

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ

Катедра „Здравна политика и мениджмънт“

Румен Стойнев Илиев

МЕДИЦИНСКИЯТ ОДИТ КАТО ПОДХОД ЗА
УПРАВЛЕНИЕ НА КАЧЕСТВОТО В ДЕНТАЛНАТА
ПРАКТИКА

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

Област на висше образование: 7. „Здравеопазване и спорт”

Професионално направление: 7.4. „Обществено здраве”

Докторска програма „Социална медицина и организация на
здравеопазването и фармацията”

НАУЧЕН РЪКОВОДИТЕЛ
Проф. д-р Златица Петрова

София, 2023 г.

Дисертационния труд е одобрен и насочен за защита от катедрен съвет на катедра „Здравна политика и мениджмънт“, Факултет по обществено здраве на Медицински университет София.

Дисертационният труд съдържа 142 стр. и е онагледен с 23 фигури, 29 таблици и 2 приложения.

Библиографската справка включва 96 заглавия, от които 53 на кирилица и 43 на латиница. Номерата на таблиците и фигурите не отговарят на тези от Дисертационния труд.

Научно жури:

- 1. Проф. д-р Ралица Златанова Златанова-Великова, дм**
- 2. Доц. Д-р Наталия Михайлова Щерева-Николова, дм**
- 3. Проф. д-р Росен Господинов Коларов, дм**
- 4. Проф. д-р Владимир Христов Гончев, дм**
- 5. Проф. д-р Кънчо Трифонов Чамов, дм**

Резервни членове:

- 1. Проф. д-р Красимир Стоянов Визев, дмн**
- 2. Проф. д-р Христо Стоянов Бозов, дм**

Публичната защита ще се състои на 19.04.2023 г. в зала № 7 на Факултет по обществено здраве, УМБАЛ „Царица Йоана – ИСУЛ“ ЕАД ул. „Бяло море“ №8 гр. София

Материалите по защитата са на разположение в секретариата на Деканата на ФОЗ, МУ София, УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ“ ЕАД, ул. Бяло море” № 8, гр. София.

Материалите по защитата са на разположение в секретариата на Деканата на ФОЗ , МУ СОФИЯ, УМБАЛ „Царица Йоана – ИСУЛ“ ЕАД ул. „Бяло море“ №8 гр. София и на интернет страницата на МУ София: <http://career.mu-sofia.bg/index.php>

ВЪВЕДЕНИЕ.....	4
ЦЕЛ И ЗАДАЧИ, МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИКА.....	4
РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ.....	7
Анализ на денталните практики в Европейските страни.....	7
Денталната практика в България.....	23
ИАМН- правомощия и контрол в денталната практика.....	35
Алгоритъм на проверки на дентални практики и резултати.....	35
Анализ на резултатите от извършените проверки от ИАМО/ИАМН за периода 2017-2019 г.....	35
Анкетно проучване „Мениджмънт на риска“. Резултати и обсъждане.....	40
ИЗВОДИ.....	47
Изводи от литературния обзор.....	47
Изводи от анализ на денталните практики в Европейските страни и денталната практика в България.....	49
Изводи от анализ на резултатите от извършените проверки от ИАМО/ИАМН за периода 2017-2019 г.....	50
Изводи от анкетното проучване „Мениджмънт на риска“.	51
ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ПРЕПОРЪКИ.....	52
Препоръки.....	52
Заключение.....	53
Приноси.....	54
Публикации свързани с научния труд.....	55

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. Именно това е причината за здравеопазването все повече да 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 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.

1. ЦЕЛ И ЗАДАЧИ, МАТЕРИАЛ И МЕТОДИКА

1.1. 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 с НЗОК, 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.

1.2.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 СРК 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, 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, 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. Върху 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**

Cronb ach'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.

2. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

2.1 Анализ на денталните практики в Европейските страни

2.1.1 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 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.

