

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ

Д-Р НЕВЕН ЙОРДАНОВ ЕНЧЕВ

МЕНИДЖМЪНТ НА КАЧЕСТВОТО В СЪВРЕМЕННА
БОЛНИЦА ЗА АКТИВНО ЛЕЧЕНИЕ

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”
Научна специалност „Социална медицина и организация на
здравеопазването и фармацията”

НАУЧЕН РЪКОВОДИТЕЛ
ПРОФ. Д-Р ЦЕКОМИР ВЛАЙКОВ ВОДЕНИЧАРОВ, ДМН

РЕЦЕНЗЕНТИ
ПРОФ. Д-Р РАЛИЦА ЗЛАТАНОВА-ВЕЛИКОВА, ДМ
ДОЦ. Д-Р КАТЯ ПЕТРОВА ПОПОВА - ЮРУКОВА, ДМ

София, 2017 г.

Дисертационният труд е одобрен и насрочен за защита от разширен катедрен съвет на Катедра по Здравна политика и мениджмънт при Факултета по Обществено здраве при Медицински Университет – София.

Дисертационният труд съдържа 234 страници и е онагледен 2 таблици, 60 фигури и 4 приложения.

Библиографската справка включва 125 заглавия, от които 43 са на кирилица и 82 на латиница.

Научно жури:

Проф. д-р Цекомир Влайков Воденичаров, дмн

Проф. д-р Ралица Златанова Златанова-Великова, дм

Проф. д-р Веселин Борисов Василев, дмн

Проф. Мими Георгиева Стойчева, дм

Доц. д-р Катя Петрова Попова - Юрукова, дм

Резервни членове:

Проф. д-р Вихрен Николаев Петков, дм

Доц. д-р Недялка Илиева Кръстева, дм

Публичната защита ще се състои на 31.05.2017г. от 14:00 часа в зала №7 на Факултет по обществено здраве, 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 Йоанна – ИСУЛ” ЕАД, ул. „Бяло море” №8, гр. София на интернет страницата на МУ София. Номерацията на таблиците и фигурите не отговаря на тази в дисертационния труд.

СЪДЪРЖАНИЕ

ВЪВЕДЕНИЕ	4
МЕТОДОЛОГИЯ НА ПРОУЧВАНЕТО	6
ЦЕЛ И ЗАДАЧИ.....	6
РАБОТНА ХИПОТЕЗА	7
МАТЕРИАЛ И МЕТОДИКА НА ПРОУЧВАНЕТО	8
Обект.....	8
Логически единици.....	9
Технически единици.....	9
Време и място на наблюдението	9
Методи на проучването.....	9
СОБСТВЕНИ ПРОУЧВАНИЯ. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ.	13
АНАЛИЗ И ОЦЕНКА НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ АНКЕТНОТО ПРОУЧВАНЕ НА НАЧАЛНИЦИ НА ОТДЕЛЕНИЯ	13
Социо-демографски характеристики на началниците на отделения	13
Необходимост от политика за подобряване и устойчиво развитие на качеството в болниците	13
Мнение на началниците на отделения относно модела на финансиране и акредитацията на лечебните заведения за болнична помощ.....	20
АНАЛИЗ И ОЦЕНКА НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ АНКЕТНОТО ПРОУЧВАНЕ НА ЛЕКАРИ	22
Социо-демографски профил на анкетираните лекари	23
Организация и управление на качеството на приема, диагностиката, лечението и грижите за хоспитализираните пациенти	24
Необходимост от подобряване на компетентността на болничния персонал.....	26
Ежедневни дейности и отношения на работното място	28
Взаимоотношения с ръководството	31
АНАЛИЗ И ОЦЕНКА НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ АНКЕТНОТО ПРОУЧВАНЕ НА ПРОФЕСИОНАЛИСТИ ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ	32
Социо-демографски характеристики на анкетираните професионалисти по здравни грижи	32
Организация и управление на качеството на приема и грижите на хоспитализираните пациенти	33
Необходимост от подобряване на компетентността на професионалистите по здравни грижи.....	36
Отношения на работното място и взаимоотношения с ръководството.....	37
АНАЛИЗ И ОЦЕНКА НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ АНКЕТНОТО ПРОУЧВАНЕ НА ПАЦИЕНТИ	39
Социо-демографски характеристики на анкетираните пациенти	39
Оценка на качеството на оказаната медицинска помощ от пациентите.....	40
МОДЕЛ НА ОРГАНИЗАЦИЯ И УПРАВЛЕНИЕ НА КАЧЕСТВОТО НА БОЛНИЧНИТЕ УСЛУГИ - РАЗРАБОТВАНЕ И ВНЕДРЯВАНЕ В МБАЛ „МЕДЛАЙН КЛИНИК“ АД	45
Основни параметри на процесите по разработването и внедряването на модела за организация и управление на качеството на болничните услуги.....	45
Стандартни изисквания за оценяване на специфичните дейности на функциониращите в болницата медицински и други структури.....	46
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	50
ИЗВОДИ	52
ПРЕПОРЪКИ	54
САМООЦЕНКА ЗА ПРИНОСИТЕ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД	55
СПИСЪК С ПУБЛИКАЦИИ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД	56

ВЪВЕДЕНИЕ

Национална система за болнична помощ в България по настоящем е смесица от централизирани, децентрализирани и деконцентрирани държавни, общински и частни болнични заведения със здравноосигурителни, бюджетни и законови „джобни“ източници на финансиране, експериментираща под натиска за силно сдържане на разходите и въвеждане на такива форми на управление, които да гарантират при нейното реформиране запазване на основната ѝ цел: предоставяне на *достъпна, своєвременна, достатъчна и качествена болнична помощ*.

Несигурността, в която се намираме се проектира върху наследената от миналото централизирана държавна мрежа от лечебни заведения за болнична помощ. Повечето от тях бяха създадени в обстановка, която не позволяваше развитие на свободата им за дейност и на способността им за самооценяване на качеството на оказваните от тях болнични услуги. Те съществуваха в условията на „замразен пазар“, без да носят отговорност за цената на техния продукт. Сега същите тези заведения се намират пред хоризонт, при който понятия като „свободен пазар“, „пазарни квоти“, „конкурентноспособност“ се появяват като буреносни облаци.

Какво можем да кажем за несигурността, която понася потребителят на нашата система за болнична помощ. Политически се увеличават очакванията относно възможността за избор на болница и *на качествен болничен лечебен екип*. Но избор на базата на какво? Ако на който и да е здравен пазар недостатъчното и неустойчиво заплащане на болничните услуги е в състояние да унищожи всички предвиждания, то в такъв случай пациентът – потребител ще бъде дълбоко разтревожен от това – да не се играе с неговото здраве и живот.

В тези условия пред публичните субекти, финансиращи болничните услуги (националната здравноосигурителна каса, държава, общини) и пред частните такива в лицето на доброволните здравнозастрахователни фондове възниква задачата да предложат инструментариум, който да позволи несигурността да се трансформира във възможност за успех. Но тази сложна и отговорна задача може да бъде решена само чрез системно преследване на ясно определени цели и

приоритети, съдържащи се в реално изпълнима през следващите няколко години стратегия за развитие на болничната помощ у нас.

Стратегическите цели и приоритети трябва да са достатъчно предизвикателни, но не и самонадеяни. Ето защо една от ключовите задачи на настоящата разработка е да фокусира вниманието и дейността на публичните и частните субекти, финансиращи болничните услуги върху няколко алтернативни цели и приоритети. В случая изхождаме от разбирането, че приоритетите са безмислени, ако включват всичко, поради което не всяка цел заслужава да бъде приоритет. И освен това приоритетни могат да бъдат само онези цели, които са изпълними в реално време и с реални финансови, човешки, материални и информационни ресурси.

Създаването на национален и локални (на ниво болница) модели за оптимизиране на взаимоотношението *финансиране/качествени болнични услуги* е нова концепция за нашето здравеопазване. Анализът на резултатите в редица успешно реформирани частни и публични болници е солидна основа, върху която тя може да бъде построена тази концепция, т.е. налице е вече, макар и скромно, опит за ново мислене и практика в разработването и внедряването на подобни модели. Но и тук се налага предпазливост, защото модел за управление на взаимоотношението *„финансиране/качествени болнични услуги“* наложен „отгоре“, но несъобразен с възгледите на тези, които ще го прилагат е без практическа стойност. В този смисъл друга ключова задача на настоящата разработка е да очертае полето на „поделената отговорност“ между субектите, финансиращи болничните услуги като възложители и болниците като изпълнители на качествени болнични услуги при реализиране на подобни модели.

В настоящата разработка се разглеждат сложните проблеми, които трябва да стоят в центъра на вниманието на ръководителите на лечебните заведения за болнична помощ. За тази цел тя се опира на различни аналитични гледни точки и се основава, както на теоретични постановки, така и на опита от практиката при решаването на актуални проблеми, касаещи *качеството на болничните услуги* в условията на силни ограничения в тяхното финансиране.

МЕТОДОЛОГИЯ НА ПРОУЧВАНЕТО

ЦЕЛ И ЗАДАЧИ

Целта на дисертационния труд е да се разработи концептуална рамка и работен модел на ефективна технология за организация и управление на качеството в лечебно заведение за болнична помощ по примера на МБАЛ „Медлайн клиник“ АД, отговаряща на европейските тенденции и стандарти за управление на качеството на болничната помощ и настоящото състояние на болничния човешки, финансов, технологичен и информационен ресурс.

За изпълнение на формулираната цел бяха поставени следните основни задачи:

1. Проучване и анализ на международните практики за мониториране, оценяване, управление и устойчиво развитие на качеството на болничните услуги.
2. Изучаване и анализиране на факторите, обуславящи удовлетвореността на пациентите от качеството на оказаната им медицинска помощ в лечебно заведение за болнична помощ.
3. Анализ с насоченост за оценка на мнението на началниците на отделения от лечебните заведения за болнична помощ относно необходимостта от осъвременяване на системата за управление на качеството на болничните услуги.
4. Проучване и анализиране на мнението на лекарите и на професионалистите по здравни грижи, работещи в лечебни заведения за болнична помощ за:
 - ✓ организацията и управлението на качеството на приема, диагностиката, лечението и грижите за хоспитализираните пациенти;
 - ✓ компетентността на болничния персонал;
 - ✓ психологичните проблеми в ежедневната професионална дейност;
 - ✓ отношенията на работното място и взаимоотношенията с ръководството.
5. Обосноваване на обилгатността на връзката между качеството на човешките и материалните болнични ресурси, предлагането

на качествени болнични услуги и произтичащите от това задължения на вътреболничния медицински одит.

6. Разработване на модел за организация и управление на качеството на болничните услуги в МБАЛ „Медлайн клиник” АД, основаващ се на доказателства от най-добрите световни практики.

РАБОТНА ХИПОТЕЗА

Проблемите на организацията и управлението на качеството на болнични услуги у нас, възникнали в процеса на реформата в болничния сектор на Националната здравеопазна система, са недостатъчно проучени и е необходим задълбочен, включително и сравнителен анализ на възможните подходи за тяхното решаване.

Въз основа на проучване и анализ на моделите за управление на качеството в болничната помощ и резултатите от анкетното проучване, съответно анализ и оценка на проблемите свързани с организацията и управленията на качеството в болниците ще обосновем, че:

- Усъвършенстването на организацията и управлението на болничната помощ е неотменим атрибут на интегрираната национална стратегия за подобряване здравето на хората и на технологиите за своевременна и качествена болнична диагностика, лечение и рехабилитация на болните.
- Липсата на стабилна стратегическа визия за усъвършенстване на организацията и управлението на качеството на болничната помощ е причина за честата промяна на приоритетите под влияние на конюнктурни партийно-политически и корпоративни интереси и за непрекъснатата еквилибристика от страна на изпълнителната власт, Националната Здравноосигурителна Каса и съсловните организации на лекарите и зъболекарите в хода на реформата в здравеопазването.
- Системата за управление на качеството на болничните услуги трябва да притежава компетентност и капацитет да въздейства върху неговите фактори и да осигурява системен мониторинг върху неговата динамика във съвременното лечебно заведение за болнична помощ.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИКА НА ПРОУЧВАНЕТО

Поставените задачи послужиха за определяне на обекта на наблюдение, логическите и техническите единици и признаците им.

Обект на изследването съгласно логиката на работната хипотеза, целите и задачите на същото, е управлението на качеството на болничната помощ.

Проучването е комплексно. Конкретните научни задачи, обектът, единиците и признаците на наблюдението са свързани със специфичността на разработката.

Единият от компонентите включва проучване и анализ на моделите за управление на качеството в болничната помощ: акредитация, стандартите от серията International Organization for Standardization (ISO), превъзходният модел на European Foundation for Quality Management (EFQM – excellencemodel) и цикъла на Deming Plan-Do-Check-Act (PDCA).

Вторият компонент е анкетно проучване мнението на началниците на отделения от четирите изследвани болници относно необходимостта от политика за подобряване и устойчиво развитие на качеството в болниците и модела на финансиране и акредитацията на лечебните заведения за болнична помощ.

Третият компонент е анкетно проучване мнението на лекарите за организацията и управленията на качеството на приема, диагностиката, лечението и грижите за хоспитализираните пациенти, необходимостта от подобряване на компетентността им, отношенията на работното място и взаимоотношенията с ръководството.

Четвъртият компонент е анкетно проучване мнението на специалистите по здравни грижи за организация и управление на качеството на приема и грижите на хоспитализираните пациенти, необходимостта от подобряване на компетентността им отношенията на работното място и взаимоотношенията с ръководството.

Четвъртият компонент е анкетно проучване мнението на пациентите за качеството на оказаната по време на престоя им в болницата медицинска помощ и грижи и степента на защитата на правата им като пациенти.

В проучването са анкетирани 45 началници на отделения, 270 лекари, 416 професионалисти по здравни грижи и 729 пациенти.

Подборът е случаен – няма селекция на анкетираните, което дава основание да се претендира за репрезентативност на резултатите. Интервалът на доверителност при уroveň на значимост $P(t) = 0.05$ дава информация за оценка точността на анализираниите показатели.

Предметът на изследването включва компонентите, изграждащи цялостната конструкция на болничната система за управление на качеството съобразно възприетия модел: акредитация, ISO 9001:2008, EFQM-excellence model, цикъла на Deming: Plan-Do- Check-Act.

Единици на наблюдението са както следва:

Логически единици на наблюдението:

- ✓ потребителите на болничните услуги (пациентите, лекувани в болниците);
- ✓ изпълнителите на болничните услуги (началници на отделения, лекари и професионалисти по здравни грижи работещи в болниците);

Технически единици на наблюдението са:

- ✓ болниците като юридическо лице и влизащите в нейния състав медицински и други структури.

Време и място на наблюдението

Анкетните проучвания са проведени от 01.07.2016г. до 31.12.2016 година на мозаичен (лотариен) принцип в МБАЛ „Медлайн клиник” АД – гр. Пловдив, Първа МБАЛ – София ЕАД, МБАЛ „Доверие” гр. София, МБАЛ „Д-р Атанас Дафовски” АД гр. Кърджали.

Методи на проучването

За събиране на необходимата информация

Използвани са следните методи в дисертационния труд:

Социологически методи:

1. *Документален метод*- систематизиране и анализиране на информацията от литературните и документалните източници. Материалите, върху които се провежда изследването са значителни по обем и обхващат съществени проблеми на организацията и управлението на качеството на болничните услуги.

