оттеглена жалба - 2

Табл.№ 14. Видове нарушения-легенда

Вид нарушение-легенда	Брой нарушения	%
0	28	28,7%
1	7	7,4
2	2	2,2
3	20	20,2
4	1	1
5	2	2,2
6	21	20,1
7	2	2,2
8	1	1
9	1	1
10	1	1
11	5	5
12	3	3
13	1	1
14	3	3
15	2	2,2

При проверки по жалби и прокурорски за летален изход са установени следните пропуски: Най честите причини са свързани с липса на клиничен преглед и оценка на риска при обща анестезия, консултация със специалист и усложнение след манипулация.

Табл.№ 15 Летален изход след дентална манипулация

Причини за смъртност	Брой
Неизвършен клиничен преглед за обща анестезия	2
Усложнение след манипулация	2
Липса на консултация със специалист	3
Общ брой	7

Фиг.№ 7. Причини за смъртност

3.4.2. Сравнение на вида нарушения между София и провинция

Binomial test се използва да се сравнят разликите в честотата на установените нарушения: при извършените проверки на дентални лекари в София-град и провинция Binomial test показва, че тази разлика е сигнификантна (62.2% без установени нарушения в София град vs 30.1% в провинцията ; $p < 0.001$).

- ☐ на закона за здравето при извършените проверки на дентални лекари в София-град и провинцията . Binomial test показва че тази разлика не е случайна($p=0.008$). Софияг град (86.7% без установени нарушения) и провинция (71%).
- ☐ достъп до медицинска помощ при извършените проверки на дентални лекари в София-град и провинция . В София-град(93.3% без установени нарушения) и провинция (88.2%). Binomial test показва че тази разлика не е сигнификантана ($p=0.14$).
- ☐ Binomial test се използва да се сравнят процентите на нарушена медицинска документация проверени колеги в София-град (89.9% без установени нарушения) и провинция (93.5%). Binomial test показва че тази разлика не е сигнификантана ($p=0.2$).
- ☐ във водене на амбулаторен лист, при извършените проверки на дентални лекари в София-град и провинция. В София-град(82.2% без установени нарушения) и провинция (78.7%). Binomial test показва че тази разлика не е сигнификантана ($p=0.31$).
- ☐ във вземането на информирано съгласие при извършените проверки на дентални лекари в София-град и провинция . В София-град(89.9% без установени нарушения) и провинция (78.8%). И Binomial test показва че тази разлика е сигнификантана ($p=0.049$).

При направения сравнителен анализ на резултатите от проверките извършени от Етичната комисия на БЗС и ИАМО/ИАМН се установиха идентични констатации: най-много са нарушенията в липса на информирано съгласие и непълна медицинска документация:

- ✓ Липса на лечебен план
- ✓ Липса на регистрация в амбулаторен журнал
- ✓ Допускане на компромиси при извършеното лечение

Резултатите отново подкрепят становището за задължителния характер на декларацията за информирано съгласие и нейната писмена форма. Опасността за денталните лекари, както в общата, така и в денталната медицина в случаите, при които извършват медицинска интервенция без изразено информирано съгласие, е свързана с поемането на рисковете, които са присъщи за съответната интервенция. Денталния лекар, който не е получил информирано съгласие, ще отговаря за вредите, настъпили в резултат на евентуална медицинска и/или лекарска грешка (виновно неспазване на стандартите за лечение, добрата медицинска практика, нормативни и поднормативни актове). При липса на информирано съгласие лекарят поема риска от осъществяване на лечението.

3.5. Анкетно проучване „Мениджмънт на риска“. Резултати и обсъждане.

Анкетното проучване „Мениджмънт на риска“ в денталните практики е с цел подобряване на качеството на денталната помощ. Конкретните задачи са да се установи:

- опасността за лекаря по дентална медицина в случаите, при които извършва медицинска интервенция без информирано съгласие
- необходимост от съвместно сътрудничество между Изпълнителна агенция „Медицински надзор“ и Българския зъболекарски съюз
- превенция на усложнения, грешки и инциденти
- гарантиране сигурността и безопасността, както на пациента, така и на денталния лекар

Резултатите от това проучване дават по-добра представа относно качеството на денталната помощ, отношението към качеството на здравните дентални грижи, както и зачитането на правата и интересите на лекарите по дентална медицина, както и удовлетвореността на пациентите от получените здравни грижи.

Анкетирани са 128 дентални лекари за период от 02. 2019 г. до 10.2019г. Задаваните въпроси са 16 на брой.

На първия въпрос около 90% са отговорили положително, което говори за добра осведоменост за значението на този елемент на качеството.

Табл. № 16 Спазване на правила за безопасност

Вид отговор	Брой отговори	Валиден процент
Да	114	89,1
Нямам мнение	14	10,9
Общо отговори	128	100,0

Фиг. № 8. Спазване на правила за безопасност



Табл. № 17. Одобрение/неодобрение на декларацията за информирано съгласие

Вид отговор	Брой отговори	Валиден процент
Да	102	79,7
Не	10	7,8
Нямам мнение	16	12,5
Общо отговори	128	100,0

Фиг. № 9. Одобрение/неодобрение на декларацията за информирано съгласие

Тук е интересна интерпретацията на този отговор, около 23% нямат мнение или не са съгласни, което не кореспондира с отговора за безопасността, където 90% са съгласни, че сигурността и безопасността са важен фактор за качеството на услугата. По скоро този отговор говори, че денталните лекари не са убедени в значимостта на информираното съгласие за предпазване от поетия риск при осъществяване на лечението. Включително това се потвърждава и от факта, че 26,6 % не я предоставят преди лечение.

Табл. № 18. Предоставяне на пациентите Декларация за информирано съгласие

Вид отговор	Брой отговори	Валиден процент
Да	94	73,4
Не	34	26,6
Общо отговори	128	100,0

Фиг. № 10. Предоставяне на пациентите Декларация за информирано съгласие

На двата свързани въпроса дали се обяснява на достъпен език какво може да се очаква от лечението и разбираемо ли е съдържанието на декларацията има разминаване в отговорите . Почти всички 98, 4% отговарят, че комуникацията между лекар и пациент е осъществена и същевременно 18% считат, че не разясняват разбираемо съдържанието на декларацията. Дали това се дължи на неодобрение на съдържанието на самата декларация или на нежеланието от страна на денталния лекар да отдели още време за разяснение е трудно да се отговори

Табл. № 19 Обяснявате ли какво може да се очаква

Вид отговор	Брой отговори	Валиден процент
Да	126	98,4
Не	2	1,6
Общо отговори	128	100,0

Фиг. № 11 Обяснявате ли какво може да се очаква

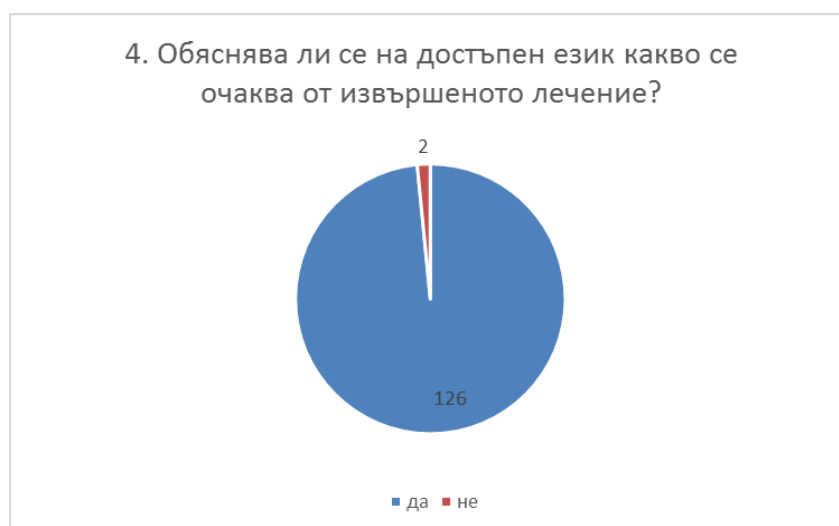
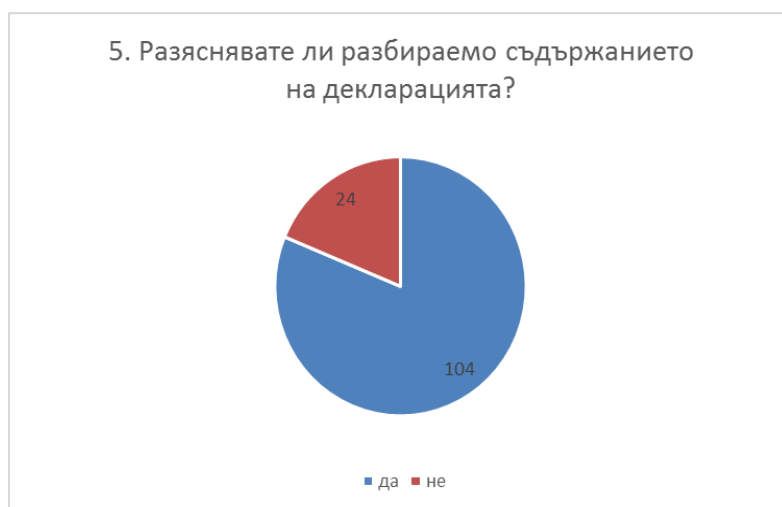


Табл. № 20. Разяснявате ли разбираемо декларацията

Вид отговор	Брой отговори	Валиден процент
Да	104	81,3
Не	24	18,8
Общо отговори	128	100,0

Фиг. № 12. Разяснявате ли разбираемо декларацията?