Обществени дентални услуги

За целите на описанието на предоставянето на здравеопазване извън либералната (обща) или частна практика, описваме това като ублични дентални услуги. Това обаче не е съвсем точно, тъй като границите между ЛДМ, работещи със заетост / на заплащане, и частна собственост / публична собственост съоръжения се размиват 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 проучване, 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. 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-челюстни 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. И VVT (Белгия) съобщават, че има стремеж към легализирането на денталния туризм 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.

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 тяхната 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.**

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. Ръководството 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 разноси, ако възникне иск срещу тях. В някои страни обаче това обезщетение/застраховка не е задължителна.

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. Рентгенови 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.

2.1.2 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 камара 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 камара има експертна комисия със система за контрол на качеството независимо дали касае частния сектор или чрез HZZO.

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. След полагане на изпит лекарят по ДМ получава лиценз от хърватската камара и може да работи независимо.

Кипър. Регистрацията 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.

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 асоциацията преценява оплакванията. Зъболекари и от публичния и от частния сектор членуват в състава на комисията.

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. По принцип програмата за качество включва всички клинични пътеки за пациенти в здравните заведения.

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. 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.

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. 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.

Финландия

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 KEELA- 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.

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. 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. През 1993 г. влиза в сила Закон за правата на пациентите.

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“.

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. Рутинният мониторинг се осъществява от KZV и се състои в проверка на фактури и обем работа, извършена от всеки

зъболекар. 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.

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 камара. 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. 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.

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.

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. Зъболекарите имат право на обжалване в рамките на този процес пред дисциплинарната Комисия на Гръцката стоматологична асоциация.

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. 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. Оплакванията, свързани с частната стоматологична помощ, обикновено са адресиран до лекуващия зъболекар директно от първата инстанция. 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.

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.

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.

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. 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. **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. Независим орган - Комисията за надзор разследва евентуални оплаквания.

Малта

Качеството на грижите

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.

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. 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.

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. 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.

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 използват назначени зъболекари, които да контролират и оценяват денталните медици според наложени стандарти, програми за осигуряване на качество и т.н. Норвежкят потребителски съвет е отговорен за огласяването на ценоразписите на ЛДМ и оферти на пациентите. Насоките за „Добра клинична практика“ са въведени от Норвежка дирекция по здравеопазване през 2011 г.

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 предприеме 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 са специалисти по медицина, но предоставят съвети и помощ за зъболекари и лекари.

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 професионалната 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 на *prima facie*, които подкрепят всяко оплакване, то могат 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, 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.

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 съдено 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 зъболекар.

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. 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.

Словакия

Качеството на грижите

Пациентите очакват висококачествено и дълготрайно функционално лечение, но това зависи от личната отговорност, уменията и професионални познания на зъболекаря. Зъболекари, които работят по споразумение със застрахователна компания, могат да бъдат контролирани от ревизиращи зъболекари. Това са зъболекари, наети от застрахователна компания; те контролират например фактурите, които зъболекарите изпращат на застрахователна компания от професионална (клинична) гледна точка. 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 ННІS, количеството на работата се следи от ННІS. 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. 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.

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. 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 зъболекаря 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.¹

2. 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

¹ <https://www.ond.pt/content/uploads/2017/12/ced-manual-2015-completo.pdf>

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.

2.2.1 Договаряне с изпълнителите на здравна помощ

Философията на договарянето е договорният модел на здравно осигуряване,² 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. 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.

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. Не са обект на договаряне научна дейност и обучение на медицинските специалисти. 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

² Закон за здравното осигуряване

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. 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.

2.2.2 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 (ИзвбДП) с НЗОК може да бъде лечебно заведение, което отговаря на общите условия по чл. 16, ал. 1, т. 1 и на специални условия.

2.2.3. 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 четири лечебни дейности.

2.2.4 Структура и дейност на БЗС

Законът за съсловните организации и Уставът на БЗС³ учредяват и конституират органите на Съюза:⁴

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. 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.

³ Учредителния конгрес на Българския зъболекарски съюз на 16.01.1999г. и е 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.