Същите условно могат да се окомплектоват в пет пакета:

- ✓ Чуждестранни и български литературни източници. Това са публикувани статии, монографии, реферати и ръководства, в които се третират въпросите на организацията и управлението на качеството изобщо и в частност – на способите за неговото теоретично осмисляне и практическо приложение в съвременната болница. Тъй като интересът към проблемите в тази област е голям, публикациите дори само по управление на несъответствията между потребностите от качествени болнични услуги и възможностите за тяхното предоставяне са значителни по брой, както в специализираните, така и в редица други издания. Литературният обзор в настоящата разработка съдържа подробен анализ на основните публикации и ръководства по изследвания проблем.
- ✓ Международни анализи и доклади, отразяващи състоянието на качеството в здравеопазването. Това са издания на World Health Organization (WHO), WORLD BANK, European Observatory on Health Care Systems и др.
- ✓ Закони и подзаконовни нормативни актове. Закон за Здравето, Закон за лечебните заведения, Закон за здравното осигуряване, Закон за професионално-съсловните организации на лекарите и лекарите по дантална медицина, Закон за съсловната организация на професионалистите по здравни грижи, Наредби за критериите, показателите и методиката за акредитация на лечебни заведения, Наредби за утвърждаване на медицински стандарти и други.
- ✓ Български документални материали: националните здравни стратегии от 1997, 2001 и 2008 година; Националната стратегическа рамка за развитие на здравеопазването и подобряване здравето на нацията от 2012 година, Концепцията „Цели за здраве 2020 година”, годишни отчети на министъра на здравеопазването за състоянието на здравето на гражданите, годишници и др.
- ✓ Собствени наблюдения и анализи на качеството на болничните услуги в МБАЛ „Медлайн Клиник” АД – Пловдив и на резултатите от управлението на несъответствията по

модел, съставен на основата на някои от утвърдените в световната практика системи за управление на качеството.

2. *Анкетен метод.* Използваният инструментариум включва четири анкетни карти:

- ✓ *Анкетна карта, предназначена за началници на отделения в обхванатите лечебни заведения за анализ на общото им организационно състояние и на техния мениджърски инструментариум за управление на качеството и на комуникациите с лекуваните пациенти. Включва 16 дихотомни въпроса, съобразени с функциите и познанията на респондентите (Приложение 1);*
- ✓ *Анкетна карта, предназначена за лекари в обхванатите лечебни заведения за изследване на качеството на дейностите, работните условия, психологичния климат и отстраняване на причините, водещи до конфликти от организационно и управленско естество. Включва 30 дихотомни въпроса и въпроси, характеризиращи демографския профил на респондентите (Приложение 2);*
- ✓ *Анкетна карта, предназначена за професионалисти по здравни грижи в обхванатите лечебни заведения за изследване на качеството на дейностите, работните условия, психологичния климат и отстраняване на причините, водещи до конфликти от организационно и управленско естество. Включва 20 дихотомни въпроси и демографски въпроси за респондентите (Приложение 3.).*
- ✓ *Анкетна карта, предназначена за потребителите на медицинска помощ в лечебните заведения по проблемите на качеството на болничната помощ. Анкетната карта съдържа 24 дихотомни въпроси, както и демографски въпроси, и цели да оцени качеството на оказаната по време на болничния престой медицинска помощ и грижи и степента на защита на правата на пациента като данъкоплатец и здравно-осигурено лице (Приложение 4.).*

Методи за обработка на информацията:

Статистически методи. В разработката са използвани широк кръг от описателни и аналитични статистически методи:

1. **Дескриптивен анализ** – представено е честотното разпределение на разглежданите признаци, разбити по групи на изследване.
2. **Вариационен анализ** – за оценка на характеристиките на централната тенденция и статистическо разсейване.
3. **Алтернативен анализ** – за сравняване на относителни дялове.
4. **Корелационен анализ** - за проверка наличието на линейна зависимост между количествени признаци.
5. **Графичен анализ** – за визуализация на получените резултати.
6. **Логическо моделиране**. Има за цел създаване на моделни конструкции за управление на качеството на болничните услуги и зависимостта на същото от ресурсния, квалификационния и морално-волевия капацитет на болницата и нейния човешки капитал.

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

За обективизиране на наблюдаваните закономерности и анализ на събраната информация е използвана комплексна методика. Показателите са оценявани при уровень на значимост $P > 0.05$, а интерпретацията за съществуване на закономерности е извършвана при $P(t) = 0.95$.

Количествените анализи са правени със статистически пакет приложни програми - SPSS 17.0. За таблична и графична обработка и презентация са използвани продуктите на MICROSOFT OFFICE.

СОБСТВЕНИ ПРОУЧВАНИЯ. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ.

АНАЛИЗ И ОЦЕНКА НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ АНКЕТНОТО ПРОУЧВАНЕ НА НАЧАЛНИЦИ НА ОТДЕЛЕНИЯ

Въпросникът за началниците на отделения съдържа 16 въпроса, разделени в два тематични раздела:

- 1) Необходимост от политика за подобряване и устойчиво развитие на качеството в болниците;
- 2) Организация на болничната помощ.

Социо-демографски характеристики на началниците на отделения

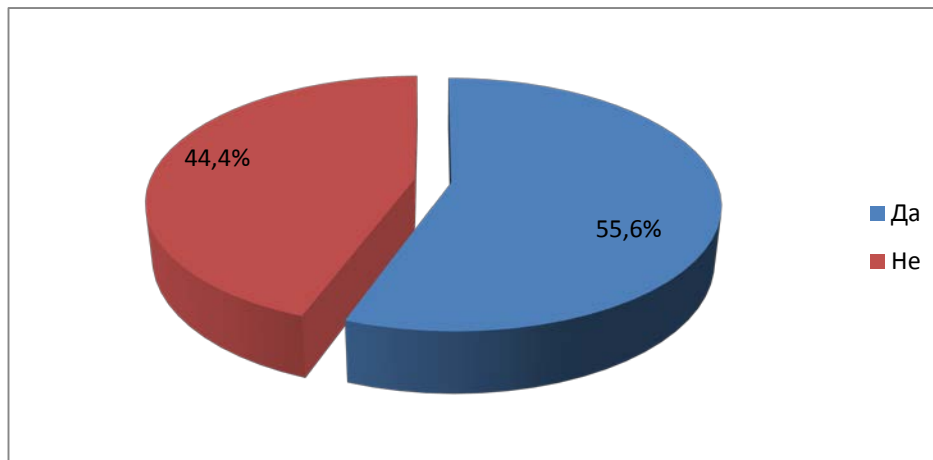
Анкетирани са 45 началника на отделения в МБАЛ „Медлайн клиник“ АД – гр. Пловдив, Първа МБАЛ – София ЕАД, МБАЛ „Доверие“ гр. София, МБАЛ „Д-р Атанас Дафовски“ АД гр. Кърджали. От тях 35 са на възраст до 50 години и десет - над 50 години. 35 от респондентите заемат тази длъжност под 5 години, петима - между 5 и 10 години и петима - над 20 години.

Необходимост от политика за подобряване и устойчиво развитие на качеството в болниците

Въпросите във връзка с необходимостта от ясно формулирана и последователно провеждана, ориентирана към пациентите политика за подобряване и устойчиво развитие на качеството в болниците по мнението на началници на отделения е представено на фигури 1-10.

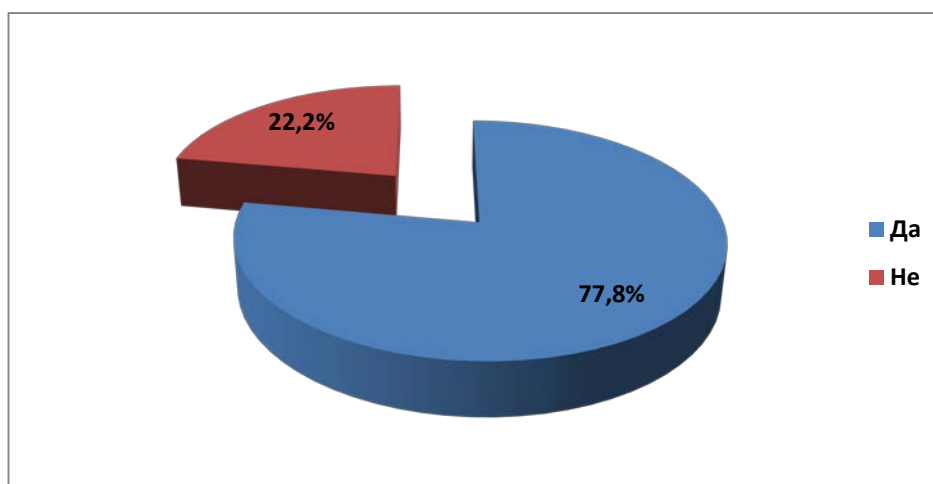
Според малко повече от половината /55,6%/ от анкетираните началници на отделения организацията на приема на пациенти в болницата се нуждае от усъвършенстване. (Фиг. 1)

Фигура 1. Честота на разпределение на анкетираниите началници на отделения според необходимостта от усъвършенстване на организацията на приема на пациентите в болницата



Повече от три четвърти /77,8%/ от анкетираниите началници са на мнение, че е необходимо усъвършенстване на организацията на диагностичните и лечебните дейности в болницата, в която работят. Високото качество на предоставяните медицински услуги в сферата на болничната помощ предполага непрекъснато оптимизиране на организацията. (Фиг. 2)

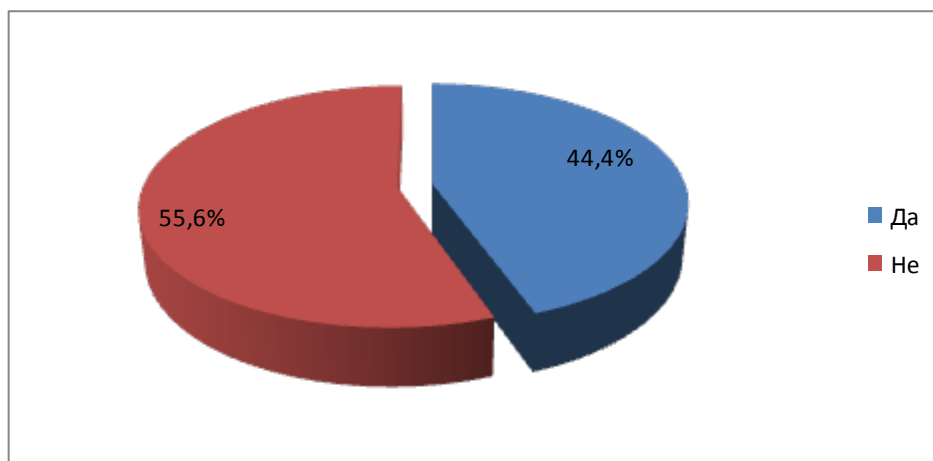
Фигура 2. Честота на разпределение на анкетираниите началници на отделения според необходимостта от усъвършенстване на организацията на диагностичните и лечебните дейности и на грижите за болните



Почти половината /44.4%/ от анкетираниите намират за необходимо усъвършенстване на съдържанието и управлението на пациентското

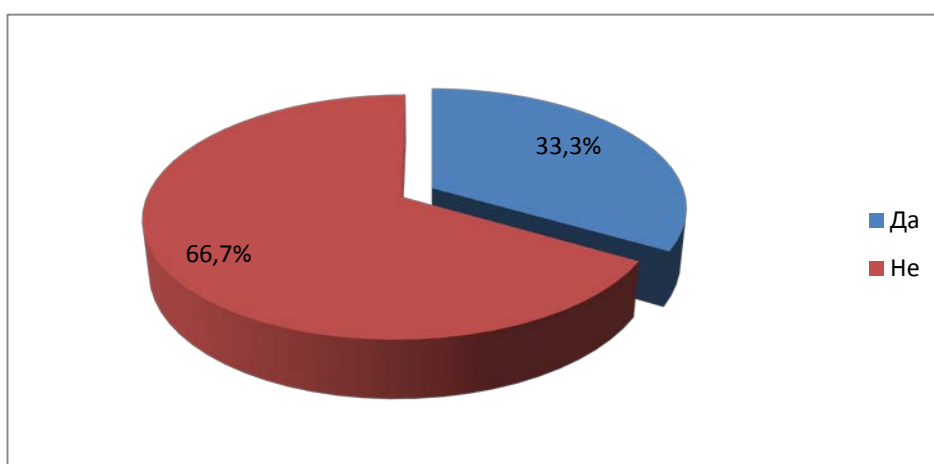
досие. Управлението на информационните потоци също е съществен компонент на качеството в болничната помощ. (Фиг. 3)

Фигура 3. Честота на разпределение на анкетираниите началници на отделения според необходимостта от усъвършенстване на организацията, съдържанието и управлението на пациентното досие



Около една трета /33.3%/ от анкетираниите намират за необходимо усъвършенстване на усъвършенстване на превенцията на лекарствения, анестезия и хемотрансфузионния риск. (Фиг. 4)

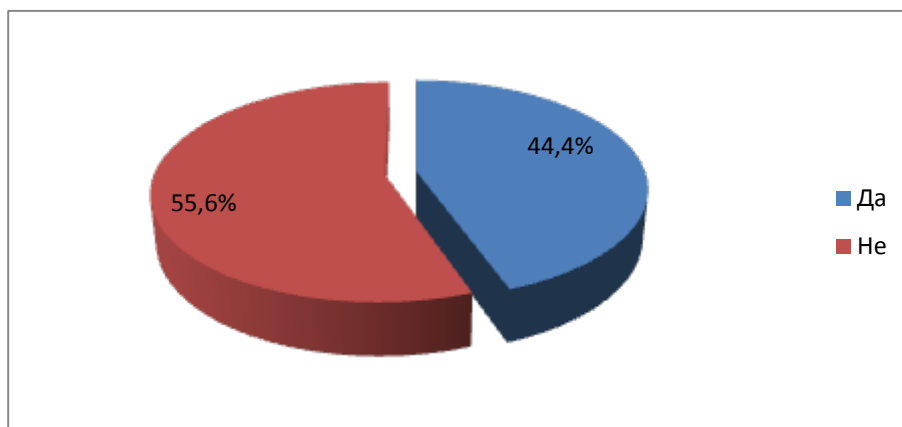
Фигура 4. Честота на разпределение на анкетираниите началници на отделения според необходимостта от усъвършенстване на превенцията на лекарствения, анестезия и хемотрансфузионния риск



Двадесет /44.4%/ от анкетираниите началници на отделения намират за необходимо повишаване на сигурността и контрола на професионалните рискове в клиниката. (Фиг. 5) Същият брой смятат, че

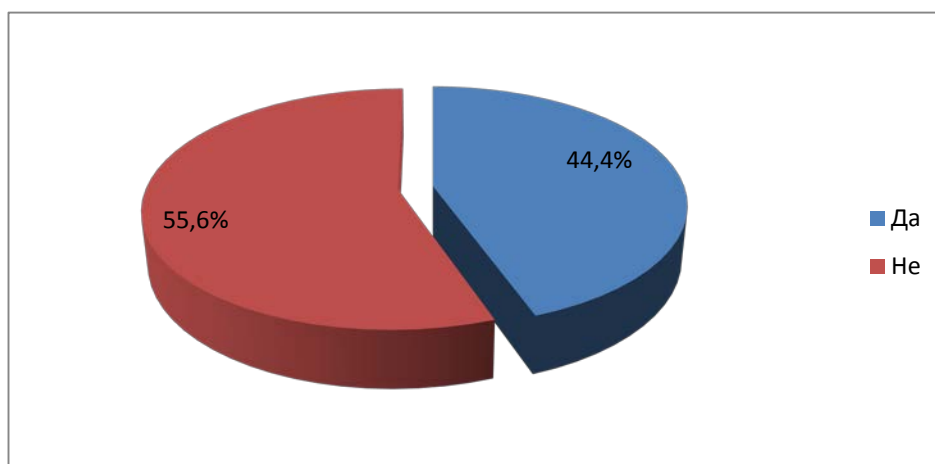
мониторингът на вътреболничните инфекции трябва да бъде усъвършенстван. (Фиг. 6)

Фигура 5. Честота на разпределение на анкетираниите началници на отделения според необходимостта от усъвършенстване на системата за превенция на злоумишлени действия, за контрол на професионалните рискове и създаване на добра организация за материална бдителност



Качеството и безопасността на медицинската помощ са пряко свързани с намаляване честотата на вътреболничните инфекции, както и с ограничаването на разпространението на антимикробната резистентност, за което са приети съответни стандарти.