Останалите 11 въпроса третираят отношението на денталните лекари към медицинските грешки и неблагоприятия, превенцията за допускането им, нуждата от информационна система за регистрация и дискусии върху тези проблеми. Както в класификацията на СЗО, така и в доклади от други страни, работещи по проблема за безопасността на пациентите, са представени преди всичко дефиниции на „медицинска грешка“ като резултат от слабости в управлението. Няма определения за „лекарска грешка“, но има такива за „небрежност“ (negligence): „Липса на старание или усърдие и/или пропуск да изпълниш задълженията си“ (Австралийски Съвет за качество и безопасност в здравеопазването, 2001) или „Неуспех да се приложат умения, грижи или знания от изпълнителя на медицинска помощ“ (СЗО, 2009). През 2009 г. след двегодишни проучвания Световният Алианс за по-безопасно здравеопазване към СЗО публикува своя Технически Доклад за Международната класификация за безопасността на пациента. Тази класификация съдържа дефиниции на 297 термина в областта. Правни дефиниции от български източници за „лекарска грешка“ намираме в монографиите на (С. Славов, 1990) ³⁶ (Р. Илкова, 2010) ¹⁵, (Раданов, 2004) ³⁴, Петрова ^{25, 26}, „Професионално неправилно действие или бездействие или съвкупност от такива на лекар, извършено при оптимално създадени условия на работа, в резултат на незнание или недооценка на обстоятелствата и/или състоянието на пациента, при което са настъпили неблагоприятни последици за здравето и живота му, но са могли да бъдат предотвратени“ (Петрова З. ИАМО, „Лекарска грешка“, 2010). „Неизпълнение и/или неправилно изпълнение на планирани действия и/или нормативни изисквания или приложение на грешен план за постигане на целта“ (ИАМО, Петрова З. „Медицинска грешка“, 2010).

В много случаи грешката се дължи на намесата на различни фактори:

- характеристики на пациента – сериозност на заболяването, проблеми с комуникацията (чужденец), други персонални и социални фактори;

- фактори, произтичащи от характера на самата работа – наличие и използване на протоколи, наличие на резултати от изследванията, точност на резултатите;
- фактори, произтичащи от индивидуалните характеристики на лекаря/медицинската сестра – знания, умения и компетентност, умора, мотивация, физическо и психично здраве;
- фактори, произтичащи от работата в екип – комуникация по време на оказване на медицинската помощ в рутинни и кризисни условия, наблюдение и търсене на помощ, лидерство;
- фактори, произтичащи от условията на труд – натовареност, наличие и използване на оборудването, административна подкрепа;
- фактори, произтичащи от организацията на работата и управлението – финансови ресурси, време, физическа среда (липса на място, ниво на шум и др.). (Петрова Зл. 2011, 2014 г).

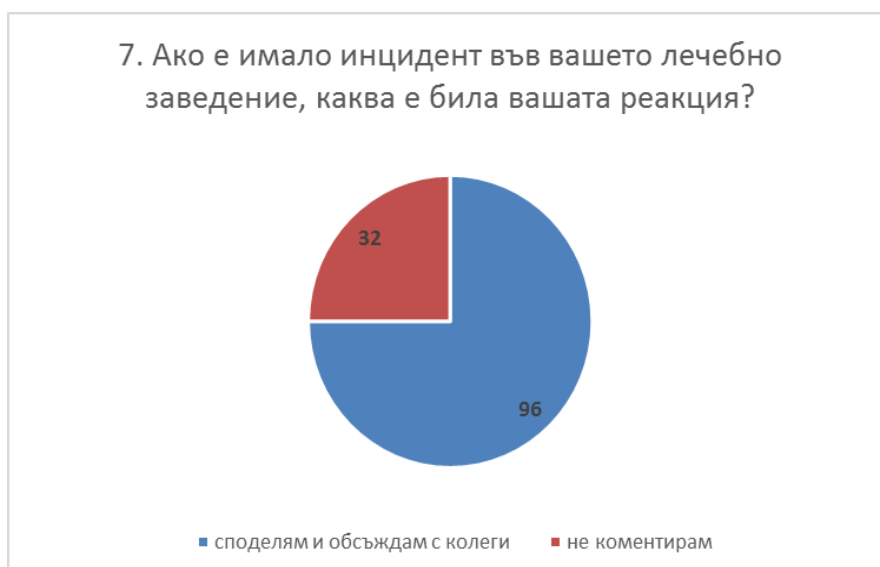
Въпросът за медицинските грешки се разглежда като възможност да се разграничи приемливият в практиката пропуск от социално опасната дейност. (Радойнова, 2013)³⁵. Констатирането и анализът на медицинските грешки е много по-голям и сериозен проблем от този с лекарските грешки, защото означава извършването на промяна с цел подобряване на организацията и управлението на процесите в лечебните заведения. Тази промяна изисква време, търпение и въвличане на целия персонал. Въпрос №6 Наясно ли сте с опасността за лекаря по дентална медицина в случаите, при които извършва медицинска интервенция без информирано съгласие? Положителен отговор са дали 96,9 % , което потвърждава тезата, че дентален лекар, който не е получил информирано съгласие, ще отговаря за вредите, настъпили в резултат на евентуална медицинска и/ или лекарска грешка (виновно неспазване на стандартите за лечение, добрата медицинска практика, нормативни и поднормативни актове).

Табл. № 21. . Опасност при липса на информирано съгласие

Вид отговор	Брой отговори	Валиден процент
Да	124	96,9
Не	4	3,1
Общо отговори	128	100,0

Фиг. № 13. Опасност при липса на информирано съгласие**Табл. № 22. Реакция при инцидент**

Вид отговор	Брой отговори	Валиден процент
Да	96	75,0
Не	32	25,0
Общо отговори	128	100,0

Фиг.14.Реакция при инцидент

Почти $\frac{1}{4}$ от анкетираните отговарят, че избягват да коментират, докато 75 % споделят и обсъждат с колеги. Практически това значи, че голяма част не споделят, защото се страхуват от съдебно преследване и санкции.

Осмият въпрос касае създаване на база данни данни за обработка и превенция на усложнения, грешки и инциденти. Около 16% не са убедени, че такава е необходима, а 90.6% считат че е необходимо и провеждането на дискусии.

Табл. № 23. Създаване на база данни

Вид отговор	Брой отговори	Валиден процент
Да	108	84,4
Не	6	4,7
Нямам мнение	14	10,9
Общо отговори	128	100,0

Фиг. №15. Създаване на база данни



Табл. № 24 Организиране на дискусии

Вид отговор	Брой отговори	Валиден процент
Да	116	90,6
Не	6	4,7
Нямам мнение	6	4,7
Общо отговори	128	100,0

Фиг. №16. Организиране на дискусии

Предотвратяването на допускането на грешки в бъдеще и подобряването на безопасността на пациентите изисква използването на системния подход с цел да се отстрани основната причина, довела до появата на тези грешки.³² Прилагането на този подход означава, че вниманието трябва да е насочено не толкова към търсене на „кой е виновен“, а „какво и защо това се е случило“. Никой не е застрашен от допускането на грешки, които „могат да се причинят и от най-добрия специалист или в най-добрата организация“. Целта не е да се отправят обвинения и да се налагат наказания, а да се извлекат поуки от грешките и да се предотврати тяхното повторно допускане, т.е. необходимо е да се върви от непрекъснато неодобрение към непрекъснато подобряване на процесите в дадено лечебно заведение.