⁴ ЗСОЛДМ

Контролни органи:

Комисията по професионална етика контролира морално-етичните и деонтологичните аспекти на упражняването на денталната професия. Контролната комисия следи за законосъобразността и уставосъобразността на решенията на Управителния съвет и тяхното изпълнение. БЗС включва 28 районни колегии, които са самостоятелни юридически лица със собствени устави. Тяхното ръководство възпроизвежда на регионално ниво същите ръководни органи (Общо събрание, Управителен съвет) и контролни органи (Комисия по професионална етика, Контролна комисия). 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 именно тази страна. Етичният кодекс на СЕЗ обаче е своего рода Magna Charta за европейските лекари по дентална медицина. 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.

2.2.5. 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.

2.2.6. 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 за професионалната етика 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 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.

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

1. порицание;
2. 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;
3. 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 БЗС. Наказателните постановления се издават от председателя на управителния съвет на районната колегия 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. Сумите от наложените глоби постъпват в приход на районната колегия на БЗС. Налагането на наказанията по чл. 37 не отменя търсенето на наказателна, гражданска или дисциплинарна отговорност по Кодекса на труда. 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 медицина⁵ 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. 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. 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 съсловието 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. 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.№ 1. Видове жалби

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

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.

⁵ **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.

- ✓ 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. 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. 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.№ 2. Видове жалби - СРК

Брой жалби	Протетично лечение	Имплантология	Хирург. лечение	Терапевт. лечение	Детски	Ортодонтия	Други
66	24	7	6	10	4	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 съсловие по дентална медицина от гледище на ефективност и повишаване на качеството чрез контрол е факт.

2.2.7. 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)⁶, чл. 46 от Закона за здравното осигуряване (ЗЗО),⁷ чл. 77 от Закона за лечебните заведения (ЗЛЗ)⁸ и чл. 5 от Закона за съсловните организации на лекарите и лекарите по дентална медицина (ЗСОЛЛДМ)⁹. 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.¹⁰ 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, зачита достойнството им и пази тайната на пациентите, изслушва и уважава позицията на пациентите, информира пациентите по разбираем за тях начин, зачита 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

⁶ Закона за здравето (ЗЗ)

⁷ Закона за здравното осигуряване (ЗЗО)

⁸ Закона за лечебните заведения (ЗЛЗ)

⁹ Закона за съсловните организации на лекарите и лекарите по дентална медицина (ЗСОЛЛДМ)

¹⁰ ПДМПЛДМ, ДВ, бр. 41 от 08.05.2020 г

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;
- ✓ подсигуряване на изпълнението на клиничните протоколи;
- ✓ етична комуникация с пациентите и техните семейства;
- ✓ подсигуряване на воденето на пълни и точни медицински документи;
- ✓ подсигуряване 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.

2.2.8. 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. 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 дисертация 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. 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 въвеждане в работата на денталните лекари. 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.¹¹

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.

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 инфилтративна 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. Рисковете при извършване медицинска интервенция, чрез получаване 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

¹¹ Декларация за информирано съгласие за лекарите по дентална медицина

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. 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.) а от април 2019 г. съвместно с Агенцията по трансплантация придобива ново наименование и функции ИАМН. 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.

3.1 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 са регламентирани в Методиката за проверка на ИАМН**

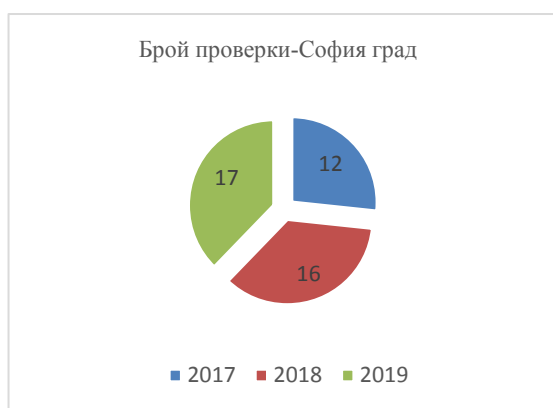
3.2. Анализ на резултатите от извършените проверки от ИАМО/ИАМН за периода 2017-2019 г.