Фигура 6. Честота на разпределение на анкетираниите началници на отделения според необходимостта от усъвършенстване на наблюдението, превенцията и контролирането на риска от вътреболнични инфекции



Вътреболничните инфекции (ВБИ) са актуален проблем за съвременното здравеопазване.

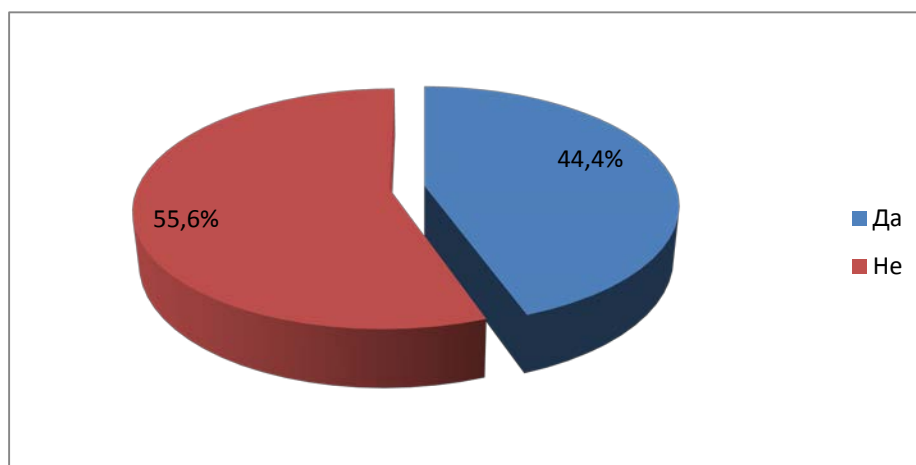
Ежегодно в Европа от нозокомиални инфекции заболяват над 4 милиона души. Статистиката в България показва около 10 000 регистрирани случаи годишно, но реалната им бройка вероятно е 4-5 пъти по-висока.

Вътреболнични инфекции имат здравни и икономически последици. Загнояването на една хирургична рана удължава болничния престой средно с около седмица. Освен това, вътреболничните инфекции оскъпяват лечението. Тъй като клиничните пътеки не ги покриват, те намаляват използваемостта на болничния фонд, довеждат до непредвидени разходи и снижават ефективността на здравеопазването.

Съвременните български болници имат сложно управление и комплексни управленски проблеми. Техните ръководства трябва да съблюдават постигането на ефективност на управлението и устойчиво развитие в дългосрочен аспект. В днешната ера на „информационна и технологична експлозия“, събирането на данни за дейността е бърз и лесен процес. Използването на информацията обаче си остава сериозно изпитание за всеки болничен мениджър.

С развитието на здравния пазар и конкуренцията нараства нуждата от креативност и иновативност в управлението на болниците. Това прави изборът на адекватен модел за управление много важен за ефективното функциониране и постигане на конкурентноспособност.

Фигура 7. Честота на разпределение на анкетиранияте началници на отделения според необходимостта от усъвършенстване на управлението на болницата и на нейните структури и дейности



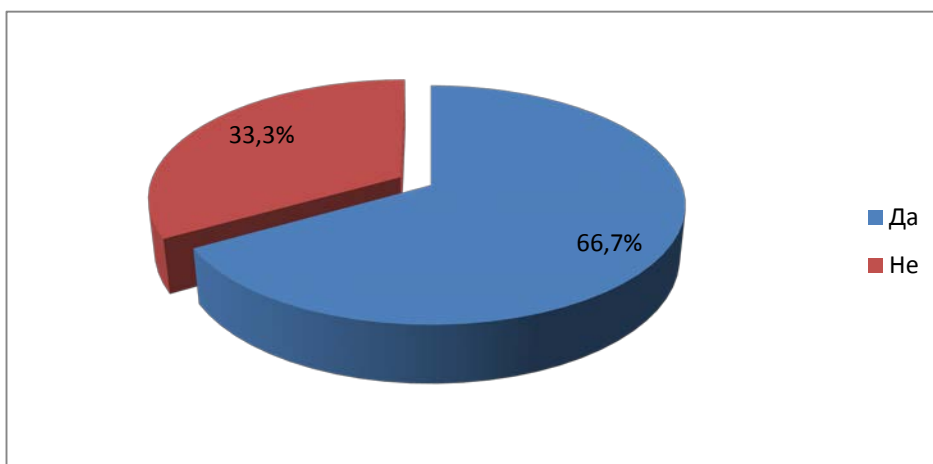
Болничният мениджмънт е съществен фактор за доброто функциониране и развитие на болничните звена. Нашето проучване

установи, че по-малко от половината анкетирани началници на отделения /44.4%/ намират за необходимо неговото усъвършенстване (фиг. 7).

За сметка на това, 66.7% от респондентите смятат, че е необходимо усъвършенстване на мениджмънта на човешките ресурси (фиг. 8). Правилното управление на този ресурс е в пряка зависимост със всички други ресурси на разположение на болницата- финансови, материални, времеви и информационни.

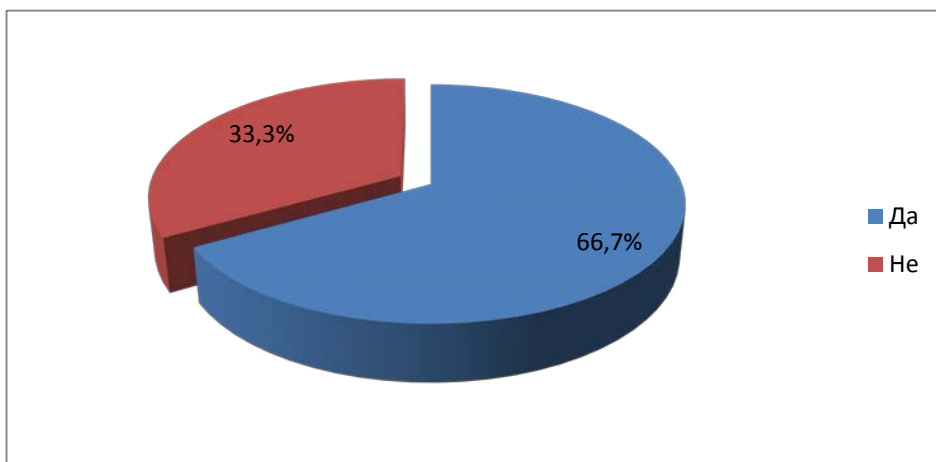
При осъществяването на дейностите по управление на човешките ресурси следва да се има предвид, че те са взаимосвързани, а отчитането на връзките между тях дава възможност за по-точно и конкретно да се формулират целите, които се преследват с тяхното осъществяване, което пък от своя страна е предпоставка за систематичност и ефективност на управленския процес.

Фигура 8. Честота на разпределение на анкетирани началници на отделения според необходимостта от усъвършенстване на мениджмънта на човешките ресурси в болницата



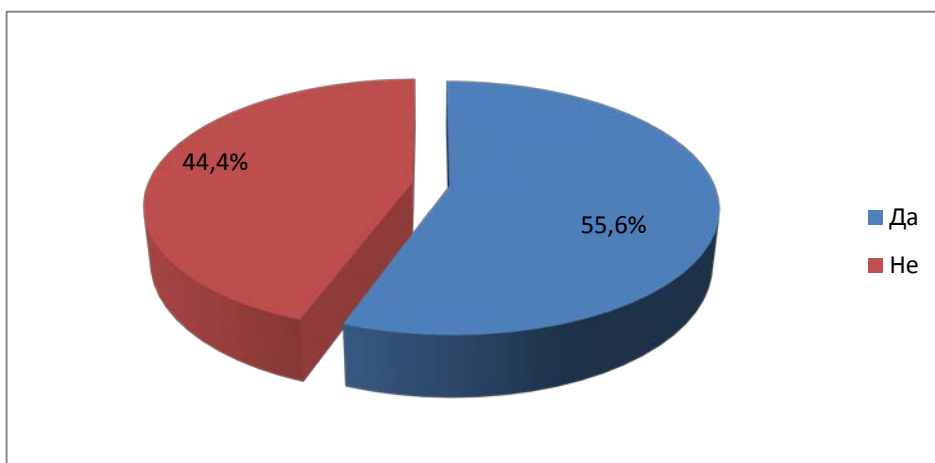
Проведеното анкетно проучване сред началниците на отделения установи, че според 66.7% от тях е необходима оптимизация на системата за управление на логистичните дейности, информационните процеси и комуникационните потоци в болницата (фиг. 9).

Фигура 9. Честота на разпределение на анкетираниите началници на отделения според необходимостта от усъвършенстване на управлението на логистичните дейности, информационните процеси и комуникационните потоци в болницата



Попитани за наличието на необходимост от подобряване на общовалидните изисквания за организация и вътрешен ред за всички специализирани болнични медико-логистични структури повече от половината от анкетираниите /55.6%/ считат, че имам нужда от каква подобряване. (Фиг. 10)

Фигура 10. Честота на разпределение на анкетираниите началници на отделения според необходимостта от усъвършенстване на общовалидните за всички специализирани болнични медико-логистични структури изисквания за организация и вътрешния ред



Мнение на началниците на отделения относно модела на финансиране и акредитацията на лечебните заведения за болнична помощ

Следващите въпроси в нашето анкетно проучване сред началниците на отделения са свързани с проучване на мнението им относно:

- модела на финансиране на болничната помощ;
- осигуряването на втори публичен стълб за заплащане на здравни услуги, управляван от доброволни здравно-застрахователни дружества;
- необходимостта акредитацията на лечебните заведения за болнична помощ, като система за управление на качеството на болничните услуги да се подложи на новаторска организационна промяна;
- необходимостта от обективна оценка и актуализация на действащите медицински стандарти за болнична помощ и свързаните с тях процедури за определяне на нива на компетентност.

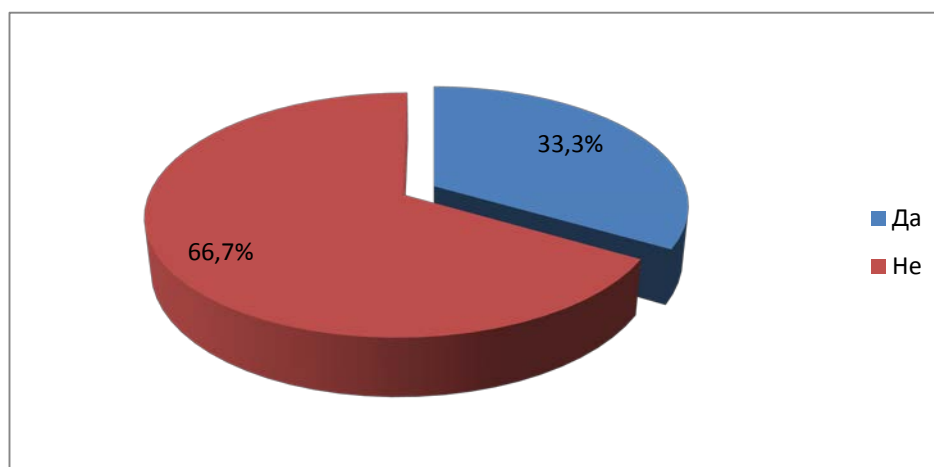
Запитани „Необходимо ли е моделът за перспективно финансиране и ретроспективно заплащане на болничната помощ, основаващ се на алгоритмите „клинични пътеки“ да бъде подменен с модела „диагностично свързани групи“?“ повече от три четвърти /77.8%/ от анкетираните началници на отделения дават положителен отговор.

Преходът към по-усъвършенствани модели на договаряне, каквото е например договарянето, основано на „диагностично-свързани групи“ (DRGs) за болнични услуги е начин за подобряване качеството на тези услуги. Различията в работната натовареност на болниците и тежестта на състоянието на лекуваните в тях пациенти могат да се отчетат чрез включване в модела за перспективно разпределение на средствата на корекции, отчитащи тежестта на лекуваните заболявания.

При този модел болниците се класифицират според присъдената им акредитационна оценка, а относителните разходи за лечение във всяка от тях се преценяват с помощта на системата „диагностично-свързани групи“ (DRG's).

Следващият въпрос изяснява мнението на началниците на отделения относно възможността със средствата, събрани чрез задължителни вноски в размер на 8% от доходите на гражданите, подлежащи на облагане да се осигури втори публичен стълб за заплащане на здравни услуги, управляван от доброволни здравно-застрахователни дружества

Фигура 11. Честота на разпределение на анкетиранияте началници на отделения относно възможността с вноските в размер на 8% от доходите на гражданите да се осигури втори публичен стълб за заплащане на здравни услуги



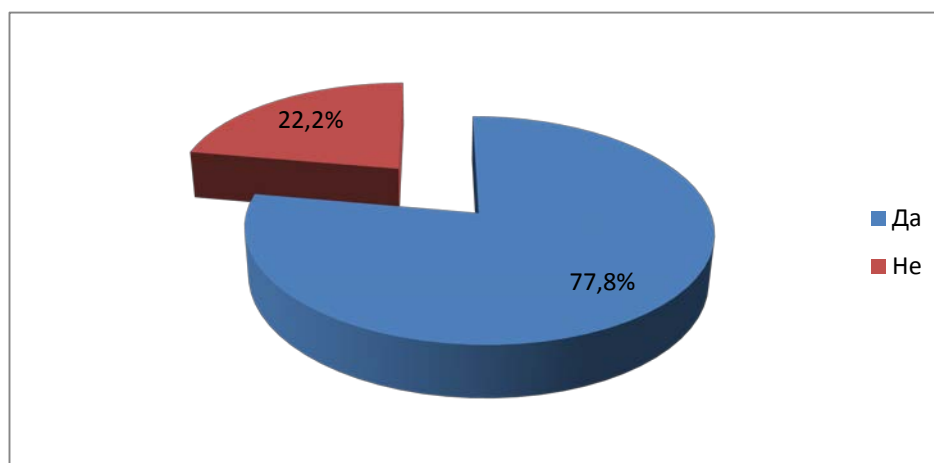
Само 33.3% смятат, че вноските в размер на 8% от доходите на гражданите са достатъчни да се осигури втори публичен стълб за заплащане на здравните услуги (Фиг. 18). Доброволното здравно застраховане предоставя възможност за доброволно допълнително покритие на определени потребители на болнични услуги, осигурени от социални здравно-осигурителни схеми или от данъчни постъпления, което разширява достъпа до качествени медицински услуги.