Отговорите на въпроси №№10,11,12 очертават професионалното отношение на денталните лекари към евентуално допуснати грешки и пропуски, коментарите, комуникацията с пациента при обяснения на допуснатите грешки. От анкетираните $\frac{1}{4}$ се притесняват от коментарите по повод допуснати грешки и се чувстват некомпетентни, а 70% са притеснени как да обяснят допускането им на пациентите.

Табл. №25. Притеснение от коментиране

Вид отговор	Брой отговори	Валиден процент
Да	28	21,9
Не	100	78,1
Общо отговори	128	100,0

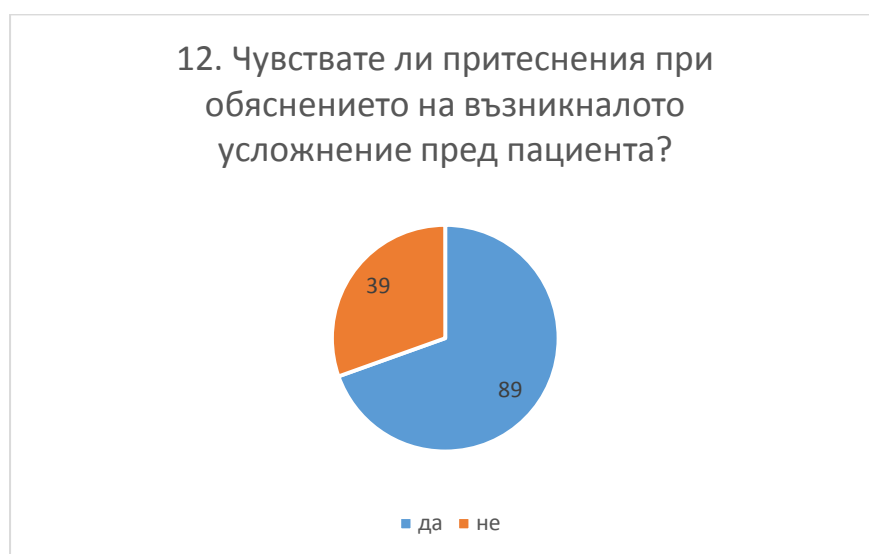
Фиг. №17. Притеснение от коментиране**Табл.№ 26. Компетенции при допуснати грешки и усложнения**

Вид отговор	Брой отговори	Валиден процент
Да	34	26,6
Не	94	73,4
Общо отговори	128	100,0

Фиг.№18. Компетенции при допуснати грешки и усложнения

Табл.№2. Състояние при обяснение на допуснатите грешки

Вид отговор	Брой отговори	Валиден процент
Да	89	69,5
Не	39	30,5
Общо отговори	128	100,0

Фиг. №19. Състояние при обяснение на допуснатите грешки

Има широко съгласие в Западна Европа и Американската медицинска асоциация за етика на грешките. За това, че „увреждащата“ грешка следва да се признае, да се информира пациента, пациентът да разбере и да вземе решение за последващото си поведение. Изследвания сочат, че повечето пациенти искат да знаят потенциалните рискове и грешки и разкриването им подобрява връзката с лекаря. Пациентът разбира, че има грешка, но иска да знае момента когато се е случила. Понякога лекаря решава в интерес на пациента да не бъде информиран, но повечето пациенти желаят да участват в това решение. Връзката пациент – лекар се основава на конфиденциалност и доверие. Пациентът въпреки, че е пасивен реципиент на грижи от страна на лекаря, който решава кое е добре и кое не и дали да бъде информиран, въпреки това повечето пациенти искат да участват във вземането на решение за тяхното здраве. С разкриването и дискусия лекаря минимализира резултата от увредата. Лекарите следва да обяснят за обстоятелствата съпътствали грешката на немедицински, ясен, честен и разбираем език. Преди да разкрие грешката лекаря следва да изясни всички факти, детайли и обстоятелства и да разкрие пълната реалистична картина довела до потенциалната бъдеща увреда. Незабавното разкриване на грешката е най-добрия

подход. Пълното разкриване дори на минимални грешки подобрява връзката, атмосферата на диалог, улеснява участието на пациента при вземане на медицинско решение за неговото здраве.⁴⁰ . Отговорност на всеки работещ в системата на здравеопазването е да подкрепя „жертвите“ на грешки и е етичен дълг на всеки да подкрепя разкриването им. Затова се иска повишаване на културата и изучаване на медицинските грешки.⁴⁸

Табл.№ 28. Оценка на условията за безопасност

Вид отговор	Брой отговори	Валиден процент
Да	126	98,4
Не	2	1,6
Общо отговори	128	100,0

Фиг. №20. Оценка на условията за безопасност



Табл.№ 29. Оценка на подписания Меморандум м/у БЗС и ИАМО

Вид отговор	Брой отговори	Валиден процент
Да	96	75,0
Не	8	6,3
Нямам мнение	24	18,8
Общо отговори	128	100,0

Фиг. №21. Оценка на подписания Меморандум м/у БЗС и ИАМО**Фиг. №22. Мнение на денталните лекари за партньорството****Фиг.23. Считате ли, че подписването на информирано съгласие гарантира ли сигурността на пациента и лекуващия лекар**

Последните четири въпроса касаят оценката на денталните лекари за условията за безопасност в ЛЗ, партньорството м/у БЗС и контролната институция както и информираното съгласие като инструмент осигуряващ сигурността на двете страни на диагностично лечебния процес-дентален лекар/пациент. Между 75 и 80% това сътрудничество среща одобрението на денталните лекари и като резултат създаването на Образец „Информирано съгласие“ за дентална медицина при инвазивни процедури.

Вътрешна консистентност е изследвана чрез Cronbach's α . Стойности над 0.70 се считат за задоволителни. Cronbach's α за проведената анкета е 0.86. Internal consistency was examined using Cronbach's α . Values >0.70 were considered satisfactory

Reliability Statistics

Cronba ch's Alpha	N of Items
,860	16

Cronbach's α for all 36 items was 0.86

След анализ на резултатите, ще бъдат направени изводи и препоръки, които биха могли да допринесат за гарантиране сигурността и безопасността, както на пациента, така и на неговият дентален лекар при извършването на лечебно-диагностични медицински дейности допринасящи за превенция на усложнения, грешки и инциденти в работата.

ГЛАВА ЧЕТВЪРТА

ИЗВОДИ И ПРЕПОРЪКИ

4.1.Изводи от литературния обзор

1. Показателите за качество са на основата на разработването на стандарти като фундаментален елемент за измерване на качеството. Мониторинговата система като стъпка в процеса за осигуряване на качеството е система за периодично събиране и анализ на данни за избрани показатели, които позволяват да преценят дали ключовите дейности са извършени според предварителния план и дали имат очаквания ефект върху прицелното население.
2. Подобряването на качеството в здравната ни система означава предоставяне на подходящите здравни услуги на всеки пациент по всяко време. Най-общо, качеството на здравната услуга се определя от понятията адекватност, ефикасност, ефективност, продуктивност и безопасност.
3. Показателят/индикаторът е мерна единица на действителното представяне на системата, който показва степента, до която са постигнати желаните резултати или степента на придържане към ръководствата и стандартните оперативни процедури.

4. Осигуряването на качеството е комплекс от дейности за установяване на стандарти, за мониторинг и подобряване на медицинските услуги с цел достигане на възможно най-ефективно и безопасно обслужване.

5. Стандартите гарантират, че няма да бъде прекрачена разумната граница на отношенията цена-качество-ефективност. Стандартите гарантират на пациента, че ще попадне в ръцете на квалифицирани специалисти и ще бъде лекуван в лечебни заведения с политика и оборудване, съответстващи на съвременните изисквания и по начин отговарящ на добрата медицинска практика, както и че основните му човешки права няма да бъдат накърнени.

6. Ролята на одита е да подпомага на клиничните и бизнес решения, като се отчитат услугите, които се предоставят, риска и управлението на дейностите. Чрез одита се вземат решения как незадоволителните резултати да бъдат подобрени след съответни позитивни промени и как силните страни да се популяризират и възприемат от другите.