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 са ЛЗ или 33% от всички проверени ЛЗ и 97 (67%) в провинция.

Табл.№ 3. 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

Фиг.№1. Брой проверки-София град



Фиг.№ 2. Брой проверки-провинция



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%, 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).

Табл.№ 4. 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

Идентични са нарушенията установени в София-град по нормативни документи и по видове общо 45. 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 17,8% и липса на информирано съгласие 11,1%. При проверките в провинция най-често срещаните нарушения отново е липсата на информирано съгласие - 20,2%, неправомерно заплатена сума за дентална услуга 20.1% и липса на издаден финансов документ 7.4%.

Табл. № 5. Нарушения на Нормативен акт - София Град

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	7. Няма данни за пациента в болничната система на ЛЗ.
28	6	1	1	5	3	1

Табл. № 6. Вид на нарушение - София Град

Не е издаден финансов документ	Не е извършен задължителен клиничен преглед и подготовка на пациента за анестезия	Не е взето Информационно съгласие	Не е попълнен Амбулаторен лист	ЛЗ. с неактивен статус не е регистрирано в СРЗИ	Не са извършени рентгенографии преди и след хирургична интервенция
1	1	5	8	1	1

Табл. № 7. Видове нарушения- провинция

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

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($p=0.008$). 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%). 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.

3.3. 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:

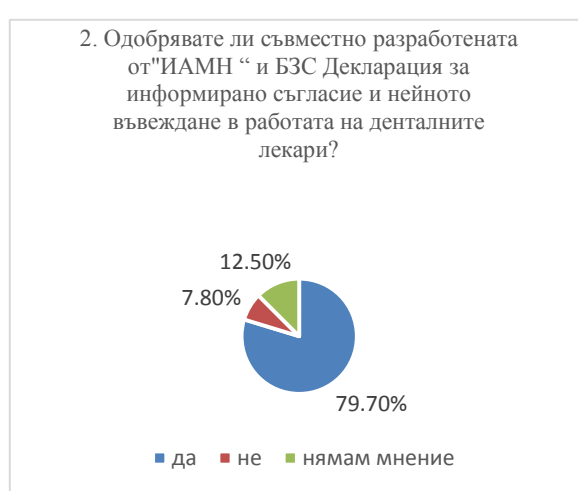
- опасността за лекаря по дентална медицина в случаите, при които извършва медицинска интервенция без информирано съгласие
- необходимост от съвместно сътрудничество между Изпълнителна агенция „Медицински надзор“ и Българския зъболекарски съюз
- превенция на усложнения, грешки и инциденти
- гарантиране 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 10 месеца (02. 2021-10.2019). Задаваните въпроси са 16 на брой. Отговорили 114/89,1%, Без мнение са 14/10,9%. На първия въпрос около 90% са отговорили положително, което говори за добра осведоменост за значението на този елемент на качеството.

Фиг. № 4. Спазване на правила за безопасност

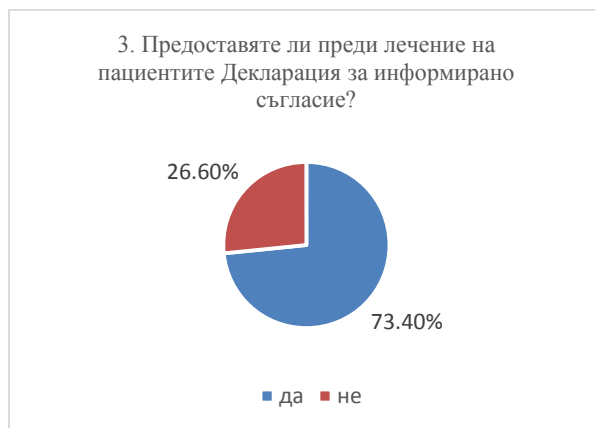


Фиг. № 5. Одобрение/неодобрение



Тук е интересна интерпретацията на този отговор (фиг.5), около 20% нямат мнение или не са съгласни, което не кореспондира с отговора за безопасността(фиг.4), 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% (фиг.5) не я предоставят преди лечение.

