МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ

Катедра „Здравна политика и мениджмънт“

ДАРЯ МАРИНОВА ПЕТКОВА

ОСНОВАНИ НА ДОКАЗАТЕЛСТВА И ЦЕННОСТИ ИНТЕРВЕНЦИИ ЗА ПОВИШАВАНЕ НА КАЧЕСТВОТО В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

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“

НАУЧНИ РЪКОВОДИТЕЛИ:
ДОЦ. АЛЕКСАНДРИНА ВОДЕНИЧАРОВА, ДМ
ДОЦ. Д-Р КРИСТИНА ПОПОВА, ДМ

София, 2020 г.

СЪДЪРЖАНИЕ

ВЪВЕДЕНИЕ ... 3

ГЛАВА ПЪРВА. ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР ... 6

1. Изследвания и нормативни документи върху анализа и мениджмънта на качеството в здравеопазването ... 6
2. Акредитацията на лечебните заведения като фактор на качеството ... 9
3. Пациентът като критерий за качество на медицинската помощ ... 13
4. Роля на медицинския одит и клиничните пътеки за оценка на качеството ... 14
5. Маркетингови аспекти на качеството ... 20
6. Концепция за тотално управление на качеството ... 25
7. Политика на СЗО за подобряване качеството в здравеопазването ... 27

ГЛАВА ВТОРА. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО ... 33

Цел и задачи на изследването ... 33

Методология на изследването ... 34

ГЛАВА ТРЕТА. ПОВИШАВАНЕ КАЧЕСТВОТО НА МЕДИЦИНСКАТА ДЕЙНОСТ – ПРИОРИТЕТНА ЗАДАЧА НА НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНА РЕФОРМА ... 37

ГЛАВА ЧЕТВЪРТА. РЕЗУЛТАТИ ОТ ПРОВЕДЕНО ЕМПИРИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ ... 49

1. Роля на здравната култура и включването на пациентите в лечебно-диагностичния процес ... 49
2. Мнение и удовлетвореност на пациентите от качеството на здравеопазната дейност ... 59
3. Анализ на организационното състояние и определяне на потребностите от промяна в обучението на персонала в съвременната болница ... 67

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ... 81

ИЗВОДИ ... 83

ПРЕПОРЪКИ ... 87

САМООЦЕНКА ЗА ПРИНОСИТЕ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД ... 90

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА ... 91

ПРИЛОЖЕНИЯ ... 99

АНОНИМНА АНКЕТНА КАРТА №1 ... 99

АНОНИМНА АНКЕТНА КАРТА №2 ... 106

ВЪВЕДЕНИЕ

Като тема за преподавателска и изследователска дейност **качеството на медицинската помощ** има редица предимства и основания за добрата популярност, с която се ползва. Актуалността и популярността на качеството се дължат на многобройните нерешени проблеми в българското здравеопазване, на тоталната и продължителна криза в обществото, на трудния преход от тоталитаризъм към демокрация и на едно недостатъчно добре изследвано многофакторно влияние върху качеството на медицинските дейности.

Не са малко публикациите върху здравето и болестта, върху качеството на медицинските и палиативните грижи, но все още липсва един всеобхватен изследователски труд по тази актуална проблематика и неоспорим приоритет.

Необходимостта от съвременни здравни реформи подхранва и необходимостта от динамичен мониторинг и регулиране на качеството на медицинската помощ.

В съгласие с диференциацията на медицинските знания и практики в медицината и здравеопазването вече се утвърждава направлението медицинска квалитология.

През последното десетилетие на XX век качеството се определя като морално-етично задължение на медицинските професионалисти.

Европейската асоциация на медицинските дружества подкрепя активно политиката за развитие на качеството на медицинската помощ, като се оформят и препоръките националните медицински асоциации да поемат ръководната роля в развитието на качеството на медицинската помощ.

А има и един не по-малко важен икономически аспект. Той е и управленски, защото качеството в здравеопазването е един от основните фактори за ефективно изразходване на наличните здравни ресурси.

Предметът на осигуряване качеството на здравната помощ е подбряване на резултатите от цялостната здравна помощ за осигуряване на здраве, функционална дееспособност, благополучие на пациента и удовлетвореност от страна на потребителите на здравна помощ.

Управлението на качеството включва всички дейности, които се определят като политика по качеството - определяне на целите и отговорностите и тяхното приложение, планиране, контрол, оценка и развитие.

Управлението на качеството е изключително важно, защото неговият добър мениджмънт най-често повлиява положително върху качеството на предоставяните здравни услуги.

Развитието на качеството е динамичен процес, който осигурява и ползва постигането на здравни резултати за реализиране на добра медицинска практика.

Правилата за **добра медицинска практика** представляват систематично разработени становища, които да подпомогнат решенията на клиницистите и пациентите относно здравните грижи при специфични клинични обстоятелства.