7. Системите за управление на риска и подобряване на качеството са насочени към предоставяне на структурна рамка за идентификация, анализ, лечение/коригиращо действие, наблюдаване и преглед на рисковете, проблемите и/или други възможности.

8. Управлението на риска (риск мениджмънт) е процес на идентифициране, оценка, анализ и управление на всички потенциални рискове, които директно или индиректно влияят върху безопасността на пациентите.

9. Рисково базиран подход (РБП) означава подход, при който компетентният орган и задължените субекти идентифицират, оценяват и разбират рисковете, свързани с качеството на медицинското обслужване, на които са изложени оценяваните субекти, и предприемат мерки, които са пропорционални на тези рискове.

10. Оралното здравословно състояние оказва влияние върху предоставянето на услуги, но не е единственият определящ фактор. Комплексът от фактори, зависещи от зъболекар, практика и пациент също влияят върху процеса на предоставяне на услуги. Професионални дентални фактори като избор на метод на лечение, практически убеждения, предпочитания на пациентите и демографски характеристики оказват влияние върху моделите на обслужване

11. Съществува възможност за изследване на клиничните резултати в общата дентална практика за подобряване на знанията, на базата на които се вземат решения за лечение и установяваща потенциалните проблеми и предлагащи адекватни съвети и грижа. Медицински записи, които са точни, изчерпателни и направени своевременно, се разглеждат като съществена част от здравеопазването.

12. Организациите за дентална помощ наричани още дентални организации, представляват най-бързо развиващия се сегмент в орално здравеопазване. Предоставените услуги често включват управление на приходите, информационни технологии, маркетинг, човешки ресурси и финансова отчетност. Целите на организациите са стандартизиране на осигуряваните здравни грижи за пациентите чрез намаляване на неклиничните тежести за практикуващите.

13. Съществуват количествени и качествени показатели за оценка на конвенционалните и хирургичните дейности в общото дентално лечение:

- Контролиран брой, общо и поотделно на видовете дентално лечение годишно;
- Според нозологичните дентални единици и вид на използваните възстановителни процедури (директни или индиректни obturации, зъбопротезни конструкции), хирургични и други процедури;
- Стойностите на редукция на оралнохигиенните, гингивални и пародонтални индекси след конвенционалната пародонтална терапия в сравнение с инициалните;
- Брой хирургични процедури, разпределение по вид, обем (брой зъби) и сложност; в сравнение с инициалните;
- Средни стойности на загубата на зъби;
- Официално регистрирани похвали и оплаквания на пациенти;
- Редовен годишен анализ на получените резултати от извършваното дентално лечение.

14. В съвременна деонтологична медицинска грижа, съгласието от страна на пациента има централно значение сред въпросите за оказването на медицинска помощ. Получаването му е предпоставка, която превръща въздействието върху човешкото тяло от престъпно посегателство в лечение, от обществено опасно поведение в правно регламентирана професия, съдържаща в себе си сериозен риск, който е поеман с оглед постигането на висша обществена цел – съхраняването и възстановяването на човешкото здраве

15. Информираното съгласие като процес - част от лечебния процес, в която всеки пациент трябва да получи висококачествена, навременна, истинна, разбираема и достатъчна информация относно: диагнозата си, възможните варианти на лечение и рисковете от тях, и да изрази не/съгласието си за провеждане на предлаганото лечение.

16. Информираното съгласие като документ - доказателствено средство за отразените в него обстоятелства и волеизявления относно: здравното състояние на пациента към даден момент, причините за лечението, възможните варианти и рискове от не/провеждане на лечението, съгласието или отказа на пациента да се подложи на цялостно лечение или на конкретна процедура.

4.2. Изводи от анализ на денталните практики в Европейските страни и денталната практика в България

4. НЗОК следи качеството на денталните грижи в системата на задължителното здравно осигуряване, съгласно критерии, договорени с БЗС и са включени в Националния рамков договор. Министерството на здравеопазването чрез своята Агенция за медицински одит прави одити на качеството на денталната помощ според действащите стандарти по дентална медицина. Качеството на денталната помощ в частната практика не е активно наблюдавано.

5. Известен контрол се осъществява от БЗС на основата на Етичния кодекс. Актове има право да съставя всеки член на комисията по професионална етика към районната колегия на БЛС, съответно на БЗС. Наказателните постановления се издават от председателя на управителния съвет на районната колегия на БЛС, съответно на БЗС.

6. Съставянето на актовете, издаването и обжалването на наказателните постановления по ЗСОЛЛДМ се извършва съгласно ЗАНН. Актовете за установени нарушения, съставени от член на етичните комисии, трябва да отговарят на изискванията на ЗАНН, съответно това се отнася и за наказателните постановления. Съдебната практика по такъв вид дела е крайно оскъдна и до момента са налични две решения на съда, с които са отменени наказателните постановления. При техния анализ прави впечатление, че изводите на съда са в посока липса на конкретика при описание на нарушенията.

7. Най-често срещаните грешки са : липса на информирано съгласие и непълна медицинска документация.. Анализът на жалбите установява следните слабости и очертава генералните проблеми в областта на денталната медицина.

Основни пропуски при проведените лечения:

- Липса на лечебен план
- Липса на регистрация в амбулаторен журнал
- Липса на информирано съгласие
- Допускане на компромиси при извършеното лечение
- Недоволство от страна на пациента за резултатите от лечението

8. Данните са оскъдни и не могат да доведат до пълноценно анализиране на проблема с осъществяването и в частност реализирането на контролните функции на КПЕ.

9. Може да се направи безспорен извод, че проблем в съсловieto по дентална медицина от гледище на ефективност и повишаване на качеството чрез съловен контрол е факт.

10. Добрата дентална практика включва: адекватна преценка на състоянието на пациента; провеждане и планиране на изследвания и лечение, когато е необходимо; насочване на пациента към друг лекар по дентална медицина/лекар, ако се налага. Лекарят по дентална медицина, когато осъзнава, че способността му да лекува пациентите качествено и безопасно е ограничена (поради недостатъчно оборудване или други причини), трябва да отстрани причината при възможност. В случай че лекарят по дентална медицина не може да се справи, трябва да се обърне към подходяща здравна институция или колега - лекар по дентална медицина.

4.3. Изводи от анализ на резултатите от извършените проверки от ИАМО/ИАМН за периода 2017-2019 г.

1. За анализ на резултатите от извършените проверки е използван Binomial test за сравнение разликите в честотата на установените нарушения. Анализирани са нарушенията по вид и нормативен акт и направен сравнителен анализ на резултатите от проверките между София-град и провинция.

2. Прилагайки горепосоченият алгоритъм за периода 2017-2019 г. са извършени общо 139 проверки, като по-голямата част 42,6% през 2018 г. Проверени в София град са 45 са ЛЗ или 33% от всички проверени ЛЗ и 97 (67%) в провинция.

3 Общо за цялата страна най без нарушения са 40% от проверените ЛЗ, около 60% са с установени нарушения. Най - много са нарушенията на Закона за здравето-23,9% , следвани от правото за достъп -10,1% и медицинска документация и стандарти.

4. По видове нарушения са следните: най- много медицинска документация-не попълнен амбулаторен лист-20,1%, липса на информирано съгласие-17,3%, не издаден финансов документ-5,8%.

5. По области най- много са установените нарушения в София – град (32,4%), Пловдив (24,5%), Варна (15,1%) Перник (5%), най малко-Кюстендил, Хасково и София област(0,7).

6. При проверки по жалби и прокурорски за летален изход са установени следните пропуски: Най честите причини са свързани с липса на клиничен преглед и оценка на риска при обща анестезия, консултация със специалист и усложнение след манипулация.

7. Сравнение на вида нарушения между София и провинция. Binomial test се използва да се сравнят разликите в честотата на установените нарушения: при извършените проверки на дентални лекари в София-град и провинция Binomial test показва, че тази разлика е сигнификантна (62.2% без установени нарушения в София град vs 30.1% в провинцията ; $p<0.001$).