Значителен дял от анкетиранияте началници на отделения (77.8%) са на мнение, че акредитацията на лечебните заведения за болнична помощ, като система за управление на качеството на болничните услуги трябва да се подложи на новаторска организационна промяна, а действащите медицински стандарти за болнична помощ се нуждаят от актуализация.

Същият е относителния дял на анкетиранияте началници на отделения (77.8%), които смятат, че медицинските стандарти за болнична помощ и процедурите за определяне нива на компетентност

трябва да подлежат на актуализация в посока „инфраструктура и процеси – в полза на ефекта от лечението” (Фиг. 12).

Фигура 12. Действащите медицински стандарти за болнична помощ и свързаните с тях процедури за определяне на нива на компетентност се нуждаят от обективна оценка и актуализация в посока „инфраструктура и процеси – в полза на ефекта от лечението”



АНАЛИЗ И ОЦЕНКА НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ АНКЕТНОТО ПРОУЧВАНЕ НА ЛЕКАРИ

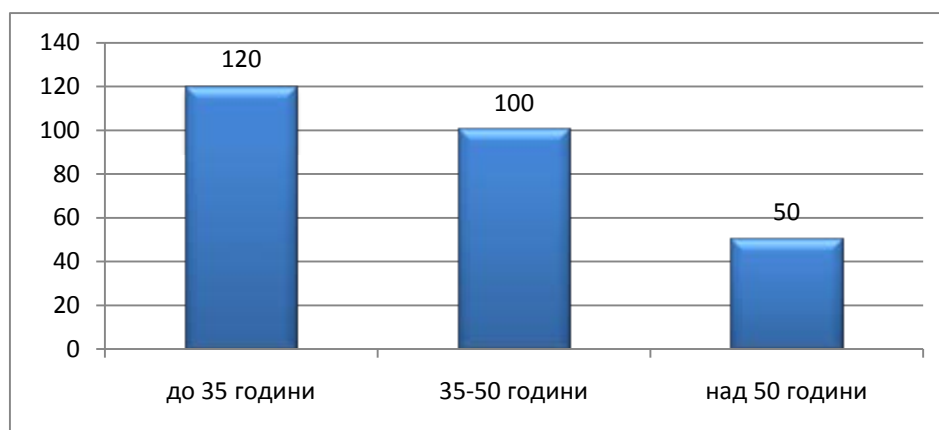
Въпросникът за лекари включва 30 въпроса, разпределени в 6 тематични раздела, както следва:

- 1) Организация и управление на качеството на приема, диагностиката, лечението и грижите за хоспитализираните пациенти (вкл. 15 въпроса);
- 2) Необходимост от подобряване на компетентността на болничния персонал (вкл. 3 въпроса);
- 3) Типични ежедневни дейности (вкл. 3 въпроса);
- 4) Отношения на работното място (вкл. 3 въпроса);
- 5) Психологични проблеми в ежедневната професионална дейност (вкл. 3 въпроса);
- 6) Взаимоотношение с непосредствения началник (вкл. 3 въпроса).

Социо-демографски профил на анкетираните лекари

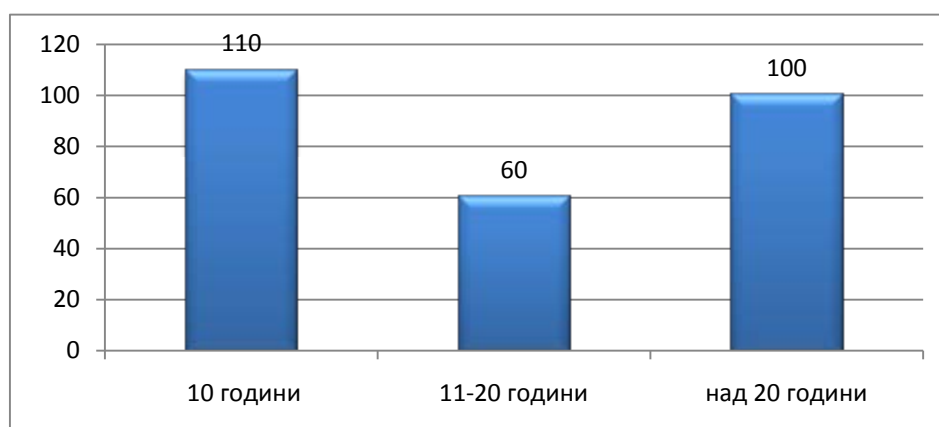
Анкетирани са общо 270 лекари, от които 120 мъже и 150 жени, работещи в четирите изследвани болници - МБАЛ „Медлайн клиник“ АД – гр. Пловдив, Първа МБАЛ – София ЕАД, МБАЛ „Доверие“ гр. София, МБАЛ „Д-р Атанас Дафовски“ АД гр. Кърджали. Разпределението на респондентите по възраст и трудов стаж като лекар са представени на фиг.13 и фиг. 14.

Фигура 13. Разпределение на анкетираните по възраст (абсолютен брой)



Най-много са анкетираните на възраст до 35г. (44.5%), следвани от респондентите на възраст между 35 и 50 г (37.0%) и тези над 50 г. (18.5%).

Фигура 14. Разпределение на анкетираните по трудов стаж (абсолютен брой)



Сто и десет от анкетираните лекари (40.7%) са с трудов стаж до 10 години, сто лекари (37%) са със стаж над 20 години и шестесет (22.2%) – между 11 и 20 години.

Резултатите са обнадеждаващи и показват наличието на млади кадри в здравеопазването, което се дължи, както на адекватната мотивация на персонала от ръководството на лечебните заведения, така и на предоставянето на възможност за продължаващо обучение, квалификация и израстване в кариерата.

Организация и управление на качеството на приема, диагностиката, лечението и грижите за хоспитализираните пациенти

По отношение на организацията и управлението на качеството на приема, диагностиката, лечението и грижите за хоспитализираните пациенти анкетиранияте лекари дават висока оценка на практиките в проучените болници. 96.3% свидетелстват, че клиниките и отделенията разполагат с точни писмени правила за изпълнение на задачите по прием на пациентите и 92.6%, че в отделението се изпълнява програма за извършване на предхоспитализационни процедури за пациенти, подлежащи на планова хоспитализация.

Пациенте с ограничена подвижност са група със специални потребности от здравни грижи, за това прилагането на предварително разписани правила за поведение към тях са от голямо значение. 85.2% от анкетиранияте лекари посочват, че в отделенията се изпълняват писмени правила за поведение към пациенти с ограничена подвижност, като са осигурени необходимите материални ресурси и облекчен достъп на тези пациенти до общоболничните структури с диагностично-консултативни функции (лаборатории, кабинети за специализирани изследвания и др.)

Малко повече от половината респонденти (59.3%) казват, че при нужда се ползва болничен служител-референт, който е в състояние да консултира здравнонеосигурен пациент как да получи социална защита по време на болничния му престой.

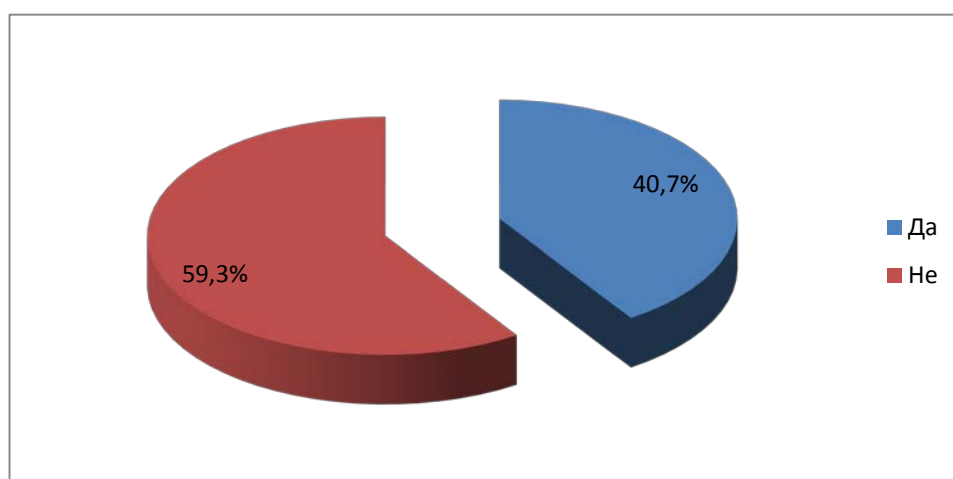
Почти всички анкетирани лекари (92.6%) посочват, че са запознати с процедурите за справяне с технически проблеми във връзка с диагностично-лечебния процес и грижите за болните .

Всички респонденти (100%) потвърждават, че допълнителни диагностични изследвания, лечебни действия и сестрински грижи се

програмират на основата на резултати от извършена задълбочена оценка на здравословното състояние на пациента, което е в съответствие с условията за качество на процеса.

По отношение на лечебния процес 96.3% от анкетираниите лекари посочват, че клиничните интерпретации върху ползите и рисковете от допълнителни прегледи, лечебни процедури и грижи се регистрират надлежно в пациентското досие. Същият дял от респондентите /96.3%/ са на мнение, че се осигурява приемственост с резултатите от извършените преди това аналогични процедури, когато по повод на клинични обстоятелства се назначават повторни консултации и изследвания

Фигура 15. Честота на разпределение на анкетираниите лекари относно участието им в семинарно обучение по въпросите на борбата с болката



По-малко от половината от анкетирани лекари (40.7%) са участвали в семинарно обучение по въпросите на борбата с болката: причини, симптоми, лечение (Фиг. 15).

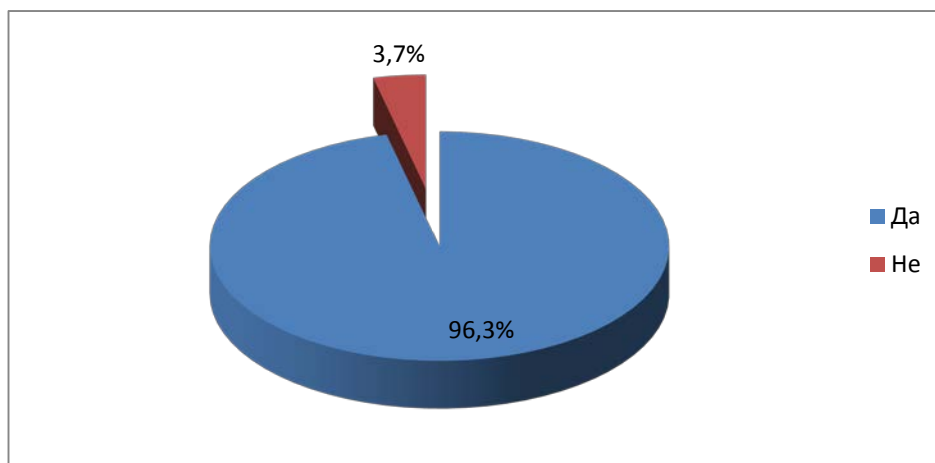
Всички анкетирани лекари /100%/ формулират целта на искането и клиничните аргументи за него при предписване на образно-диагностично, функционално-диагностично или ендоскопско изследване.

В отделението са установени механизми за контрол върху изпълнението на назначените на пациентите апаратни и лабораторни изследвания, лекарствени терапии и диетично хранене по мнението на 96.3% от анкетираниите лекари.

Информираността на пациентите е важен елемент от уважението на автономността и предпоставка за висока оценка на качеството на

предоставяните медицински услуги. 96.3% от лекарите свидетелстват, че се организират и провеждат срещи между лекуващите екипи и пациентите за обмен на информация (Фиг. 16).

Фигура 16. Честота на разпределение на анкетираните лекари относно организирането и провеждането на срещи между лекуващия екип и близките на пациента за разговори и обмен на информация



Почти три четвърти /74%/ от респондентите свидетелстват, че в клиниките се преценяват рисковете за бягство на възрастни и дезориентирани пациенти и се предприемат подходящи превантивни мерки, което е важно за ненарушаване на диагностичния и лечебния процес.

Информацията за пациента надлежно се предава на общопрактикуващия му лекар според 81.5% от лекарите, взели участие в проучването, като в епикризата освен нормативно определените текстове се дават и указания за медицинско наблюдение и сестрински грижи в домашна обстановка, ако има необходимост от такива при всеки конкретен пациент.

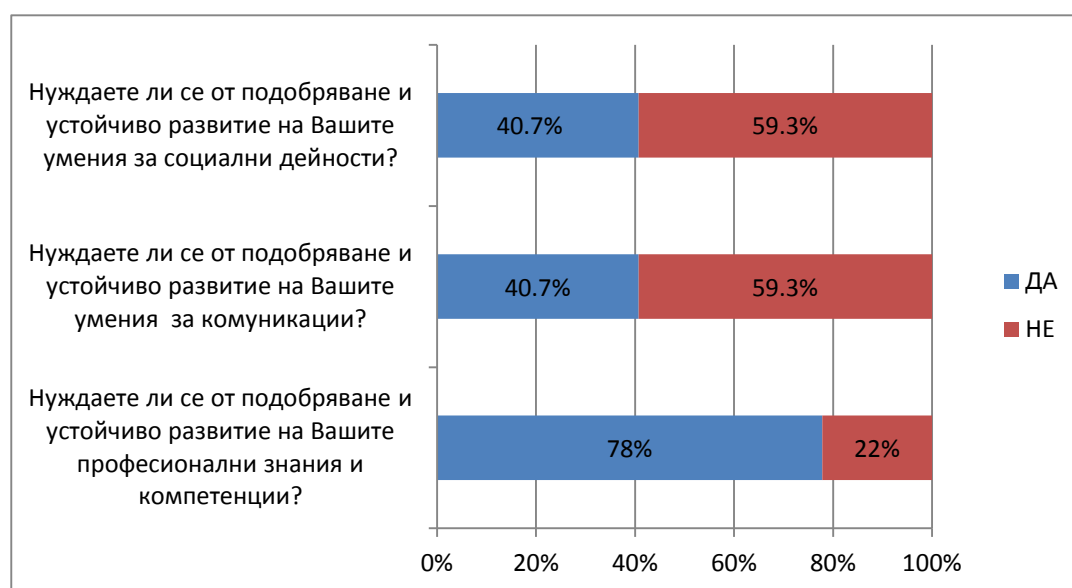
Необходимост от подобряване на компетентността на болничния персонал

Компетентността е следствие от три компонента: придобити знания, натрупан опит и развити умения. Повишаването на компетентността е непрекъснат процес, движен от вътрешния мотив на човека да се справя все по-добре в областта, в която работи. И опита и знанието не бива да се натрупват самоцелно. Те трябва да съответстват

на професионалните цели, които човек си поставя, и да подпомагат постигането на конкретни резултати в пътя към целта.

Проведеното анкетно проучване сред лекарите от четирите болници установи, че значителен дял от анкетираните лекари са на мнение, че се нуждаят от подобряване и устойчиво развитие на професионалните си знания и компетенции (78%), в по-малка степен това важи за подобряване на комуникационните им умения (40.7%) и уменията за социални дейности (40.7%). (Фиг. 17.)