Единствено възможната перспектива за качеството в здраеопазването е неговото непрекъснато подобряване въз основа на:

- фокусиране към потребителите, техните изисквания, нужди и очаквания;

- развитие на процесите/осигуряване на взаимосвързаност и редуцирене на излишните процеси/ и

- тотално въвличане на всички участници в процеса.

В съгласие с всичко това, следва да се мисли за изграждане на единна Национална система за управление на качеството в здравеопазните дейности в съответствие със съвременните стандарти.

ГЛАВА ПЪРВА. ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

1. Изследвания и нормативни документи върху анализа и мениджмънта на качеството в здравеопазването

Проблемът за качеството на медицинската помощ е стар, колкото е стара и човешката история. Клетвата на Хипократ е крайъгълен камък за качеството на медицинската помощ и днес лекарят следва да обслужва пациента и основното правило е да не му вреди. Още в V в.пр.н.е. Хипократ бащата на медицината формулира своите 4 терапевтични принципа**. Първият:** ръководно начало на лекуващите лекари: "преди всичко не вреди", което има и своя подтекст - подготвяй се, израствай професионално, за да не вредиш на пациентите. **Вторият:** „ противоположното с противоположно се лекува"; много по-късно Густав Ханеман обяви и принципа "еднаквото с еднакво се лекува" (принцип на съвременната хомеопатия) за не по-малко научен от този на Хипократ**. Третият:** „разчитай на участието на пациента, на неговия организъм" и на съдействието му в диагностично-лечебния процес. **Четвъртият**: да се дават силни лекарства, само ако по-слабите не са помогнали. И четирите принципа очевидно имат пряко отношение към качеството на медицинското обслужаване в доболничната и болничната помощ. Високото качество включва висока степен на професионализъм, ефективно използване на ресурсите, минимален риск за пациента, удовлетвореност на пациента и положително влияние върху здравето.

Според Международната организация по стандартизация ISO 8402 от 1994г. качеството е съвкупност от свойства и характеристики на продукт или услуга, които позволяват задоволяване на изразени или подразбиращи се (скрити) нужди.

В нашата научна литература по проблема имат публикации М.Маринов, В.Борисов, М.Попов, Т. Иванова, Зл. Петрова, К.Чамов и др. Дискутират се разнообразни подходи, методи и критерии за оценка качеството на здравната дейност. Изтъкват се трудностите в тази насока поради специфичния характер на съвременното здравеопазване (В.Борисов, М.Маринов, Ц.Воденичаров, A. Donabedian и др.). За да се оцени обаче качеството в здравеопазването, нужно е преди всичко да се определи общото понятие качество.

Според А. Донабедиан могат да се определят три главни подхода за оценка на качеството:

- **Структурен** - организацията и наличните ресурси на оказаното обслужване;
- **Процесен** - събитията и дейностите, които се извършват;
- **Изходен** - крайните резултати в медицинското обслужване.

Според Т. Иванова моделът за качество на медицинската помощ следва да включва: ситуационен анализ, определяне на целите, определяне на интервенционните дейности, дефиниране на проблема, мониторинг, оценка и устойчивост. Във всеки от тези етапи е много важно използването на съответните показатели.

Заедно с неговото научно-техническо ниво качеството на здравното обслужване трябва да се оценява и чрез следните критерии:

- безопасност;
- достъпност;
- адекватност;
- удовлетвореност на пациента (доверие и комфорт);
- икономическа и социална ефективност;
- равенство на шансовете (социална справедливост);

- приемлива цена;

- крайни резултати на здравното обслужване (здравен статус, комфорт на пациентите и т.н.).

У нас след Националния рамков договор (НРД) от 2003г. се прави опит за внедряване на серия индикатори - показатели за качеството на извънболничната и болничната помощ.

Специфичните индикатори за качество са две групи:

- за качество на процеса и

- за качество на резултата.

Оценката на качеството по тези критерии може да бъде средство за засилване отговорността в процеса на здравното обслужване. При това може да се постави под съмнение правомерността на съществуване на досегашната **клинична свобода** на лекарите да използват все повече ресурси тогава, когато **няма доказателства,** че като резултат ще бъде получена максимално възможната полза (В.Борисов).

В тази насока в Канада, Великобритания и в други страни е внедрена организационна технология, известна като **медицина, основана върху доказателствата** (Evidence Based Medicine).

Проучването на качеството на здравното обслужване може да се основава върху директна или индиректно събирана информация. За да се осъществи директен мониторинг на качеството, се препоръчва текущата информация за резултатите да бъде включена в специална банка данни (например: данни за усложненията, данни за смъртните случаи, за вътреболничните инфекции, за изхода от лечението и т.н.). Ако директната информация за резултатите не може да бъде получена в хода на обслужването, изследователите препоръчват да се използват прости и лесно изпълними изследвания. Например: след известен период

пациентите могат да бъдат анкетирани по телефона или с въпросник по пощата относно отдалечените резултати от медицинската помощ. Тази информация също може да се включи в банката данни, за да се използва при оценката на качеството (В. Борисов).