- ☐ на закона за здравето при извършените проверки на дентални лекари в София-град и провинцията . Binomial test показва че тази разлика не е случайна($p=0.008$). София град (86.7% без установени нарушения) и провинция (71%).
- ☐ достъп до медицинска помощ при извършените проверки на дентални лекари в София-град и провинция . В София-град(93.3% без установени нарушения) и провинция (88.2%). Binomial test показва че тази разлика не е сигнификантана ($p=0.14$).
- ☐ Binomial test се използва да се сравнят процентите на нарушена медицинска документация проверени колеги в София-град (89.9% без установени нарушения) и провинция (93.5%). Binomial test показва че тази разлика не е сигнификантана ($p=0.2$).
- ☐ във водене на амбулаторен лист, при извършените проверки на дентални лекари в София-град и провинция. В София-град(82.2% без установени нарушения) и провинция (78.7%). Binomial test показва че тази разлика не е сигнификантана ($p=0.31$).
- ☐ във вземането на информирано съгласие при извършените проверки на дентални лекари в София-град и провинция . В София-град(89.9% без установени нарушения) и провинция (78.8%). Binomial test показва че тази разлика е сигнификантана ($p=0.049$).

8. При направения сравнителен анализ на резултатите от проверките извършени от Етичната комисия на БЗС и ИАМО/ИАМН се установиха идентични констатации: най-много са нарушенията :

- Липса на информирано съгласие и непълна медицинска документация:
- Липса на лечебен план
- Липса на регистрация в амбулаторен журнал
- Допускане на компромиси при извършеното лечение

9. Денталния лекар, който не е получил информирано съгласие, ще отговаря за вредите, настъпили в резултат на евентуална медицинска и/ или лекарска грешка (виновно неспазване на стандартите за лечение, добрата медицинска практика, нормативни и поднормативни актове). При липса на информирано съгласие лекарят поема риска от осъществяване на лечението.

4.4. Изводи от анкетното проучване „Мениджмънт на риска“.

1. Анкетното проучване „Мениджмънт на риска“ е проведено при 128 дентални лекари за период 10 месеца. Задаваните въпроси са 16 на брой, групирани в 4 групи:

- опасността за лекаря по дентална медицина в случаите, при които извършва медицинска интервенция без информирано съгласие
- необходимост от съвместно сътрудничество между Изпълнителна агенция „Медицински надзор“ и Българския зъболекарски съюз
- превенция на усложнения, грешки и инциденти
- гарантиране сигурността и безопасността, както на пациента, така и на денталния лекар

2. На първия въпрос дали се спазват установените правила и алгоритми, които гарантират безопасността на пациента 90% са отговорили утвърдително.

3. Интересна е интерпретацията на въпроса за необходимостта от Информираното съгласие, съвместно разработено от БЗС и ИАМО. Около 23% нямат мнение или не са съгласни, което не кореспондира с отговора за безопасността, където 90% са съгласни, че сигурността и безопасността са важен фактор за качеството на услугата. По скоро този отговор говори, че денталните лекари не са убедени в значимостта на информираното съгласие за предпазване от поетия риск при осъществяване на лечението. Включително това се потвърждава и от факта, че 26,6 % не я предоставят преди лечение.

4. На двата свързани въпроса дали се обяснява на достъпен език какво може да се очаква от лечението и разбираемо ли е съдържанието на декларацията има разминаване в отговорите. Почти всички 98, 4% отговарят, че комуникацията между лекар и пациент е осъществена и същевременно 18% считат, че не разясняват разбираемо

съдържанието на декларацията. Дали това се дължи на неодобрение на съдържанието на самата декларация или на нежеланието от страна на денталния лекар да отдели още време за разяснение е трудно да се отговори.

5. Въпрос №6 Наясно ли сте с опасността за лекаря по дентална медицина в случаите, при които извършва медицинска интервенция без информирано съгласие? Положителен отговор са дали 96,9 % , което потвърждава тезата, че дентален лекар, които не е получил информирано съгласие, ще отговаря за вредите, настъпили в резултат на евентуална медицинска и/ или лекарска грешка (виновно неспазване на стандартите за лечение, добрата медицинска практика, нормативни и поднормативни актове).

6. Отговорите на въпроси №№10,11,12 очертават професионалното отношение на денталните лекари към евентуално допуснати грешки и пропуски, коментарите, комуникацията с пациента при обяснения на допуснатите грешки. От анкетираните $\frac{1}{4}$ се притесняват от коментарите по повод допуснати грешки и се чувстват некомпетентни, а 70% са притеснени как да обяснят допускането им на пациентите. Почти еднакъв е и отговорът дали коментират и споделят при евентуално допуснати неблагоприятния или грешки с колеги или други лица.. Почти $\frac{1}{4}$ от анкетираните отговарят , че избягват да коментират, докато 75 % споделят и обсъждат с колеги. Практически това значи, че голяма част не споделят, защото се страхуват от съдебно преследване и санкции.

7. Седмият въпрос касае създаване на база данни за обработка и превенция на усложнения, грешки и инциденти. Около 16% не са убедени, че такава е необходима, а 88% считат че е необходимо и провеждането на дискусии.

8. Връзката пациент – лекар се основава на конфиденциалност и доверие. Пациентът въпреки, че е пасивен реципиент на грижи от страна на лекаря, който решава кое е добре и кое не и дали да бъде информира, въпреки това повечето пациенти искат да участват във вземането на решение за тяхното здраве.

9. Пълното разкриване дори на минимални грешки подобрява връзката, атмосферата на диалог, улеснява участието на пациента при вземане на медицинско решение за неговото здраве.⁴⁰ . Отговорност на всеки работещ в системата на здравеопазването е да подкрепя „жертвите“ на грешки и е етичен дълг на всеки да подкрепя разкриването им. Затова се иска повишаване на културата и изучаване на медицинските грешки.⁴⁸

10. Последните три въпроса касаят оценката на денталните лекари за условията за безопасност в ЛЗ, партньорството м/у БЗС и контролната институция както и информираното съгласие като инструмент осигуряващ сигурността на двете страни на диагностично лечебния процес-дентален лекар/пациент. Между 75 и 80% това сътрудничество среща одобрението на денталните лекари и като резултат създаването на Образец „ Информирано съгласие“ за дентална медицина при инвазивни процедури.

11. Вътрешна консистентност е изследвана чрез Cronbach's α . Стойности над 0.70 се считат за задоволителни. Cronbach's α . за проведената анкета е 0.86. Internal consistency was examined using Cronbach's α . Values >0.70 were considered satisfactory

ГЛАВА ПЕТА

ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ПРЕПОРЪКИ

5.1 Препоръки

Към съсловната организация на денталните лекари и научните дружества :

Разработване на надеждни и възпроизводими критерии за измерване и контрол на качеството, както и система за проследяването им в денталната практика.

Разработване и абгрейтуване на стандарти и правила за ДДП. Целта е да се гарантира на пациента, че ще попадне в ръцете на квалифицирани специалисти и ще бъде лекуван в лечебни заведения с политика и оборудване, съответстващи на съвременните изисквания и по начин отговарящ на добрата медицинска практика. Основните му човешки права няма да бъдат накърнени и няма да бъде прекратена разумната граница на отношенията цена-качество-ефективност.

Към МЗ, ИАМН, етичните комисии на БЗС:

Разглеждане на жалбите на национално ниво и включване на резултатите в практически бюлетини, с цел приложение в цялата страна на извлечените от пропуските поуки. С това усилие трябва пълноценно да се ангажират всички свързани институции, за да се осигури не просто оценяване и анализиране на приключените случаи, а реално подобрене на качеството .

Продължаване партньорството м/у БЗС и контролната институция за мониториране на условията за безопасност в ЛЗ, както и информираното съгласие като инструмент осигуряващ сигурността на двете страни на диагностично лечебния процес-дентален лекар/пациент.

Към Медицинските университети и БЗС (продължаващо обучение и квалификация).
Създаване на култура на безопасност в денталната практика чрез включване на обучението по безопасност на пациентите във всички нива на образование като изискване за първоначално и продължаващо сертифициране – от медицинското образование, през програмите за следдипломно обучение и квалификация и завършващо с демонстриране както на разбиране, така и на практикуване на най-безопасната медицина.