Фиг. № 6. Предоставяне преди лечение на пациентите Декларация за информирано съгласие

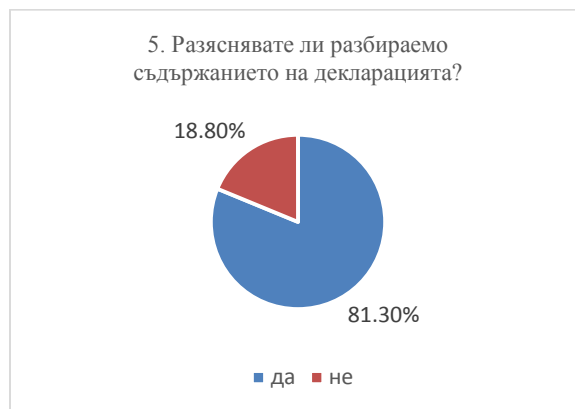


На двата свързани въпроса дали се обяснява на достъпен език какво може да се очаква от лечението и разбираемо ли е съдържанието на декларацията има разминаване в отговорите. Почти всички 98, 4% (фиг.7), отговарят, че комуникацията между лекар и пациент е осъществена и същевременно 18% (фиг.8), считат, 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.

Фиг. № 7. Обяснява ли се на достъпен език ?



Фиг. № 8. Разяснявате ли разбираемо?



Останалите 11 въпроса третират 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 ¹²(С. Славов, 1990) ¹³(Р. Илкова, 2010)., (Раданов, 2004)¹⁴, Петрова^{15, 16} „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;

¹² Славов, Св. (1990). Лекарски грешки и непредпазливи лекарски престъпления. София

¹³ Илкова, Р. (2010). Лекарските грешки. Общество и право. Бр. 6 и 7. Стр. 22-31, 71-77.

¹⁴ Раданов, С. (2004) Медицинска деонтология. СИЕЛА, София

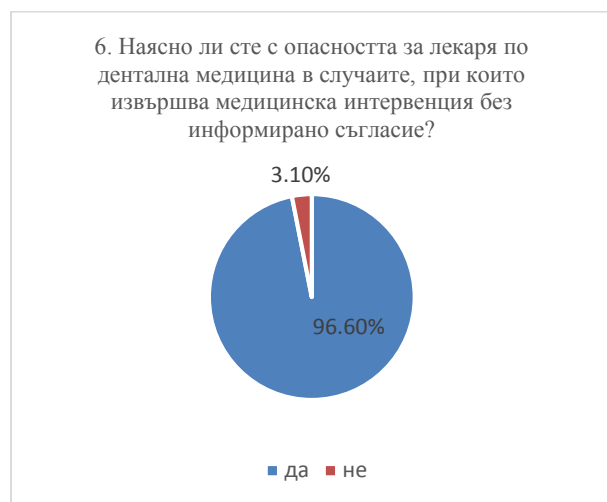
¹⁵ Петрова, Зл., М. Попова. (2010) Ролята на ИАМО в процеса на изграждане на Система за отчитане на медицинските грешки. Социална медицина, кн. 4.

¹⁶ Петрова Зл, кол. (2015) “Глосариум на най-често ползваните термини и определения в организацията и управлението на здравеопазването”, речник, Ес принт ООД, София

- 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)¹⁷. 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. На 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).

Фиг. №9. Опасност при липса на инф. съгласие



Фиг.10. Ако е имало инцидент?



¹⁷ Радойнова, Д. (2013) Лекарски грешки. Съдебномедицинска гледна точка. Издателска къща СТЕНО, Варна, 235.

Почти $\frac{1}{4}$ от анкетиранияте 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. 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. 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.¹⁸ 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.