2. Акредитацията на лечебните заведения като фактор на качеството

Изследователи изтъкват, че в развитите страни акредитацията е утвърдена като процес, при които всяко лечебно заведение представя възможностите си за качествено извършване на определени медицински дейности. В процеса на провеждане на здравната реформа у нас бе официално въведена система на акредитация на лечебните заведения. Акредитацията е системна оценъчна процедура, която извършва външен одит и оценка на лечебните заведения и тяхната дейност.

Според експертите при акредитацията се преследва ранжирането на лечебните заведения в категории по различни признаци и в съответствие с определени професионални стандарти. Тя е насочена към гарантиране качеството на здравните услуги, стимулиране на стремежа за постигане подобри резултати и за информация на медицинските професионалисти и гражданите.

У нас акредитацията се обявява за задължителна и се осъществява от специализиран орган по акредитацията към Министерството на здравеопазването (Висш акредитационен съвет). След 2010 г. обаче у нас се въвежда **доброволния принцип за акредитация на лечебните заведения.**

През последните години в българския печат се появиха критични мнения относно системата за акредитация на лечебните заведения. Дават се предложения за принципна промяна на тази система към по-ясни и

обективни критерии за оценка на лечебните заведения с оглед осигуряване на определени **гаранции за качество** на тяхната бъдеща дейност.

Само широкият комплексен подход може да осигури една наистина полезна за целите на управлението оценка на качеството в здравното обслужване. Според наши и чужди автори в зависимост от специфичните нужди на определена страна или правосъдие, системите на акредитиране, лицензиране и сертифициране могат да осигурят ценна информация за възможностите, качеството и сигурността на организациите и практикуващите в сферата на здравеопазването и по такъв начин да допринесат за осигуряването на качеството.

Важна предпоставка за ефективна акредитация е установяването и съобразяването на определени **стандарти за оценка на качеството.**

В литературата се разграничават **три типа стандарти:** идеални, резонабилни и минимални. Най-добрите стандарти са идеалните, извлечени при идеални условия, но това е много трудно и почти невъзможно за практиката. Резонабилни или опционални (избираеми) стандарти са тези, които са най-добрите възможни при дадени конкретни условия. Минималните стандарти са с най-ниско ниво за възприемане на дадената помощ.

Международните стандарти по качеството са приети от редица национални законодателства, в това число и от нашата страна. Те препоръчват елементите на системите по качество и процедурите за проверка от независими институции. Създават също методическо единство за сравняване на резултатите от дейността.

СЗО пое инициативата за въвеждане на общоевропейски стандарти в процеса на оказване на медицинска помощ. Целта е индикаторите за качеството на здравната помощ да осигурят възможност за **самооценка.**

Професионалистите или институциите могат сами да оценяват работата си като добра или лоша и да извършват корекции. **Тази стратегия** не е насочена към наказателни действия спрямо лошите изпълнители, а **демонстрира системен подход към проблема за качеството на здравното обслужване.**

Счита се, че **оценката на резултатите още не е достатъчно развита.** Няма определена методика, даваща възможност за прогнозиране на евентуални грешки в практиката. От голяма значение е да се посочи факторът **оптимално време** при оценяването на резултатите (М.Маринов). Най-често се оценяват краткотрайните резултати на базата на един къс престой в болницата, докато функционалното възстановяване и адекватното измерване на резултата би могло да бъде след 8-10 месеца и повече, например при прекаран мозъчен инсулт. Този **отсрочен ефект** е особено специфичен за здравните услуги и следва да се анализира внимателно.

Заедно с тези специфични особености, в здравеопазването е наложително да се изграждат стандарти, които да дават възможност **за динамично проследяване на качеството,** а не само за неговата моментна оценка по ограничен брой критерии.

На следващата схема е представена **обобщена типология на стандартите** за качеството на здравните услуги (В.Борисов,2002). Трите типа стандарти трябва да се използват взимно свързани в една система.

Елементи на мениджмънта на качеството, основано на стандарти (по В.Борисов):

- Система за установяване на **професионални стандарти;**
- **Система за контрол** (съответствие със стандартите);
- **Система за** насърчаване на стандартите;

Типове стандарти

Поведенчески стандарти

1. Изява на **отношение** към проблема на пациента
(пред пациента, пред близките му);
2. Ефективно **общуване** (комуникационни умения);
а) **вербална комуникация** - конструктивно
информиране (конкретно, ясно, обратна връзка);
б) **невербална комуникация** (баланс с вербалната комуникация)

Организационни стандарти

1. Условия за професионална практика (за общуване с пациента, за процедури, за екипност, за координация, ресурси, необходимо време);

2. Стимулиране (организационна структура, подкрепяща приоритета на качеството, контрол, възнаграждение);

3. Научност и перманентно обучение;

4. Съучастие на пациента (в процеса, в оценката на клиничния резултат - самооценка, в оценката на качеството);

5. Надеждна документация.