5.2 Заключение

Денталното здраве представлява съществена част от общото здравословно състояние на всеки човек, което обяснява и налага създаването и съществуването на специфична система от правила касаещи качеството на денталното обслужване. При условията на динамични промени в здравеопазването в основата на здравната реформа е заложена свободната дентална практика, която съдържа в себе си всички основни здравни и подпомагащи дейности, характерни за денталната помощ. Здравните дейности по дентална медицина са насочени към лечение на дентални заболявания, които по своя характер, комплексност и сложност включват лечебно диагностични мероприятия за задоволяване на търсената от населението дентална помощ, с която се предотвратява възникването на нови дентални и общи заболявания, както и

взаимодействие с други подсистеми в здравеопазването и извън него, при осигуряване на комплексно дентално здраве. При всички форми на упражняване на свободна практика лекарят по дентална медицина носи морална, административна, гражданска и наказателна отговорност, както и отговорност пред съсловната организация – Български зъболекарски съюз (БЗС). Добрата дентална практика включва: адекватна преценка на състоянието на пациента; провеждане и планиране на изследвания и лечение, когато е необходимо; насочване на пациента към друг лекар по дентална медицина/лекар, ако се налага. Ролята на одита е да подпомага на клиничните и бизнес решения, като се отчитат услугите, които се предоставят, риска и управлението на дейностите. Чрез одита се вземат решения как незадоволителните резултати да бъдат подобрили след съответни позитивни промени и как силните страни да се популяризират и възприемат от другите.

5.3.Приноси

1. Направен е мащабен анализ на литературни източници в областта на качеството на денталните услуги, както и комплексът от фактори, зависещи от зъболекар, практика и пациент, които влияят върху процеса на предоставяне на услуги.
2. За пръв път се прави обстоен преглед на състоянието и развитието на денталните практики в Европейските страни и денталната практика в България.
3. Установява се, че професионални дентални фактори като: избор на метод на лечение, практически убеждения, предпочитания на пациентите и демографски характеристики оказват влияние върху моделите на обслужване
4. За първи път е извършен специализиран мониторинг в денталната медицинска помощ, посредством сътрудничеството между Изпълнителна агенция „Медицински одит“ и БЗС.
5. Специализираният мониторинг и надзор в денталната медицинска помощ, работи в посока за повишаване и утвърждаване на престижа на лекарите по дентална медицина, добрата медицинска практика и безопасност на пациентите.
6. Чрез анализ на проведеното анкетно проучване „Мениджмънт на риска“ в денталните практики се доказва необходимостта от оценка на денталните лекари за условията за безопасност в ЛЗ, партньорството м/у БЗС и контролната институция, както и информираното съгласие като инструмент осигуряващ сигурността на двете страни на диагностично лечебния процес-дентален лекар/пациент, с цел подобряване на качеството на денталната помощ.
7. Разработени са надеждни и възпроизводими критерии за измерване и контрол на качеството, както и система за проследяването им в денталната практика.
8. Доказана е ролята на одита в денталните практики да подпомага клиничните и бизнес решения, като се отчитат услугите, които се предоставят, чрез анализ на денталните записи, жалбите и оценка на риска.
9. Чрез системите за управление на риска и подобряване на качеството се предоставя структурна рамка за идентификация, анализ, лечение/коригиращо действие, наблюдаване и преглед на рисковете, проблемите и/или други възможности.
10. Посочени и анализирани са най-честите пропуски в диагностиката и лечението на пациенти с дентални проблеми в резултат на проверките на ИАМО/ИАМН и Етичните комисии на БЗС. Установени и анализирани са най-честите пропуски и допускани грешки в денталната практика:

- Липса на лечебен план
 - Липса на регистрация в амбулаторен журнал
 - Липса на информирано съгласие
 - Допускане на компромиси при извършеното лечение
 - Недоволство от страна на пациента за резултатите от лечението
11. В съвременна деонтологична медицинска грижа, съгласието от страна на пациента има централно значение сред въпросите за оказването на медицинска помощ. Получаването му е предпоставка, която превръща въздействието върху човешкото тяло от престъпно посегателство в лечение, от обществено опасно поведение в правно регламентирана професия, съдържаща в себе си сериозен риск, който е поеман с оглед постигането на висша обществена цел – съхраняването и възстановяването на човешкото здраве

БИБЛИОГРАФИЯ:

1. Ангелов, А., Основи на мениджмънта, Тракия-М, С.,1998, с.210-222
2. Борисов, Б. Здравен мениджмънт с основи на здравната политика,София,2003 –
3. Воденичаров, Ц. Десетте принципа на медика и мениджъра. 2009.
4. Воденичаров, Ц. Професионалният здравен мениджмънт няма алтернатива, списание Медицински меридиани, 2014 г., бр.2, 3-7 стр.
5. Декларация за информирано съгласие в денталната медицина, приета на конгрес на БЗС 2015 г.
6. Договор №РД-НС-01-4-11 от 9 септември 2021 г. за изменение и допълнение на Националния рамков договор за медицинските дейности между Националната здравноосигурителна каса и Българския лекарски съюз за 2020 – 2022 г. (обн., ДВ, бр. 76 от 14.09.2021 г.)
7. Закон за здравето. Сборник нормативни актове, 4 издание, Сиби;
8. Закона за трансплантация на органи, тъкани и клетки
9. Закона за здравето (ЗЗ)
10. ЗЛЗ Медицински стандарти
11. Закон за лечебните заведения (ЗЛЗ) – чл.77
12. Закон за здравното осигуряване (ЗЗО) – чл.46.
13. ЗСОЛЛДМ – органи на БЗС
14. Закон за съсловните организации на лекарите и лекарите по дентална медицина (ЗСОЛЛДМ) - чл.5 .

15. Иванов, Г. Медицинска квалитология., ВТ, 1999;
16. Иванова Т., Качество и управление на качеството (Медицинска квалитология), В: "Основи на болничното управление", Изд. Македония прес, 2000
17. Илиева, А., Контролът в здравеопазването, 2018, с.
18. Илкова, Р. (2010). Лекарските грешки. Общество и право. Бр. 6 и 7. Стр. 22-31, 71-77.
19. Калайджиева В. Подхода за тотално управление на качеството в здравеопазването. В: "Основи на болничното управление", Изд. Македония прес, 2000
20. Костов И., „Подходи за оценка на качеството на медицинските услуги в акушеро-гинекологичната практика“, монография, изд. МУ Варна, 2017 г, 176 стр., 978-619-221-078-6
21. Костов И., Джафер Н., Петрова З., Цанкова М., Георгиев Б. „Организационен модел за превенция на вътреболнични инфекции от sars-cov-2 в специализирани акушеро - гинекологични болници – предложение за алгоритъм с принос от два случая“, 2020, Сп. Акушерство и гинекология Vol 59 стр. 3-12
22. Костова Цанкова М., „Аспекти на качеството и безопасността в СБАЛАГ,, Майчин дом“-оценка на риска“, дисертационен труд, 2020, ФОЗ, МУ София
23. КОДЕКС за професионална етика на лекарите по дентална медицина, Утвърден със Заповед № РД-09-224 от 11.04.2006 г. на МЗ, обн., ДВ, бр. 34 от 25.04.2006 г., изм. и доп., бр. 18 от 24.02.2017 г.
24. Коларов, Р., Индикатори за качество в Лицево Челюстната Хирургия, сп. Медицински преглед, кн.4 , 2017 г
25. Коларов, Р., Клиничните пътеки в Лицево Челюстната Хирургия, изд. МУ „ проф. Параскев Стоянов“ Варна, 2017 г.
26. Конвенцията за правата на човека и биомедицината, Обн., ДВ, бр. 32 от 12.04.2005 –
27. Лазарова, М., Контролът в здравеопазването - елемент на ефективния мениджмънт, сп. Здравна политика и мениджмънт, бр.2, том 17, 2017, с.50-
28. Лазарова, М., Контролът в здравеопазването - елемент на ефективния мениджмънт, дисертационен труд, 2019, София – 26 стр./ –
29. Маринов М., Качество на здравната помощ, Изд. Абагар ЕООД, В. Търново, 1998
30. НРД , 2016
31. НРД Национален рамков договор за медицинските дейности за 2020 - 2022