Фиг. №. 11.Създаване на база данни



Фиг. №12. Организиране на дискусии



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 анкетиранияте $\frac{1}{4}$ се притесняват от коментарите по повод допуснати грешки и се чувстват некомпетентни, а 70% са притеснени как да обяснят допускането им на пациентите.

¹⁸ Попова, М (2012) Концептуален модел за изграждане на система за безопасност на пациентите в лечебните заведения за болнична помощ. Дисертация, МУ, София,

Фиг. № 13 Притеснявате ли се от коментиране?**Фиг. №. 14. Компетенции**

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.

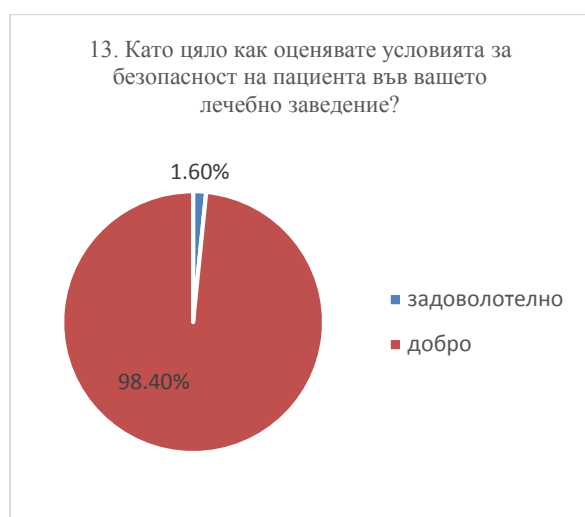
Фиг. № 15. Състояние при обяснение на допуснатите грешки

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.

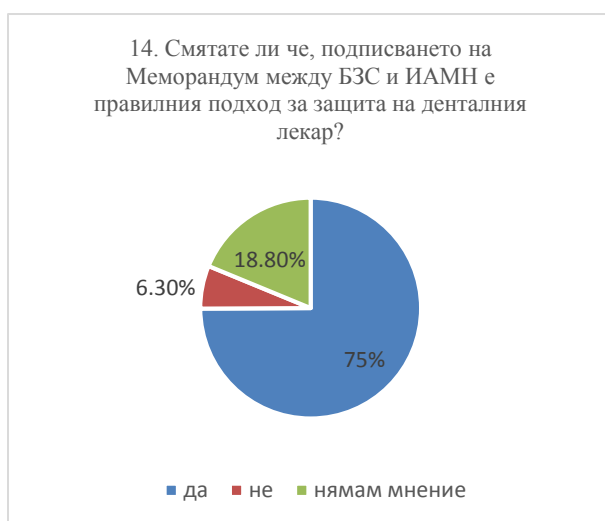
Разкриването на грешки е свързано и с познанията на пациента. С разкриването и дискусия лекарят минимализира резултата от увредата. Лекарите следва да обяснят за обстоятелствата съпътствали грешката на немедицински, ясен, честен и разбираем език. Преди да разкрие грешката лекарят следва да изясни всички факти, детайли и обстоятелства и да разкрие пълната реалистична картина довела до потенциалната бъдеща увреда. Незабавното разкриване на грешката е най-добрият подход. Пълното разкриване дори на минимални грешки подобрява връзката, атмосферата на диалог, улеснява участието на пациента при вземане на медицинско решение за неговото здраве.¹⁹ 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.²⁰

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.

Фиг. № 16. Оценка на условията за безопасност



Фиг. № 17. Оценка на подписания Меморандум



¹⁹ Surgeons' tone of voice: a clue to malpractice history. *Surgery*. 2002;132:5–9.

²⁰ B Coughian, D Powell – “The second victim a review”, *EJOG*, April 02.2017)

Фиг. № 18. Одобряване партньорство ИАМН-БЗС



Фиг. № 19. Информирано съгласие и сигурност



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. 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.

4. 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. 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.