Фигура 17. Честота на разпределение на анкетираните лекари относно необходимостта от подобряване на компетентността на болничния персонал



Комуникацията между отделните индивиди е неотменна част от социума. Нещо повече, комуникацията заема съществена част от цялостната организационна култура. Комуникирайки, индивидите в организацията обменят не само информация, но и чувства, емоции, преживявания, което понякога представлява и фактор за нарушаване на междуличностната комуникация в системата на организационно поведение и е предпоставка за конфликт или създаване на конфликтна ситуация. Комуникацията е важна за всяка организация, включително и за лечебните заведения за болнична помощ, най-малко поради следните причини:

- за да се разберат целите на организацията и ролята на всеки в постигането им;

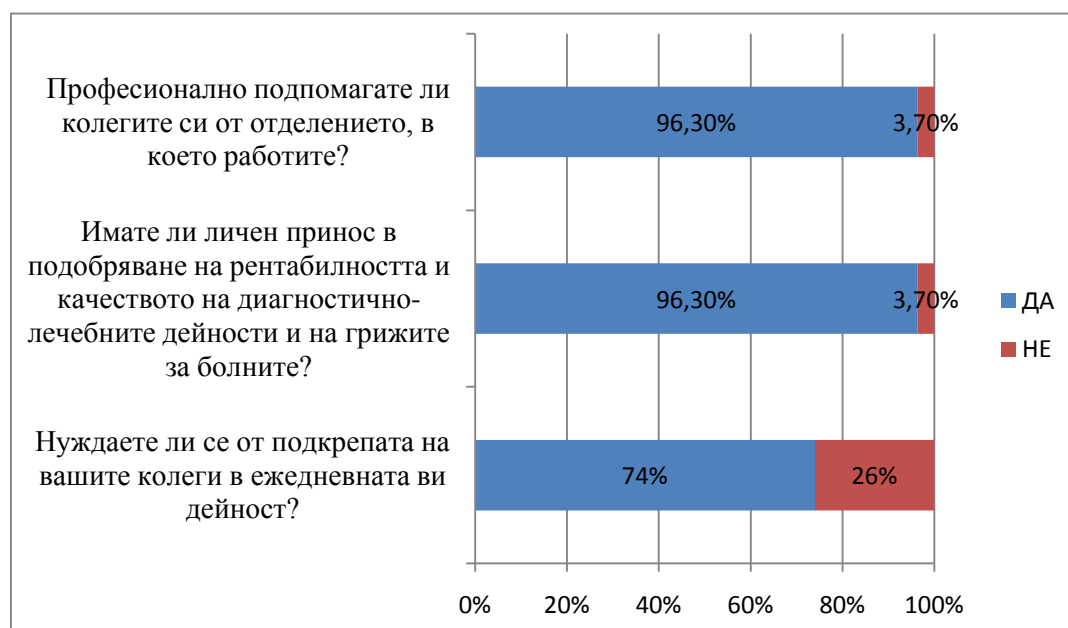
- да се допринесе със знания и информация, така че да се вземат правилните решения;
- да се дават и получават инструкции.

Ежедневни дейности и отношения на работното място

Със следващите въпроси от анкетата се стремим да установим взаимоотношенията на лекарите в изследваните болници по отношение на типичните ежедневни дейности и отношенията на работното място.

Във връзка с типичните ежедневни дейности 96.3% от респондентите посочват, че подпомагат професионално колегите си от отделението, същият дял анкетираните смятат, че имат личен принос в подобряване на качеството на диагностично-лечебните дейности и на грижите за болните (Фиг. 18). 74% отговарят, че се нуждаят от подкрепата на колегите си в ежедневните си лечебно-диагностични дейности (Фиг. 18).

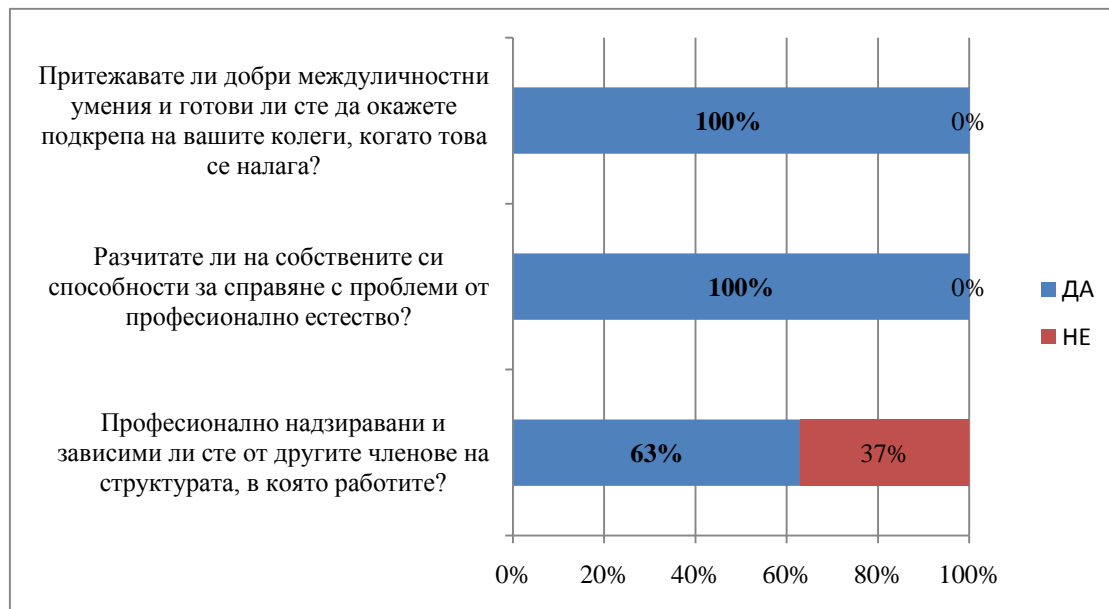
Фигура 18. Честота на разпределение на анкетираните лекари относно типичните ежедневни дейности



Анкетираните лекари свидетелстват за добър психологичен климат и отношения на работното място и взаимоотношения с непосредствения началник. Всички анкетираните отговарят, че притежават добри междуличностни умения и са в готовност да подкрепят колегите си при нужда. Също всички анкетираните посочват, че разчитат първо на собствените си способности за справяне с проблеми от професионално

естество (Фиг. 19). В 63% от случаите респондентите смятат, че са професионално надзиравани от други членове на структурата, в която работят (Фиг. 19).

Фигура 19. Честота на разпределение на анкетираните лекари според отношенията на работното място

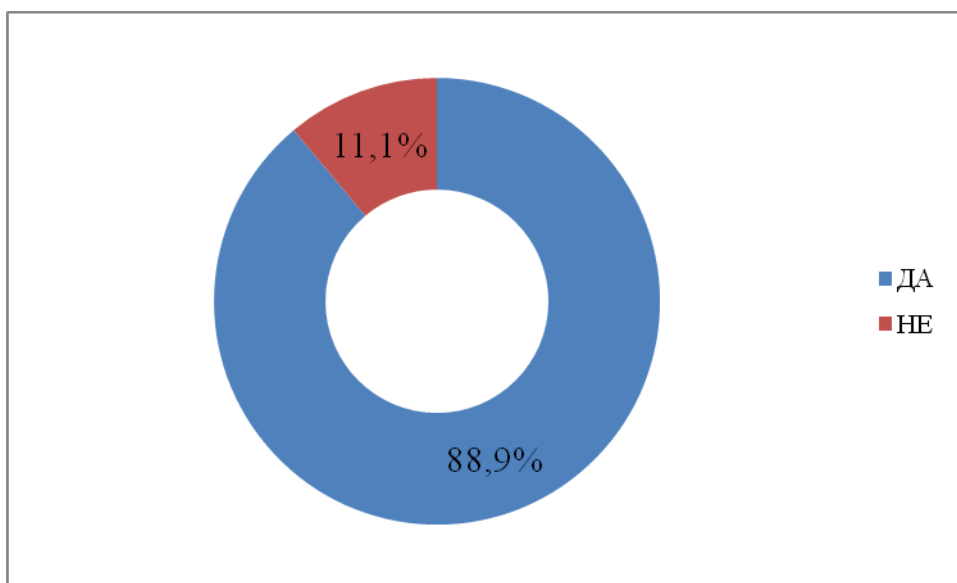


Следващите въпроси са свързани с проучване на психологичните проблеми в ежедневно професионална дейност на лекарите от изследваните болници. Много голям е относителният дял на анкетираните лекари /96.3%/, които отговарят, че съдействат в интелектуалното и професионалното израстване на по-младите си колеги (Фиг. 20). Същият дял анкетираните /96.3%/ отговарят, че се чувстват независими и свободни във взимането на професионални решения (Фиг. 20). А според 88.9% от респондентите психологичния климат в болницата, към която се числят е ведър и те могат ли спокойно и планомерно да се захванат с работата си още в началото на работния ден. (Фиг. 21.)

Фигура 20. Честота на разпределение на анкетиранияте лекари според психологични проблеми в ежедневноста професионална дейност



Фигура 21. Честота на разпределение на анкетиранияте лекари относно мнението им, че психологичния климат в болницата, към която се числят е ведър и те могат ли спокойно и планомерно да се захванет с работата си още в началото на работния ден



Взаимоотношения с ръководството

Мултидисциплинарните и мултипрофесионални екипи са необходими при предоставянето на оптимални медицински услуги на пациентите. Екипът изисква компетентно ръководство и зачитане на уменията и дейността на всички членове от екипа.

Лекарите трябва да осъществяват ефективна комуникация в и извън екипа. Съответната информация за лечението и състоянието на пациента може да бъде достъпна за другите членове на екипа при спазване на правилата за конфиденциалност. Добрата комуникация с всички професионалисти, участващи в осъществяването на грижи за пациента, е изключително важна.

Лекарите, които ръководят екипите, трябва да са сигурни, че всички членове разбират своята роля и отговорност, включително за опазване на професионалната тайна. Членовете на екипа трябва да знаят кой е определен и носи отговорност за всеки един аспект от грижите за пациента. Лекарите могат да възлагат задачи на колеги с по-малък професионален стаж или на друг медицински персонал, ако те са подходящо обучени и ръководени. Лекарите трябва да са сигурни, че медицинската помощ за техните пациенти ще се осъществява от подходящи колеги по време на тяхното отсъствие.

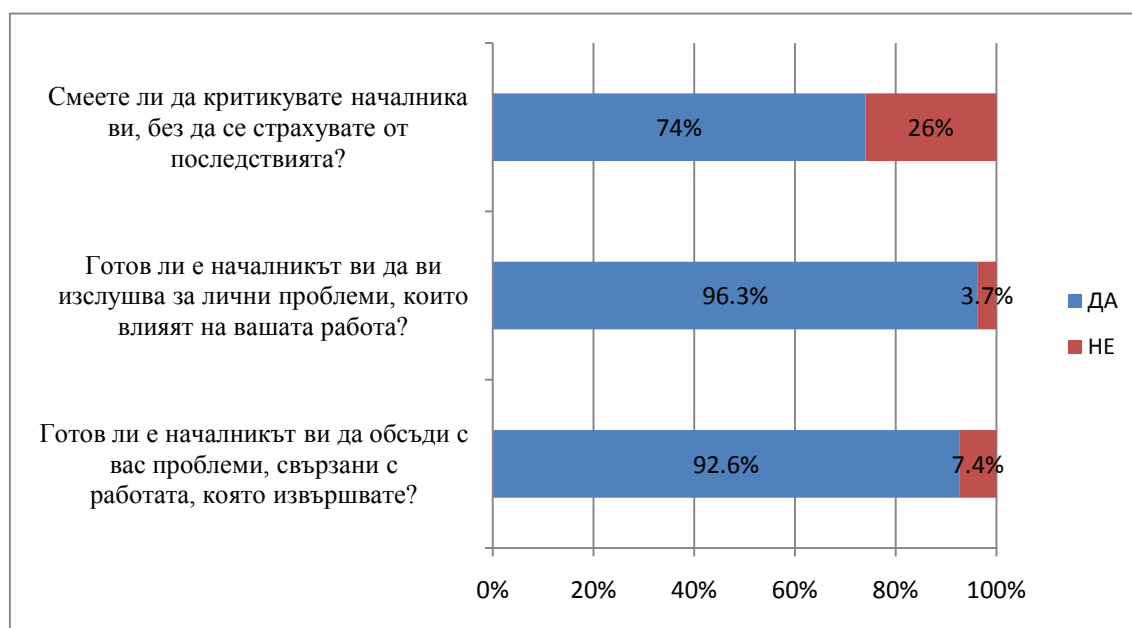
Всичко казано до тук налага необходимостта от ефективно сътрудничество между лекарите и техните ръководители /изпълнителен директор на болницата, начлник на клиника, началник на отделение/, за да бъдат те максимално полезни на пациентите си и удовлетворени от работата. В тази връзка задодохме и следващите три въпроса в нашето анкетно проучване:

- Готов ли е началникът ви да обсъди с вас проблеми, свързани с работата, която извършвате?
- Готов ли е началникът ви да ви изслушва за лични проблеми, които влияят на вашата работа?
- Смяете ли да критикувате началника ви, без да се страхувате от последствията?

Резултатите показват, че значителен дял от участниците в изследването /74%/ споделят, че смеят да критикуват началника си, без

да се страхуват от последствията. 96.3% отговарят, че началникът им е готов да изслушва дори лични проблеми, които оказват влияние на работата. В 92.6% от случаите началниците имат готовност да обсъдят проблеми от професионално естество (Фиг. 22).

Фигура 22. Честота на разпределение на анкетиранияте лекари относно мнението им за взаимоотношенията с непосредствения им началник



АНАЛИЗ И ОЦЕНКА НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ АНКЕТНОТО ПРОУЧВАНЕ НА ПРОФЕСИОНАЛИСТИ ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ

Въпросникът за професионалисти по здравни грижи включва 20 въпроса, разпределени в 4 тематични раздела, както следва:

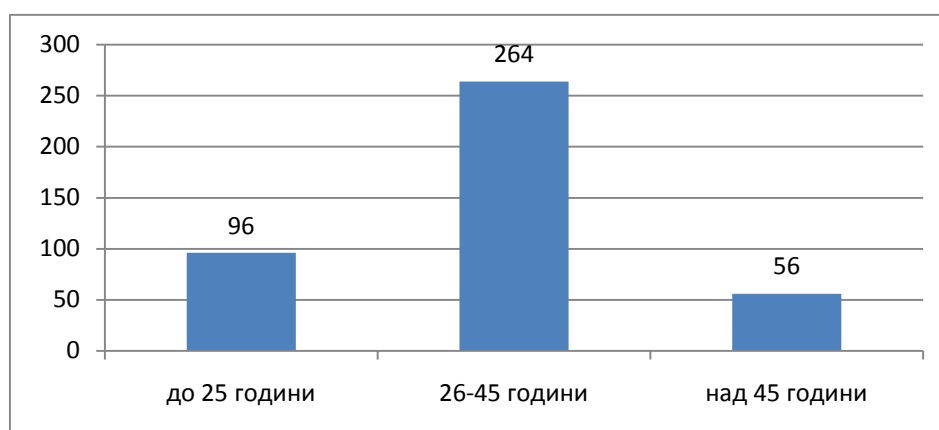
- 1) Организация и управление на качеството на приема и грижите за хоспитализираните пациенти;
- 2) Необходимост от подобряване компетентността на професионалистите по здравни грижи;
- 3) Отношения на работното място;
- 4) Взаимоотношения с непосредствения началник.