32. Станислав Станев, Проблемът с грешките в денталната медицина-стратегии за постигане на безопасност в денталната практика, най-често срещани грешки, Issue 4, pp. 33-40, December, 2017, Eastern Academic Journal ISSN: 2367-738
33. Петрова – Джеретто, Е. Гургана Петрова, проф. Златица Петрова, Аспекти на информираното съгласие и добра практика на ИАМО, сп. Здравен мениджмънт.....
34. Петрова Зл. Медицинският одит – основен подход за осигуряване на качеството в болничната медицинска помощ в условията на здравно осигуряване. Дисертация, МУ София, 2006; -
35. Петрова, Зл., К. Чамов, Ст. Гладилков. Качеството в здравеопазването. Съвременни измерения и тенденции. Health media group, (2008).250 стр.
36. Петрова, Зл., М. Попова. (2010) Ролята на ИАМО в процеса на изграждане на Система за отчитане на медицинските грешки. Социална медицина, кн. 4. – 12
37. Петрова Зл, кол. (2015) “Глосариум на най-често ползваните термини и определения в организацията и управлението на здравеопазването” , речник, Ес принт ООД, София
38. Петрова, Зл, Т. Черкезов, Здравна политика. „Управление на ресурсите и качеството на медицинските дейности“, София, 2017 г, 213 стр.
39. Петрова Зл. Медицинският одит – основен подход за осигуряване на качеството в болничната медицинска помощ в условията на здравно осигуряване. Дисертация, МУ София, 2006;
40. Петрова, Зл. Стр. Генов, Е. Петрова Джеретто, „Съвременни насоки в управлението на здравната система“, ПИКС ООД, София 2019 г, с.408
41. Петрова Зл., Т. Черкезов, Р.Златанова-Великова, Е. Петрова-Джеретто д.м, Ал. Гилова. „Риск базирани проверки в здравеопазването, изд. Бивалвия ООД“ „2020, ISBN:978-619-91569-0-2, с.204.
42. ПДМПЛДМ, ДВ, бр. 41 от 08.05.2020 г
43. Попова, М (2012) Концептуален модел за изграждане на система за безопасност на пациентите в лечебните заведения за болнична помощ. Дисертация, МУ , София, 2012; – 42 стр.-/
44. Попов М., Давидов Б., Маринов М. Хуманизираната болница – от концепция към осъществяване, София 2000
45. Проект „Социални иновации в Изпълнителна агенция „Медицински одит“, финансиран от Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“, 2014-2020, съфинансирана от Европейския съюз чрез Европейския социален фонд, регистрационен номер на договора: BG05:9OP001-4.001-0079-C01
46. Раданов, С. (2004) Медицинска деонтология. СИЕЛА, София

47. Радойнова, Д. (2013) Лекарски грешки. Съдебномедицинска гледна точка. Издателска къща СТЕНО, Варна, 235.
48. Радева-Дафинова, Н., И. Гетов (2011) “Осигуряване на безопасност за пациента и оценка на риска в практиката” Практическа педиатрия (12), 2, стр.16-18.
49. Руководство по управлению качеством, Россия – США, Изд. Макцентр Издательство, 2000
50. Славов, Св. (1990). Лекарски грешки и непредпазливи лекарски престъпления. София
51. Учредителния конгрес на Българския зъболекарски съюз на 16.01.1999г. и изменян на 18.05.2001г.; 18.05.2002г.; 11.10.2003г.; 19.12.2003г.; 17.12.2004г.; 28.05.2005г.; 16.12.2005г.;15.12.2006г.; 24.11.2007г.; 28.11.2008г.; 26.11.2010г.; 09.12.2011г.; 08.12.2012г.; 06.12.2013г.; 11.12.2015г., 09.12.2016г. и 19.01.2018 г.
52. Харта на основните права на Европейския Съюз (2007/С 303/01)
53. Т. Черкезов, Р.Илиев, Ел.Петрова, Джеретто. “Роля на мениджъра в мотивирането на персонала”, Медициниски меридиани 2021, брой 1.
54. Ahearn , David J 1 , Martha J Sanders, Claudia Turcotte, Ergonomic Design for Dental Offices, Work 35 (2010) 495–503, DOI 10.3233/WOR-2010-0986, IOS Press
55. Ambady N., *Surgeons' tone of voice: a clue to malpractice history. Surgery. 2002;132:5–9.*
56. Australian Council for Safety and Quality in Healthcare. (2001). Safety in Practice: Making Health Care Safer;
57. ANAES/Service d'Evaluation Economique /Septembre 1998 50 Le cout de la qualite et de la non-qualite a l'hospital, J Econ Med 1996; 14: 285-90
58. Acute Health Care Indicator Project – Final report, Dept. Of Human Services, Victoria, 1999
59. [Baker James 1](#), [Austin Leavitt 2](#), [Jonathon S Jundt 3](#) Practice Management in Oral and Maxillofacial Surgery, Oral Maxillofac Surg Clin North Am. 2019 Nov;31(4):601-609., doi: 10.1016/j.coms.2019.07.004. Epub 2019 Aug 30.
60. Baker, R. Audit and standards in new general practice. BMJ 1991; 303:32-34; -21 стр
61. Baker, R., Frazer, RC. Development of review criteria: linking guidelines and assessment of quality, BMJ, 1995; 311: 370-373;
62. Berwick, DM. Continuous care. NEJM, 1989, 320, 53-56;
63. Bhangoo P., I K Maconochie, N Batrick, E Henry, Clinicians taking pictures—a survey of current practice in emergency departments and proposed recommendations of best practice, Emerg Med J. 2005 Nov;22(11):761-5., doi: 10.1136/emj.2004.016972.

64. Bouchet B., Monitoring the quality of primary care, QA Project, Bethesda, 2000
65. CED , EU Manual of Dental Practice 2015 Edition 5.1, Chapters 8-10, pages 47-377
66. Coughian B., D Powel – “The second victim a review”, EJOG, April 02.2017) – 132crp. /
67. Council of Europe, (2006). Recommendations of the Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care;
68. Clinical Audit In General Practice, Education SERU, 1997, Australia
69. Clinical Audit, UBHT, Internet Web Site, 2000
70. Care Quality Commissions, Review of CQC’s impact on quality and improvement in health and social care, April 2017, <https://www.cqc.org.uk/file/1609873>
71. Care Quality Commissions, Shaping the future: CQC's strategy for 2016 to 2021, <https://www.cqc.org.uk/file/384235>
72. David J Ahearn 1, Martha J Sanders, Claudia Turcotte, Ergonomic Design for Dental Offices, Work 35 (2010) 495–503, DOI 10.3233/WOR-2010-0986, IOS Press
73. [D'Cruz L. 1](#), [R Rattan 1](#), Electronic clinical dental records: unintended consequences, Br Dent J. 2018 Apr 27;224(8):582-3., doi: 10.1038/sj.bdj.2018.311. Epub 2018 Apr 20.
74. Donabedian, A. Criteria and standards for quality assessment and monitoring. Quality Review Bulletin, 1986;12:99-108
75. Donabedian, A. Criteria and standards for quality assessment and monitoring. Quality Review Bulletin, 1986;12:99-108
76. Don Hindle, Auditing pathway-based care paid on a per case basis, Report 5, 2001
77. Glick M ,When Good May Not Be Good Enough: The Need for Clinical Performance Measures in Dentistry, J Am Dent Assoc. 2011 Feb;142(2):124-5. doi:10.14219/jada.archive.2011.0038
78. Garside P., Organisational context for quality: lessons from the fields of organisational development and change management Quality in Health Care 1998;7(Suppl):S8-S15
79. Hindle D. Potential uses of the SF- 36 genetic outcomes instrument by Australian Health insurers. Private sector Casemix Unit, Canberra, 1995;
80. Hindle D. Trusting the surgeon: a tornado from Bristol. Australian Health Review, 1998, 21(4);
81. ISO 9000:2000. Quality management systems – Fundamentals and vocabulary;

82. Joint Commission on the Accreditation of Health Care Organizations National Library of healthcare indicators, Oakbrook Terrace, IL, JCAHCO, 1997
83. Joint Commission – International Center for PS. (2008). Book 1. World Health Organization Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. Report;
84. Kume H. Тотално управление на качеството, Ръководство за ТУК;
85. 17 Lawrence M, Schofield T. What is Medical Audit?, Medical Audit in Primary Health Care, Oxford University Press, 1993, 3-31
86. Lawrence M, Olesen F. Indicators of quality in health care, Eur J Gen Pract, 1997; 3: 103-108;
87. Mark R. Chassin, M.D., Improving the Quality of Care The New England Journal of Medicine - October 3, 1996 - Vol. 335, No. 14
88. Moss F, Dawson S., Organisational change: the key to quality improvement Quality in Health Care 1998; 7(Suppl): S1-S2
89. Michael Glick , When Good May Not Be Good Enough: The Need for Clinical Performance Measures in Dentistry, J Am Dent Assoc. 2011 Feb;142(2):124-5. doi:10.14219/jada.archive.2011.0038
90. NHS Executive. Developing NHS Purchasing and GP fund-holding. Leeds: NHSE, 1994;
91. NHS Executive. Towards a primary care led NHS: an accountability framework for GP fund-holding. Leeds: NHSE, 1994;
92. NPSA, Risk Assessment Programme. Overview, 2006, p. 3
93. National Health Performance Committee, Fourth national report on health sector performance indicators, July 2000, A report to the Australian Health Ministers' Conference
94. Rakel, RE. Management of the Practice. *Textbook of Family Practice*. 5th. s.l. : WB Saunders Compan, 1995.
95. Runciman B, Merry A and Walton M. Safety and ethics in healthcare: a guide to getting it right. Aldershot UK; Ashgate Publishing Limited; 2007.
96. <https://www.ond.pt/content/uploads/2017/12/ced-manual-2015-completo.pdf>