2. 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. 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, ще бъде лекуван в лечебни заведения със специалисти, политика и оборудване, съответстващи на съвременните изисквания и по начин отговарящ на добрата медицинска практика при спазване на основните му човешки права.
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 подобрили 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. 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.
9. Комплексът от фактори, зависещи от зъболекар, практика и пациент влияят върху процеса на предоставяне на услуги, освен оралния статус. Професионални дентални фактори като избор на метод на лечение, практически убеждения, предпочитания на пациентите и демографски характеристики оказват влияние върху моделите на обслужване.
10. Съществува възможност за изследване на клиничните резултати в общата дентална практика за подобряване на знанията чрез медицинските записи, които са точни, изчерпателни и направени своевременно, на базата на които се вземат решения за лечение и установяваща потенциалните проблеми и предлагащи адекватни съвети и грижа
11. Организациите за дентална помощ представляват най-бързо развиващия се сегмент в орално здравеопазване. Целите на организациите са стандартизиране на осигуряваните здравни грижи за пациентите чрез намаляване на неклиничните тежести за практикуващите.
12. Съществуват количествени и качествени показатели за оценка на конвенционалните и хирургичните дейности в общото дентално лечение.
13. В съвременна деонтологична медицинска грижа, получаването на съгласието от страна на пациента 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

14. 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.

15. 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

1. 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.

2. Известен контрол се осъществява от БЗС на основата на Етичния кодекс. Съставянето на актовете, издаването и обжалването на наказателните постановления по ЗСОЛЛДМ се извършва съгласно ЗАНН. 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.

4. Най-честите и основни пропуски при проведените лечения:

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

5. Може да се направи безспорен извод, че проблем съсловен контрол е проблем в съсловието по дентална медицина.

6. 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.

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 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: -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; $p < 0.001$).

8. При направения сравнителен анализ на резултати 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. Денталният 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 02.2019-10.2019 г. 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 „Информирано 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, който не е получил информирано съгласие от пациента, 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. 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.

7. 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.

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

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

5. 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 ъпгрейдване 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.

6. ПРИНОСИ

1. Направен е мащабен анализ на литературни източници в областта на качеството на денталните услуги, както и комплексът от фактори, зависещи от дентален лекар, 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.

11. Подчертано, че съгласието от страна на пациента има централно значение сред въпросите за оказването на медицинска помощ.

Списък с публикации във връзка с дисертационния труд

1. Д-р Румен Илиев, Елисавета Петрова –Джеретто, Информираното съгласие като елемент за мениджмънт на риска в денталните практики-сп. “Обща медицина”, 24, 2022, № 2, 13-19 стр.
2. Д-р Румен Илиев, “Дентални практики в Европейските страни- характеристика, регистрация и качество на грижите-обзор”, сп. Медицински преглед, 58, 2022, № 3, 17-30 стр.
3. Илиев, Р., Р. Коларов, Е. Петрова Джеретто, З. Петрова, “Критерии за оценка на качеството в денталните практики и правила за добра медицинска практика“, сборник доклади, юбилейна научна конференция, „Човек, общество, медицина“, Кържали, 2022 г, 206-217 стр, ISBN 978-954-652-037-1
4. Румен Илиев, “Избелване на зъби-щадяща и минимално инвазивна техника в естетичната дентална медицина“, сп., Здравна политика и мениджмънт“ том 19, 4 бр. 2019 г, ISSN 1313-4981
5. Т. Черкезов, Р. Илиев, Ел. Петрова-Джеретто, “Роля на мениджъра в мотивацията на персонала”, Медицински меридиани кн.1, 2021 г., 10-18 стр. ISSN-1314-1090
6. Миразчийски Б., Е. Петрова-Джеретто, Р. Илиев „Оценка на риска на качеството на медицинското обслужване в Спешно приемно и Хирургично отделение на УМБАЛ Бургас“, сп. „Здравна политика и мениджмънт“, 2021 г. брой 2, стр. 22-29, ISSN-1313-4981