Социо-демографски характеристики на анкетиранияте професионалисти по здравни грижи

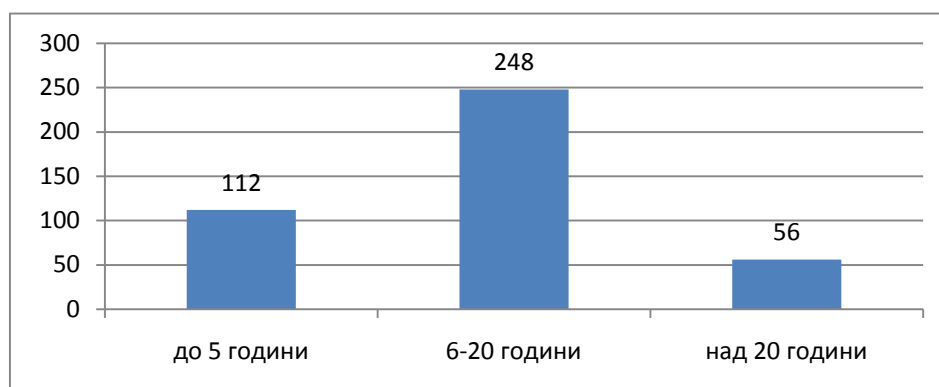
Анкетирани са 416 професионалисти по здравни грижи. Разпределението по възраст, по трудов стаж и по месторабота в

отделение са представени на фигури от 38 до 40. Най-много са участниците във възрастовата група 26-45 години (264 на брой), следвани от специалистите по здравни грижи под 25 години (96 на брой) и тези над 45 години (56 на брой) (Фиг. 23). По трудов стаж най-многобройна е групата с трудов стаж между 6 и 20 години (248 на брой). Стои дванадесет анкетирани са с трудов стаж под 5 години и петдесет и шест - над 20 години (Фиг. 24).

Фигула 23. Разпределение на анкетираните професионалисти по здравни грижи по възраст (абсолютен брой)



Фигура 24. Разпределение на анкетираните професионалисти по здравни грижи по трудов стаж (абсолютен брой)



Организация и управление на качеството на приема и грижите на хоспитализираните пациенти

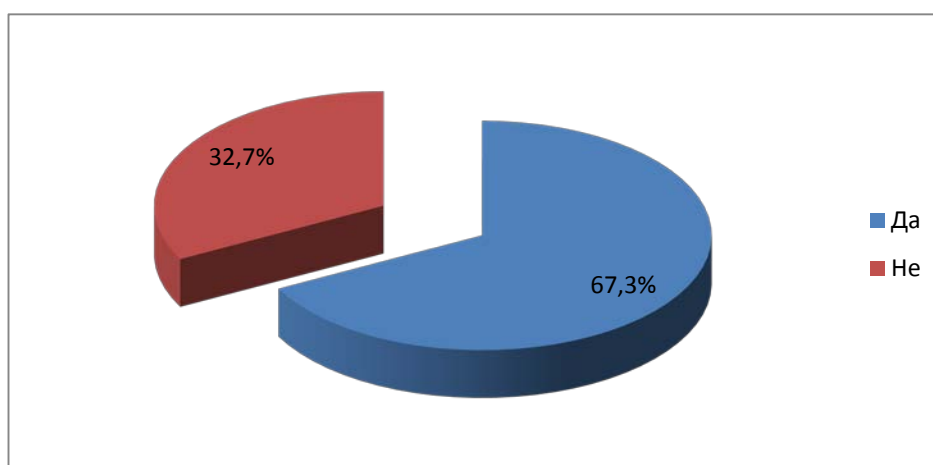
Анкетираните професионалисти по здравни грижи свидетелстват за добра организация и управление на качеството на приема и грижите за хоспитализираните пациенти в изследваните болници. 84.6% от анкетираните отговарят, че отделенията разполагат с точни писмени

правила, необходими за изпълнение на задачите по приемането на пациенти за болнично лечение и 86.5% - че се изпълняват писмени правила за поведение към пациенти с ограничена подвижност и това поведение е осигурено с необходимите материални ресурси и с облекчен достъп до общоболничните структури с диагностично-консултативни функции (лаборатории, кабинети за специализирани изследвания и др.).

По-голямата част от анкетираните професионалисти по здравни грижи (88.5%) посочват, че са запознати с процедурите за справяне с технически проблеми във връзка с диагностично-лечебния процес и грижите за болните. Като относителен дял, те са по-малко от лекарите отговорили позитивно на този въпрос, но съществена статистически значима разлика не се наблюдава. Мнозинството от анкетираните професионалисти по здравни грижи (82.7%) потвърждават, че допълнителни сестрински грижи се програмират на основата на резултати от извършена задълбочена оценка на здравословното състояние на пациента.

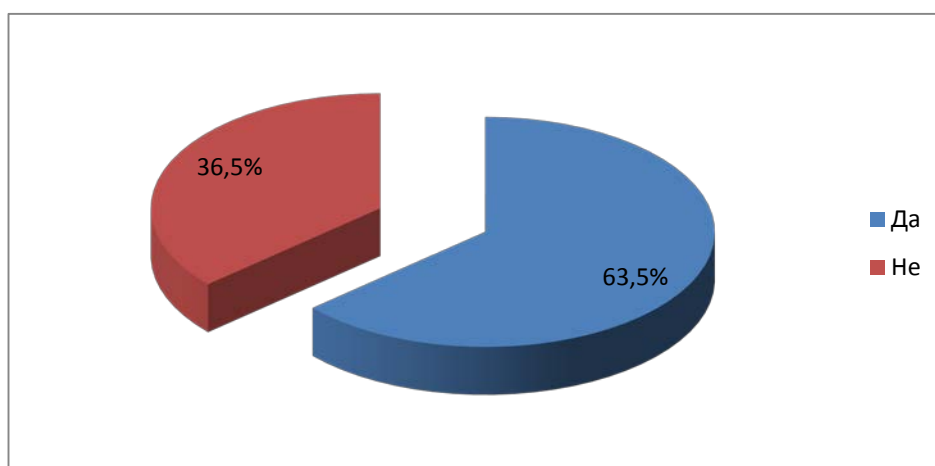
Във връзка регистрирането на професионалните интерпретации върху ползите и рисковете от сестринските грижи в пациентско досие, 67.3% от анкетираните сестри посочват, че документацията се води надлежно (Фиг. 25).

Фигура 25. Честота на разпределение на анкетираните професионалисти по здравни грижи относно регистрирането на професионалните интерпретации върху ползите и рисковете от сестринските грижи в пациентното досие



Непрекъснатото обучение повишава компетентността на медицинските професионалисти и е важен елемент на качеството. От анкетиранияте професионалисти по здравни грижи 63.5% са взели участие в семинарно обучение по въпросите на профилактиката на декубитуса и тромбозата на дълбоките вени (Фиг. 26).

Фигура 26. Честота на разпределение на анкетиранияте професионалисти по здравни грижи относно участието им в семинарно обучение по въпросите на профилактиката на декубитуса и тромбозата на дълбоките вени



Всички анкетирани посочват, че в отделението са установени механизми за контрол върху изпълнението на назначените на пациентите апаратни и лабораторни изследвания, лекарствени терапии и диетично хранене.

Мнозинството /88.5%/ от респондентите посочват, че участват при провеждането на разговори с близките на пациента и 76.9% потвърждават, че за възрастните и дезориентирани пациенти се предприемат превантивни мерки срещу бягство от клиниката.

Много голям /94.2%/ е тносителния дял на анкетиранияте здравни професионалисти, които потвърждават, че икономисаните лекарства (поради промяна на терапията, преждевременно изписване или смърт на пациента) се заприходяват в специален журнал и се използват за лечението на други болни.

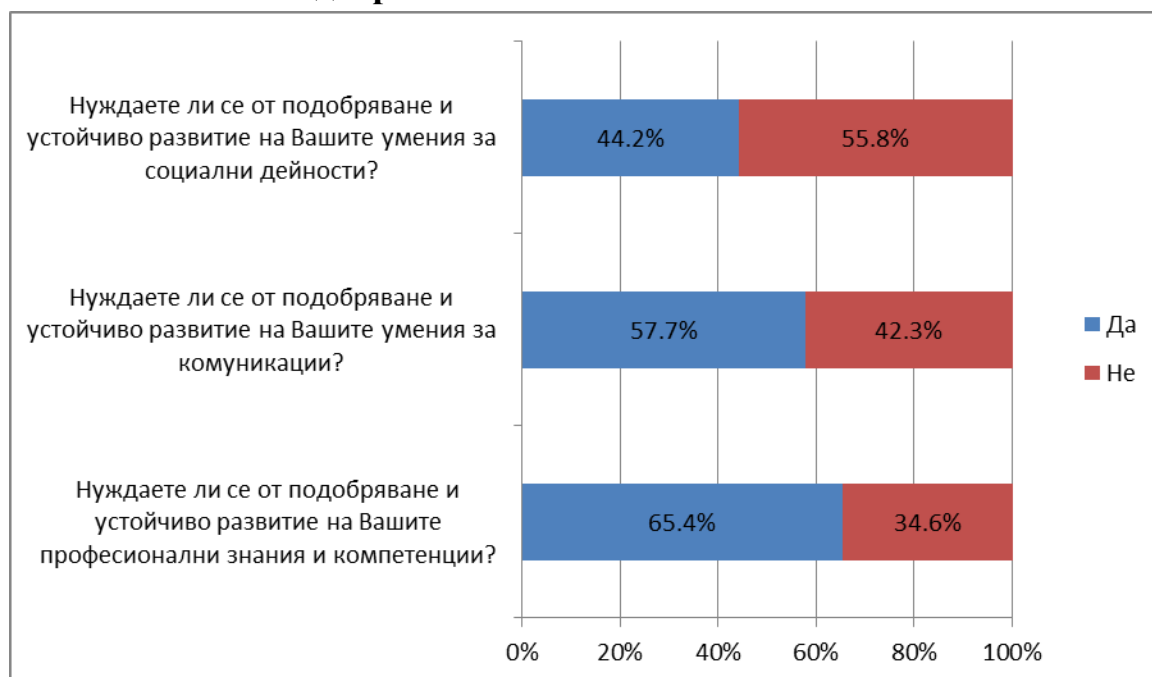
Необходимост от подобряване на компетентността на професионалистите по здравни грижи

Повече от половината /57.7%/ от анкетиранияте професионалисти по здравни грижи смятат, че се нуждаят от подобряване и устойчиво развитие на уменията си за комуникации и 65.4% - от подобряване на професионалните си знания и компетенции и не малка част 44.2% - от подобряване на уменията им за социални дейности (Фиг. 27).

Социалните дейности изпълнявани от професионалистите по здравни грижи за много важен компонент в комплексното обслужване на пациентите. Те включват умения за:

- ✓ общуване с хора от различни възрасти, социални слоеве и културно-етнически общности;
- ✓ провеждане на социални проучвания;
- ✓ съставяне на социални прогнози;
- ✓ решаване на конкретни социални проблеми.

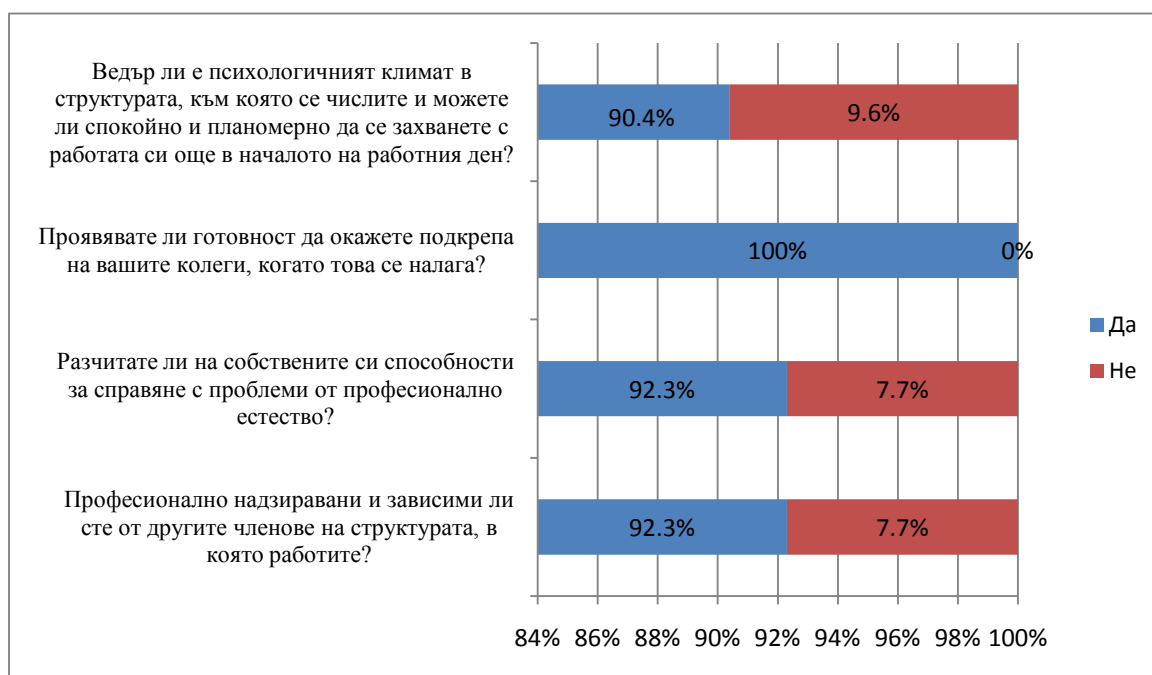
Фигура 27. Честота на разпределение на анкетиранияте професионалисти по здравни грижи относно необходимостта от подобряване на компетентността им



Отношения на работното място и взаимоотношения с ръководството

Отношенията на работното място и психологичният климат са положително оценени по мнението на анкетирани здравни професионалисти. Всички анкетирани професионалисти по здравни грижи свидетелстват, че проявяват готовност да оказват подкрепа на колегите си при нужда, 90.4% определят психологичния климат като ведър и предразполагащ (фиг. 28). 92.3% от респондентите разчитат на собствените си способности за справяне с проблемите. Същият дял отговарят, че се чувстват професионално надзиравани.

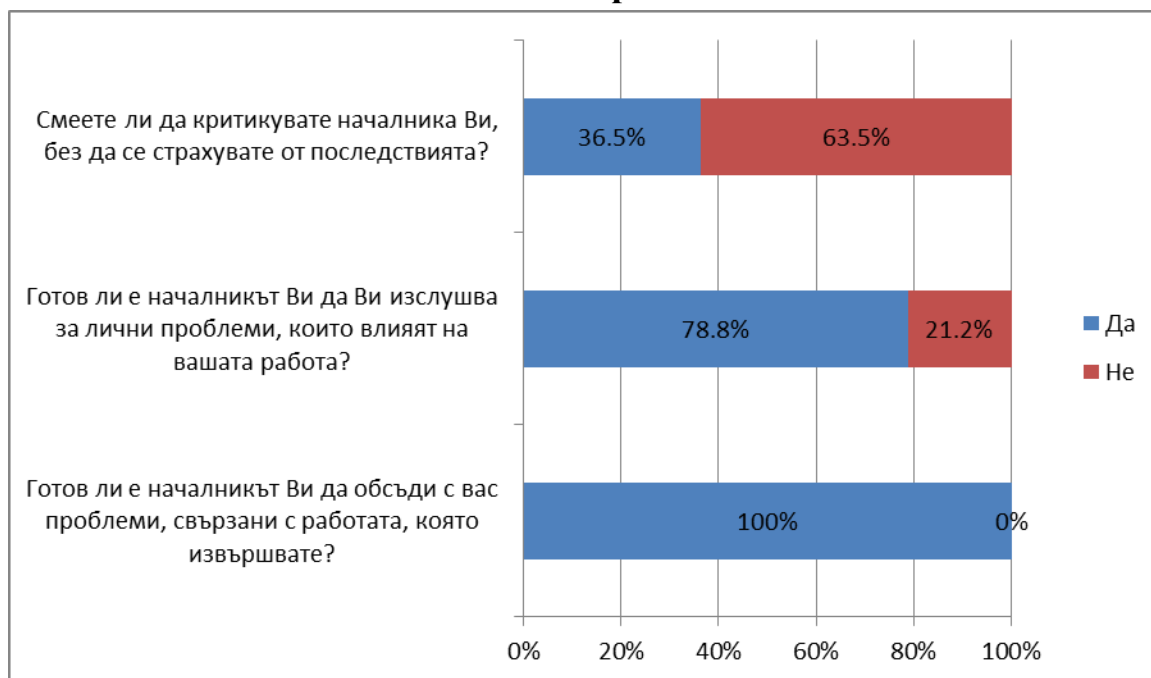
Фигура 28. Честота на разпределение на анкетирани професионалисти по здравни грижи според отношенията на работното място



Медицината в XXI век е екипна работа. Специалистите по здравни грижи са тези професионалисти, които стоят много по-близо до пациента от лекаря. Затова е важно те да са в течение на съвременните тенденции, за да могат грамотно да помагат на пациента и по този начин предписаното от лекаря да добие своята пълнота. Ръководството на болниците е необходимо да осъзнае необходимостта от екипна работа, добрата комуникация и ефективното сътрудничество между членовете на екипа, за да се постигне по-добро обслужване на пациентите и благоприятна работна среда.