Приложения

1.Образец информирано съгласие

..... /Наименование и адрес на лечебното заведение/		
ДЕКЛАРАЦИЯ <i>за</i> информирано съгласие на пациента относно осъществяването на дентална диагностична и лечебна дейност		
I. Част: Долуподписаният/та....., ЕГН/ID..... Телефон/e-mail за връзка:.....		
Настоящото информирано съгласие изразявам след проведена дискусия между лекуващият ми дентален лекар и мен като негов пациент/родител, настойник, попечител/лице по чл. 87, ал. 5, дирекцията по чл. 87, ал. 6, както и лицата по чл. 162, ал. 3 от Закон за здравето. Въз основа на своите законоустановени задължения, добрата медицинска практика и етично-моралните правила, лекуващия ми дентален лекар разговаря лично с мен, като ме информира на достъпен и разбираем за мен език в достатъчен обем и своевременно за установеното при прегледа ми здравословно състояние, денталния ми статус, характера на заболяването ми и необходимостта от лечение. Разясни ми целите и естеството на лечението, разумните алтернативи, очакваните резултати, прогнози, възможни рискове и ползи, свързани с предлаганите методи и подходи за диагностика и дентално лечение, както и за риска за здравето ми при отказ от лечение.		
II. Част: В качеството ми на: а) Пациент б) родител/настойник/попечител на пациента:..... в) други лица по чл. 87, ал. 5, чл. 87, ал. 6, чл. 162, ал. 3 от Закон за здравето:.....		
Съм информиран/а лично от своя лекуващ дентален лекар д-р, при проведения ни разговор за всичко, касаещо моето здравословно състояние, диагноза и предлагано лечение, както и за обстоятелствата по т. I от Декларацията, на напълно разбираем за мен език, като имах възможност да задам въпроси и попитах всичко, което счетох за важно, за да взема своето информирано решение за денталното ми лечение. В тази връзка:		
Давам информирано съгласие: (имена на декларатор) (подпис, дата)	Отказвам да бъда информиран (съгл. чл. 92, ал. 2 33) (имена на декларатор) (подпис, дата)	Отказвам лечение: (имена на декларатор) (подпис, дата)
III. Част: В качеството ми на пациент/родител, настойник, попечител/лице по чл. 87, ал. 5, дирекцията по чл. 87, ал. 6, както и лицата по чл. 162, ал. 3 от Закон за здравето, съм информирал своя лекуващ дентален лекар д-р..... за всички мои придружаващи заболявания, алергии и други специфики (ако има такива), касаещи моето здраве и са ми известни към момента, като не съм затаил/а и/или изменил/а каквато и да е информация, която ми е известна и касае моето състояние и здраве.		
Подпис на декларатор: Подпис на лекуващ лекар:.....		

2. Анкетна карта

МЕНИДЖМЪНТ НА РИСКА В ДЕНТАЛНИТЕ ПРАКТИКИ

Уважаема госпожо,

Уважаеми господине,

Целта на анкетното проучване е с цел подобряване на качеството на денталната помощ. Конкретните задачи са да се установи :

- опасността за лекаря по дентална медицина в случаите, при които извършва медицинска интервенция без информирано съгласие
- необходимост от съвместно сътрудничество между Изпълнителна агенция „Медицински надзор“ и Българския зъболекарски съюз
- превенция на усложнения, грешки и инциденти
- гарантиране сигурността и безопасността, както на пациента, така и на денталния лекар

Резултатите от това проучване биха дали по-добра представа относно качеството на денталната помощ, отношението към качеството на здравните дентални грижи, както и зачитането на правата и интересите на лекарите по дентална медицина, както и удовлетвореността на пациентите от получените здравни грижи.

След анализ на резултатите, ще бъдат направени изводи и препоръки, които биха могли да допринесат за гарантиране сигурността и безопасността, както на пациента, така и на неговият дентален лекар при извършването на лечебно-диагностични медицински дейности допринасящи за превенция на усложнения, грешки и инциденти в работата.

Анкетата е анонимна и единствено за лекари по дентална медицина, даваща възможност за свободно на мнение.

С огромна благодарност за Вашата отзивчивост!

Тази анкета е изготвена със съдействието на УС на СРК на БЗС.

Анкета

☐ Моля оградете правилния отговор, който е според вашето мнение .

Пол

☐ жена

☐ мъж

1. Спазвате ли установените алгоритми, насоки и/или други правила, които гарантират безопасността на пациента по време на лечението?

☐ ДА

☐ НЕ

☐ НЕ ЗНАМ

2. Одобрявате ли съвместно разработената от Изпълнителна агенция „Медицински надзор“ и Българския зъболекарски съюз специализирана Декларация за информирано съгласие и нейното въвеждане в работата на денталните лекари?

☐ ДА

☐ НЕ

☐ НЯМАМ МНЕНИЕ

3. Предоставяте ли преди лечение на пациентите Декларация за информирано съгласие?

☐ ДА ☐ НЕ

4. Обяснявате ли на достъпен език какво може да се очаква от извършеното лечение?

☐ ДА ☐ НЕ

5. Разяснявате ли на разбираем език съдържанието на декларацията?

☐ ДА ☐ НЕ

6. Наясно ли сте с опасността за лекаря по дентална медицина в случаите, при които извършва медицинска интервенция без информирано съгласие?

☐ ДА ☐ НЕ ☐ НЕ ЗНАМ

7. Ако е имало инцидент във вашето лечебно заведение каква е била вашата реакция:

A - Всичко остава само между хората от екипа -

☐ ДА ☐ НЕ

B - Споделял съм само с някои колеги -

☐ ДА ☐ НЕ

C - Поставял съм въпроса за обсъждане с колеги за коментар и превенция -

☐ ДА ☐ НЕ

D - Не съм направил нищо -

☐ ДА ☐ НЕ

8. Смятате ли, че трябва да се създаде база данни за обработка и превенция на усложнения, грешки и инциденти?

☐ ДА ☐ НЕ ☐ НЯМАМ МНЕНИЕ

9. Смятате ли, че трябва да организират дискусии във връзка с установени грешки и усложнения?

☐ ДА ☐ НЕ ☐ НЯМАМ МНЕНИЕ

10. Притеснявате ли се от коментирането на допуснати грешки и усложнения във вашето лечебно заведение?

☐ ДА ☐ НЕ

11. Чувствате ли се некомпетентен след като се е случила грешка или усложнение във вашата практика?

☐ ДА ☐ НЕ

12. Чувствате ли притеснения при обяснението на възникналото усложнение пред пациента?

☐ ДА ☐ НЕ

13. Като цяло как оценявате условията за безопасност на пациента във вашето лечебно заведение?

☐ ЗАДОВОЛИТЕЛНО ☐ ДОБРО ☐ ОТГОВАРЯ НА
СТАНДАРТИТЕ

14. Смятате ли че, подписването на меморандум за съвместно сътрудничество между Изпълнителна агенция „Медицински надзор“ и Български зъболекарски съюз е верен и резултатен мениджърски подход с грижа към денталното съсловие, водещо до повишаване качеството на денталните услуги и е в защитата на лекувания дентален лекар?

☐ ДА ☐ НЕ ☐ НЯМАМ МНЕНИЕ

15. Одобрявате ли партнирането между контролния орган ИАМН и БЗС като съсловие на професионалистите в денталната медицина, като пряко ангажирани в подобряване на качеството на медицинската дентална помощ?

☐ ДА ☐ НЕ ☐ НЯМАМ МНЕНИЕ

16. Считате ли че, подписването на Декларация за информирано съгласие от страна на пациента или негов настойник, до голяма степен гарантира сигурността и безопасността, както на пациента, така и на неговият дентален лекар при извършването на лечебно-диагностични медицински дейности?

☐ ДА ☐ НЕ ☐ НЯМАМ МНЕНИЕ