Това налага необходимостта от ефективно сътрудничество между специалистите по здравни грижи и техните ръководители, за да бъдат те максимално полезни на пациентите си и удовлетворени от работата. В тази връзка са зададени и следващите въпроси в нашето анкетно проучване.

Фигура 29. Честота на разпределение на анкетиранияте професионалисти по здравни грижи относно мнението им за взаимоотношенията с непосредствения им началник



Резултатите показват, че по отношение на взаимоотношенията с прекия началник анкетиранияте професионалисти по здравни грижи в по-малка степен в сравнение с анкетиранияте лекари, смят да критикуват началника си (36.5%). 100% от тях потвърждават готовност от страна на началника им да обсъжда с тях проблеми във връзка с работата и в 78.8% от случаите - готовност да изслуша проблеми от лично естество, които повлияват работата им (Фиг. 29).

АНАЛИЗ И ОЦЕНКА НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ АНКЕТНОТО ПРОУЧВАНЕ НА ПАЦИЕНТИ

Социо-демографски характеристики на анкетиранияте пациенти

Анкетирани са 729 пациенти, лекувани в МБАЛ „Медлайн клиник“ АД – гр. Пловдив, Първа МБАЛ – София ЕАД, МБАЛ „Доверие“ гр. София, МБАЛ „Д-р Атанас Дафовски“ АД гр. Кърджали.

Преобладават жените - 60.5% от всички анкетирани, за сметка на мъжете - 39.5%.

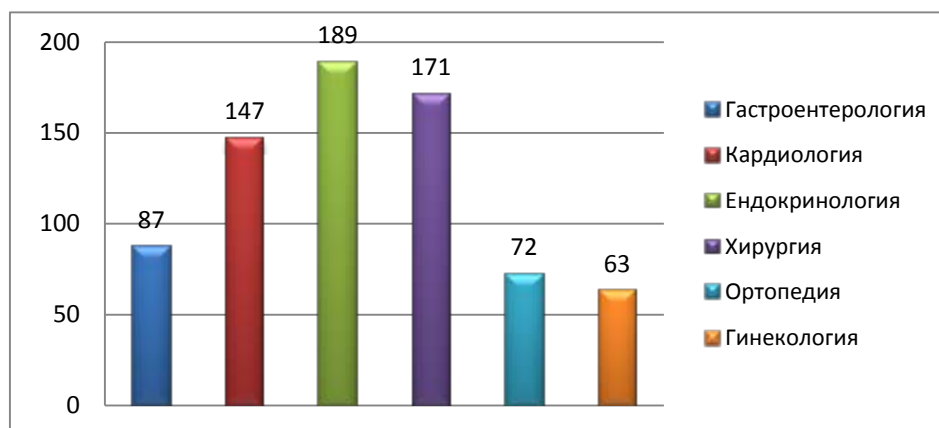
Фигура 30. Разпределение на анкетиранияте пациенти по възраст(абсолютен брой)



Най-голям е дялът на участниците във възрастовата група 31-60 години (47%), следвани от анкетиранияте над 60 години (40%) и тези до 30 години (13%) (Фиг. 30). Преобладават пациентите със средно образование - 55.1%. С висше образование са 28% и с начално образование - 16.9%.

Разпределението на анкетиранияте пациенти по отделения е представено на фигура 31. Най-голям е относителния дял 25.9% на анкетиранияте пациенти в ендокринологично отделение, следвани от 24.5% от хирургично отделение и 20.2% от отделение по кардиология..

Фигура 31.Разпределение на анкетираниите пациенти според болнично отделение, в което са хоспитализирани (абсолютен брой)



От пациентите, взимащи участие в проучването 345 за първи път постъпват за лечение в съответната болница.

Оценка на качеството на оказаната медицинска помощ от пациентите

Същинската част на въпросника включва 24 въпроса, които оценяват мнението на пациентите във връзка с качеството на оказаната им медицинска помощ в изследваните болници по отношение на:

- приема на пациентите в болницата;
- запознаването им с правилника за вътрешния ред на болницата;
- материално-битовите условия в болницата;
- възможностите за консултация с лекуващия ги лекар;
- информираността им за диагностичните и терапевтични процедури;
- искането за информирано съгласие;
- храненето в болницата;
- удовлетвореността от оказаните здравни грижи.

Почти всички /99.2%/ от изследваните пациенти на четирите болници потвърждават, че приемът в отделението е осъществен бързо и вежливо. Достъпността и вежливото отношение на персонала са признаци за висококачествен процес. 97.5% свидетелстват за своевременност на действията по третиране на остра или хронична болка и бързо предприемане на мерки за тяхното незабавно уточняване, превенция и лечение.

Приспособяването на пациента към болничната среда е от значение, както за привличането му в лечебния процес, така и за удовлетвореността му от грижите на персонала.

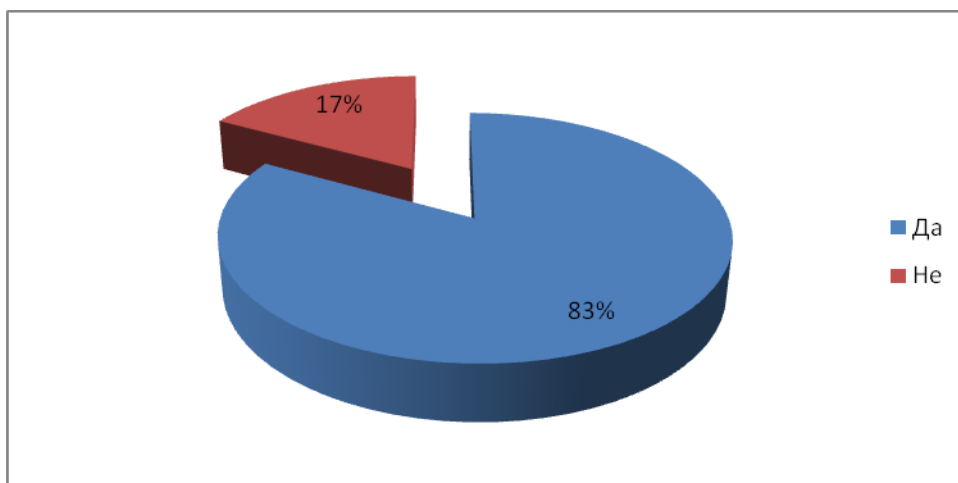
Пациентите са в различни възрастови групи, с различни очаквания и различна култура. Запознаването на пациента с Правилника за вътрешния ред на отделението в което е постъпил, с дневния режим, с неговите права, отговорности и задължения е от голямо значение за успеха на лечението и за това, той да преодолее първоначалния стрес от постъпването си в лечебното заведение.

От професионалистите по здравни грижи и от лекарите се изисква да използват своите професионални знания и умения и да приложат индивидуален подход към всеки един пациент. От отговора на въпроса се вижда, че с правилника за вътрешния ред, с правата си като пациенти на съответното отделение, както и със самоличността и функциите на лекуващия ги екип са запознати 94.2% от пациентите.

На 92.2% от анкетиранияте пациенти е предоставена възможност за съхранение на имущество, ценни вещи и пари

В 83% от случаите пациентите са получили прилично по вид и размер болнично облекло (пижама, нощница, халат), което е допринесло за запазване на човешкото им достойнство (Фиг. 32).

Фигура 32. Честота на разпределение на анкетиранияте пациенти според осигуряването им на прилично по вид и размери болнично облекло, позволяващо да се запази човешкото им достойнство



Следващият по-значимост фактор, който влияе на предпочитанията на пациента е качеството на обслужване от гледна точка на обстановката

в болничната стая - мебелировката (стол, шкафче, подвижен плот за хранене). От анкетираниите пациенти 85.9% смятат, че болничната стая е с добра атмосфера и съответна на нуждите им мебелировка, като стаята се проветрява редовно и съществува възможност за регулиране на температурата. 75.1% са доволни от нивото на хигиената в санитарния възел и поддръжката на болничното легло.

По-малко от 10% (9.1%) посочват, че не са били информирани относно реда на свижданията и контактите с адвокат, духовно лице или служебно лице, което отговаря за жалбите в болницата.

Една десета /10% / от анкетираниите пациенти не са уведомени за възможността ползват място, позволяващо конфиденциални разговори с медицинско и друго лице и за условията и реда за достъпа до личното им пациентско досие.

Един от най-важните елементи за качеството на здравните грижи е зачитане правата на пациента. Информираното съгласие е необходимо условие при провеждането на всяка медицинска интервенция.

Пациента има право на висококачествени грижи и човешки взаимоотношения. За да се установи степента на получаване на информирано съгласие от пациентите, в анкетното проучване са поставени няколко въпроса в тази връзка.

По-голямата част от /94.6%/ от анкетираниите посочват, че са получили информацията относно заболяването им, за диагностичните и лечебните процедури и за допълнителните консултации, които се налага да се извършат, както и за съдействието, което трябва да окажат пациентите на лекуващия екип (лекар, медицинска сестра) при тяхното осъществяване.

Информираността на пациентите е от ключово значение за изграждането на доверие и партньорско между лекуващият екип и пациента.

Всеки пациент според Хартата за правата на пациента има право на информация за предлаганите медицински изследвания, процедури, потенциалните рискове и ползи на всяка процедура, диагноза, прогноза и развитие на лечението. По отношение на въпроса „Обяснено ли Ви бе за кои диагностични лечебни процедури е необходимо Вашето писмено съгласие и искано ли Ви е такова?“ са получени следните отговори - на

696 /95.6%/ от анкетиранияте пациенти е искано такова съгласие, а на 33 /4.4%/ не е искано съгласие.

Трябва да се обърне внимание и предоставянето на информацията на пациента трябва да бъде по начин, съобразен с неговите възможности да я възприеме, при свеждане до минимум на професионална терминология.

Относно вътрешния ред в отделението, 98.8% отговарят, че редовно се провеждат визитации от лекуващият лекар и началника на отделението, 98.4% смятат, че часовете за прилагане на медикаментите предписаните от лекуващият им лекар се спазват.

Почти всички /99.2%/ от анкетиранияте пациентите потвърждават, че редовно са проследявани за декубитуси и тромбоза на дълбоките вени и е извършвана необходимата профилактика на тези състояния

Храненето на пациентите е съществена дейност от болничната помощ, а за осигуряване на качествено болнично обслужване е необходимо да се търсят съвременни начини за подобряване организацията на храненето в лечебното заведение. Пациентите посочили, че се уважава изборът им за вида, състава, овкусяването и количеството на болничната храна при условие, че това се вменява в предписаният от лекуващия им лекар хранителен режим са 94.2%. (Таблица 1.)

Таблица 1. Честота на разпределение на анкетиранияте пациенти според отговорите им на въпросите свързани с храненето в болниците

въпрос	ДА	НЕ
Уважава ли се изборът Ви за вида, състава, овкусяването и количеството на болничната храна при условие, че това се вменява в предписаният от лекуващия ви лекар хранителен режим?	94.2%	5.8%
Спазват ли се определените часове за хранене? Храната темперира ли се добре и поднася ли се в приятни на вид съдове?	92.4%	7.6%
Между основните хранения предлага ли Ви се лека закуска по вид, състав и количество в рамките на предписания от лекуващия ви лекар хранителен режим?	76%	24%

Уважението на автономния избор на пациента относно храната, е предпоставка за висока степен на удовлетвореност по време на болничния престой. Видно е, че в изследваните лечебни заведения са предложени ефективни, съобразена със съвременните стандарти начини на организация на храненето, за да се предостави на пациента възможност за избор и удовлетвореност от храненето. Три четвърти /76%/ от анкетиранияте пациенти потвърждават, че между основните хранения им се предлага лека закуска в рамките на предписания им хранителен режим (Таблица 1).

По преценка на 90.9% от анкетиранияте пациенти болничният персонал спазва политиката за подобряване и устойчиво развитие на качеството на болничната помощ. Всички мъже, всички анкетиранни във възрастовата група над 60 години и всички пациенти хоспитализирани в отделенията по кардиология, ортопедия и хирургия отговарят положително на този въпрос.

Нито един от пациентите не съобщава за нерегламентирано заплащане на ръка преди постъпване в болницата или по време на лечение.

По отношение на изписването едва 4.5% от анкетиранияте пациенти не са били уведомени за момента на изписването, а на 98.4% са предоставени всички необходими документи - епикриза, документ за платена потребителска такса, за избор на екип и други услуги .

Почти всички /98%/ от участниците в проучването са доволни от престоя в съответната болница и проведеното лечение и същият дял анкетиранни биха препоръчали болницата на свои близки при нужда от болнично лечение.

Анкетиранияте пациенти оценяват високо лечебните практики, здравните грижи, отношението на персонала и условията в болницата.

МОДЕЛ НА ОРГАНИЗАЦИЯ И УПРАВЛЕНИЕ НА КАЧЕСТВОТО НА БОЛНИЧНИТЕ УСЛУГИ - РАЗРАБОТВАНЕ И ВНЕДРЯВАНЕ В МБАЛ „МЕДЛАЙН КЛИНИК“ АД

Основни параметри на процесите по разработването и внедряването на модела за организация и управление на качеството на болничните услуги

Анализът на достойнствата на подробно изучените от нас модели за управление на качеството, на степента на тяхната адаптивност към процесите, свързани с производството на болнични услуги, на мястото им в теорията и практиката на медицинската квалитология показва, че най-подходящ за целите на настоящото изследване е моделът „акредитация“.

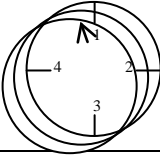
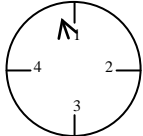
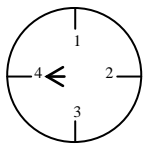
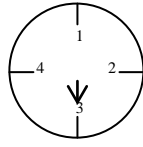
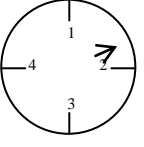
Този избор обаче не повтаря изцяло българските програми за акредитация на лечебните заведения за болнична помощ (приложение № 1, № 9 и № 11 към Наредба № 18 на Министерството на здравеопазването от 20.06.2005г.) „За критериите, показателите и методиката за акредитация на лечебното заведение“. Той е значително обогатен със заимствани от френската програма за болнична акредитация, направления, ключови зони, критерии и показатели (103, 105) за:

1. Адаптирана към пациентите политика на болницата за организация на техния прием, обслужване, информираност и зачитане на човешките и гражданските им права;
2. Ориентирана към пациентите политика за подобряване и устойчиво развитие на качеството на болничната помощ и за превенция на рисковете при нейното оказване;
3. Управление на болницата в полза на оказваните на пациента болнични услуги;
4. Ресурсно осигуряване, организация на дейностите и вътрешния ред в болничните отделения, като важен сегмент от условията за оказване на качествени болнични услуги на хоспитализираните пациенти;
5. Ресурсно осигуряване, организация на дейностите и вътрешния ред в специализираните болнични медико-диагностични логистични структури.

Стандартни изисквания за оценяване на специфичните дейности на функциониращите в болницата медицински и други структури

Разработването и внедряването на модела за организация и управление на качеството на болничните услуги в МБАЛ „Медлайн Клиник“ АД при ползване на основополагащите принципи на Програмата за болнична акредитация на ANAES – Франция преминава през следните четири относително обособени, но взаимосвързани фази, нагледно посочени на фигура 33.

Фигура 33. Програма за болнична акредитация на ANES- Франция, внедрена в МБАЛ „Медлайн Клиник“ АД

Фази		Време				
		до 15.02.2014	до 30.06.2014	до 30.09.2014	до 30.11.2014	до 31.12.2016
Работна фаза на модела						
Учредителна фаза на модела						
Проектна фаза на модела	Инвестиционна част					
	Концептуална част					
Идейна фаза: анотация за обосновка на идеята						

1. **Идейна фаза**, през която се изясняват и уточняват обосновката, основната цел, подцелите и стратегическия избор на модел за организация и управление на качеството на болничните услуги *със срок за приключване 15.02.2014 г.*
2. **Проектна фаза, през която:**
 - 2.1 На основата на широк и задълбочен преглед на специализираната научна литература и маркетингово проучване на факторите, благоприятстващи формирането на модел за организация и управление на качеството на болничните услуги *в срок до 30.06.2014 г.* се прави стратегически избор на най-приемливия за МБАЛ „Медлайн Клиник” АД такъв модел, обхващащ следните основни направления:
 - 2.1.1 адаптиране към пациентите политика за организация на техния прием, обслужване, информираност и зачитане на човешките и гражданските им права;
 - 2.1.2 ориентирана към пациентите политика на подобряване и устойчиво развитие на качеството на болничните услуги и за превенция на рисковете при тяхното оказване;
 - 2.1.3 управление на болницата в полза на оказваните на пациента болнични услуги;
 - 2.1.4 ресурсно осигуряване, организация на дейностите и вътрешния ред на болничните структури, като важен сегмент от условията за оказване на качествени болнични услуги;
 - 2.1.5 ориентиране към качеството на болничните услуги стандарти за специфичните дейности на функциониращите в болницата медицински и други структури
 - 2.2. На основата на наличния уставен капитал на Акционерното дружество се финансира и съставя *в срок до 30.09.2014 г.* Програмната част на модела и Наръчник за неговото управление.
3. **Учредителна фаза, през която в срок до 30.11.2014 г.** се осъществяват в логическа последователност действия, насочени към:
 - 3.1 провеждане на обучение на болничния персонал по съдържанието на модела и неговата значимост за подобряване и устойчиво развитие на качеството на предоставяните от МБАЛ „Медлайн Клиник” АД болнични услуги;

3.2 учредяване на Съвет по качеството в болницата, изготвяне на Правила за неговото устройство и дейност и провеждане на обучение на неговите членове;

3.3 изготвяне на процедура за организиране и провеждане на вътрешни акредитационни одити и образци на необходимите за това документи;

3.4 изготвяне на процедура за управление на несъответствията в качеството на болничните услуги и за произтичащите от това превантивни и коригиращи действия.

4. *Работна фаза, през която в срок до 31.12.2016 г. се извършват следните действия:*

4.1 провеждане на вътрешни акредитационни одити, в съответствие с времевите параметри, посочени в раздел „първи” на програмата-модел и Наръчника за организация и управление на качеството в болницата;

4.2 документиране и анализиране на резултатите от проведените вътрешни акредитационни одити;

4.3 провеждане през всяко тримесечие на анонимни анкети с лекувани пациенти, относно качеството на оказаните им болнични услуги и изготвяне на анализи, очертаващи тренда на тяхната удовлетвореност;

4.4 анализиране през всяко тримесечие на статистическите данни за дейността на болницата и на нейните клинични структури (преминали болни, използваемост на леглата, оборот на леглата, среден болничен престой, предоперативен престой, оперативна активност, сложност на оперативните и други процедури, болничен леталитет) и на показателите за вътрешна икономическа ефективност (средна издръжка на едно болнично легло, разходи за преминал болен, за легло-ден, лекарство-ден, храно-ден);

4.5 подбор и сключване на договори с медицински и други специалисти в етапа на разгънато функциониране на модела за организация и управление на качеството;

4.6 ежегодно провеждане на анонимни анкети с лекарите, медицинските сестри и лаборантите, относно удовлетвореността от

професионалния и социалния им статус и от физическата и психологическата комфортност на работното им място;

4.7 провеждане чрез средствата за масова информация на целеви маркетингови комуникации по разясняване на модела за организация и управление на качеството на диагностичните, лечебните и рехабилитационните дейности и на грижите за болните в МБАЛ „Медлайн Клиник” АД и на учебните възможности на нейните клинични структури;

4.8 внедряване на иновативни клинични протоколи в мениджмънта на някои от болестите от предметния обхват на болницата (Diseases Management);

4.9 търсене на фирмени организации, като кандидати за провеждане на „болничен скрининг” на техните служители;

4.10 търсене на организации, осъществяващи международен медицински туризъм и сключване на договори с тях;

4.11 създаване на съвместни сдружения (joint venture), в т. ч. и по линия на частно-публичното партньорство с други лечебни заведения за болнична помощ.

Предвид изключителната важност на тази фаза за успешното изпълнение на модела мениджърският екип на МБАЛ „Медлайн Клиник” разработи и детайлизира график с мероприятия, срокове и отговорници за изпълнението им. За целта е създадена надеждна планова конструкция, съдържаща всички необходими за целта новаторски организационни и контролни механизми, като се използва и методологичния арсенал на моделирането: PERT-time, теория за масовото обслужване, системните индекси за оценка на болничната дейност (динамика на физическия обем на болничните услуги, производителност на труда в болничните структури, себестойността на болничните структури и др.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Настоящото изследване на чуждестранните и българските практики за изследване на качеството на болничната помощ в условията на хроничен недостиг на публичен финансов ресурс за здравеопазване е предназначено да подпомогне болничните ръководства и началниците на болничните отделения, лаборатории и логистични структури при формирането, организацията и изпълнението на клаузите от съответните медицински стандарти и в изграждането на икономически обоснована и професионално възприемлива политика за управление на тяхното качество.

Следваната през последните години политика за поддържане на нисък относителен дял от brutния вътрешен продукт за здравеопазване е предпоставка за изоставане от европейските стандарти за качество на болничната помощ и е кризисна за здравето на социалните групи с незадоволителен икономически статус.

Незадълбоченият анализ на културните ценности на обществото и на индикаторите, характеризиращи неговата оценка за качество на болничната помощ, както и недостатъчният обществен дебат за дългосрочните приоритети и цели на реформата в болничния сектор са причина за нарастващия социален песимизъм към провежданата у нас здравна политика.

Наложеният модел за рестриктивно смесено (социално здравно осигуряване + частно здравно застраховане) финансиране на болничните услуги и произтичащите от него смесени подходи за тяхното перспективно лимитиране и ретроспективно заплащане води до некоординираност на държавния, обществения и здравноосигурителния контрол върху качествените еквиваленти на разходвания за болнична помощ публичен финансов ресурс.

Некоректните разчети за потребностите на населението от качествени диагностични, лечебни и рехабилитационни болнични услуги, както и финансовите бариери, пред които се изправят регламентираният от Закона договарящи се страни са причина за подценяване на проблемите за качество на болничната помощ в ежегодните Национални Рамкови Договори и в индивидуалните договори с изпълнителите на болнични услуги.

Качеството на здравното обслужване е приоритет на всяка здравна система. Проблемът за качеството в здравеопазването е особено актуален сега, когато в резултат на извършваната реформа се изисква прилагането на нов подход в управлението на здравните организации. В основата на този подход трябва да стои осигуряването на високо качество и ефективност на здравните услуги, до степен задоволяваща максимално здравните потребности на населението.

ИЗВОДИ

1. Повече от три четвърти /77,8%/ от анкетиранияте началници на отделения са на мнение, че е необходимо усъвършенстване на организацията на диагностичните и лечебните дейности в болницата, в която работят, а около една трета /33.3%/ от анкетиранияте намират за необходимо усъвършенстване на съдържанието и управлението на пациентското досие.
2. Почти половината от анкетирания началници на отделения /44.4%/ намират за необходимо усъвършенстването на болничния мениджмънт, като 66.7% от респондентите смятат, че е необходимо подобряване на мениджмънта на човешките ресурси.
3. Голямото мнозинство от участващите в проучването началници на отделения (77.8%) са привърженици на модела на „диагностично-свързаните групи“, който следва да подмени алгоритмите „клинични пътеки“.
4. Значителен дял от анкетиранияте началници на отделения (77.8%) са на мнение, че акредитацията на лечебните заведения за болнична помощ, като система за управление на качеството на болничните услуги трябва да се подложи на новаторска организационна промяна, а действащите медицински стандарти за болнична помощ се нуждаят от актуализация в посока „инфраструктура и процеси – в полза на ефекта от лечението“.
5. Анкетиранияте лекари и професионалисти по здравни грижи дават висока оценка на практиките в проучените болници по отношение на организацията и управлението на качеството на приема, диагностиката, лечението и грижите за хоспитализираните пациенти.
6. Значителен дял от анкетиранияте лекари (78%) и професионалисти по здравни грижи (65,4%), са на мнение, че се нуждаят от подобряване и устойчиво развитие на професионалните си знания и компетенции, в по-малка степен това важи за подобряване на комуникационните им умения (40.7% при лекарите и 57.7% при професионалистите по здравни грижи) и уменията за социални дейности (40.7% от лекарите и 44.2% от професионалистите по здравни грижи).

7. Отношенията на работното място и психологичният климат са положително оценени от анкетиранияте лекари и професионалисти по здравни грижи.
8. Значителен дял от участниците в изследването /74% от лекарите и 36.5% от професионалистите по здравни грижи/ споделят, че смеят да критикуват началника си, без да се страхуват от последствията.
9. Приема на пациенти е добре организиран, което е съществен момент за приспособяването на пациентите към болничната среда и е от голямо значение, както за привличането им в лечебния процес, така и за тяхната удовлетвореност. При анализа на резултатите става ясно, че 94.2% от пациентите са запознати с Правилника за вътрешния ред, с правата си като пациенти на съответното отделение, както и със самоличността и функциите на лекуващия ги екип.
10. Информираното съгласие на пациента е необходимо условие за участието му в диагностичния и терапевтичния процес. Положителните отговори на анкетиранияте показват, че в работата си медицинските специалисти са постигнали професионално - комуникативни умения, а също и че правата на пациентите са защитени.
11. Представени са принципите и основните фази на предложения за внедряване в МБАЛ „Медлайн Клиник“ АД модел на организация и управление на качеството на болничните услуги.

ПРЕПОРЪКИ

В резултат от проучването могат да бъдат направени следните препоръки:

КЪМ МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

1. Оценка от екип от експерти на предложения за внедряване в МБАЛ „Медлайн Клиник“ АД модел на организация и управление на качеството на болничните услуги с оглед включването му в българските програми за акредитация на лечебните заведения за болнична помощ.

КЪМ МЕНИДЖЪРИТЕ НА БОЛНИЧНИТЕ ЗДРАВНИ ЗАВЕДЕНИЯ

2. Провеждане на периодични анонимни анкети сред началниците на клиниките и отделенията относно необходимостта от промяна в политиката за подобряване и устойчиво развитие на качеството в болниците.
3. Провеждане на периодични анонимни анкети сред медицинските специалисти: лекари и професионалисти по здравни грижи относно установяването на проблеми свързани с организацията и управленията на качеството на приема, диагностиката, лечението и грижите за хоспитализираните пациенти.
4. Разработването на програма за периодично подобряване на компетентността на болничния персонал.

КЪМ МЕНИДЖЪРИТЕ НА БОЛНИЧНИТЕ ЗДРАВНИ ЗАВЕДЕНИЯ И ПАЦИЕНТСКИТЕ ОРГАНИЗАЦИИ

1. Провеждане на периодични анонимни анкети сред пациентите относно установяването на проблеми свързани с качеството на оказаната по време на престоя им в болницата медицинска помощ и грижи и степента на защитата на правата им, като пациенти.

САМООЦЕНКА ЗА ПРИНОСИТЕ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

Настоящият дисертационен труд има приноси в следните няколко направления:

➤ **Научно-приложни приноси:**

- Разработен и предложен е за внедряване в МБАЛ „Медлайн Клиник“ АД модел на организация и управление на качеството на болничните услуги, целящ - системата за управление на качеството на болничните услуги да придобие компетентност и капацитет да въздейства върху неговите фактори и да осигурява системен мониторинг върху неговата динамика в съвременното лечебно заведение за болнична помощ.

➤ **Научно-теоретични приноси:**

- Проучено и анализирано е мнението на началници на отделения относно необходимостта от ясно формулирана и последователно провеждана, ориентирана към пациентите политика за подобряване и устойчиво развитие на качеството в болниците.
- Комплексно е проучено, анализирано и експертно оценено мнението на лекарите и професионалистите по здравни грижи по отношение на качеството на организацията и управлението на приема, диагностиката, лечението и грижите за хоспитализираните пациенти.
- Изследвани и анализирани са необходимостта от подобряване на компетентността на болничния персонал, отношенията на работното място, психологичният климат и взаимоотношенията с ръководството.

СПИСЪК С ПУБЛИКАЦИИ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. Димитров И., Е. Христова, Н.Енчев, М. Александрова, Комуникационни умения при обучениена медицински сестри, Здравен мениджмънт 2016, том 16, №2, с. 33-37
2. Енчев Н., Е. Христова, М. Александрова, И. Димитров, Социални аспекти в обучението на медицински сестри, Здравен мениджмънт 2016, том 16, №2, с. 51-53
3. Христова Е., И. Димитров, Н. Енчев, М. Александрова, Бърнаут – актуален проблем за управлението на човешките ресурси в здравеопазването, Здравен мениджмънт 2016, том 16, №2, с. 44-47
4. Енчев, Нев., Иванов, Евг., Кехайов, Анд. Акредитация – инструмент для оценки и улучшения качества больничных услуг., Международном журнале «MEDICUS» №3 International medical scientific journal, № 3 (9), Волгоград 2016 стр. 108-112 MEDICUS. 2016. № 3 (9). ISSN 2409-563X
5. Иванов, Евг., Кехайов, Анд., Христова, Ел., Димитров, Ив. Енчев, Нев., Енчев, Анг. Культура здоровья и санитарное просвещение учащихся в контексте стратегии ВОЗ для пропаганды здорового образа жизни – программный подход пропаганды здорового образа жизни”, MEDICUS International medical scientific journal № 4 (10), 2016, Volgograd, ISSN 2409-563X, стр. 25-27