Измерване на професионалната практика

1. Диагностичен и терапевтичен разговор с пациента

2. Психологическа подкрепа

3. Специфични клинични критерии и индикатори (полипрагмазия, ятрогения, вторична инфекция и др.)

Вижда се, че преобладават стандартите от организационно и поведенческо естество. Това е така, защото тези два типа стандарти са **предпоставка** за реално постигане на третия тип стандарти, измерващи професионалната практика (т.нар. добра медицинска практика).

Добрата професионална медицинска практика е на **изхода на системата**: тя може да бъде една обективна реалност само върху основата и чрез цяла серия поведенчески и организационни стандарти. Без тази предпоставка практиката и на най-подготвения медицински професионалист може да се окаже с незадоволителен ефект.

3. Пациентът като критерий за качество на медицинската помощ

Медицинската дейност е специфичен процес на социални отношения между медицинския персонал и пациентите (населението). Затова все по-често мнението на пациентите се налага като критерий за качеството на медицинската помощ.

Ценността на този критерий е демонстрирана чрез изследванията на М. Попов, Т. Веков, К. Пасхалидис и др. За получаването на необходимата социологическа информация се използват специално съставени въпросници за анонимна анкета или за стандартизирано интервю. Изследователите считат, че е целесъобразно пациентът да дава мнението си в момент, когато не е **пряко зависим или предстоящо зависим** от медицинския персонал. Затова е подходящо анкетата или интервюто да се провеждат в момента на изписването от болница или след изписването, след преглед в ДКЦ, или след представяне на рецепта в аптеката и т.н.

Това обстоятелство е особено важно за достоверността на мнението на лекуваните в болничен стационар пациенти. Целесъобразно е те да се анкетират анонимно към момента на изписването им или в първите дни след изписването им от болницата.

Досегашните проучвания показват, че удовлетвореността на пациента има стойност преди всичко за оценка на **психосоциалните и**

етичните аспекти и по-малко на научно-техническите аспекти на здравните услуги. Това не намалява, а обратно рязко повишава ценността на мнението на пациентите като много специфичен, чисто човешки критерий на качеството. Тази ценност става особено отчетлива, ако се съобрази, че в медицинската документация има многообразни данни за научно-технически аспекти на здравното обслужване, но няма данни за неговите комуникационни, междуличностни, ценностни и етични аспекти.

4. Роля на медицинския одит и клиничните пътеки за оценка на качеството

През юни 2006г. Съветът на Европейския съюз издава "Декларация за общи ценности и принципи", които трябва да бъдат заложени във всички системи на здравеопазване на страните - членки на Съюза:

1 Универсално покритие;

2 Солидарност във финансирането

3 Справедливост и равноправен достъп

4 Предоставяне на качествени грижи.

Медицинският одит е систематичен, критичен анализ на качеството на медицинските услуги, включващ диагностичните, лечебните процедури и облужването, използването на ресурсите, постигнатите крайни резултати на пациента, включително качеството на живот. Анализът обхваща работата на всички професионалисти в сферата на здравеопазването. Той може да се разглежда също така и като систематичен процес, чрез който лекарите непрекъснато оценяват и остойностяват своята практика, организацията на обслужването, своите мениджърски функции и образователни дейности.

Осигуряването на качеството е процес, чрез който качеството и съответствието на грижата за пациента и/или изпълнението на структурата се документира и оценява от една отговорна за това експертна група в рамките на един мултидисциплинарен екип. Медицинският и административният одит са двете страни на един и същ процес. Докато медицинският одит е главно механизъм за подобряване качеството на здравните услуги, доставяни на обществото, административният одит е главно начин за подобряване качеството на административния и управленския процеси, подкрепящи доставянето на тези услуги.

Новите подходи в осъществяване на политиката за качество на медицински одит се основават на описаните по-горе основни постановки, практиката на НЗОК в осъществяване на контрол на договорните партньори, Националната здравна стратегия 2008-2013. Наред с това е необходимо да се имат предвид предложенията по приключилия проект на Световната банка „Реформа в зравния сектор", различни проучвания и анализи (Sanigest-2008), препоръките на Европейския съюз за политиката по качество, Програмата на Световния алианс за безопасност на пациентите към СЗО и др. Налага се изводът, че е необходима съществена промяна в действащия модел за осигуряване на качеството и медицинския одит и нови насоки във връзка с намеренията на Правителството в сектора Здравеопазване. В правно-нормативен аспект това може да се постигне чрез изменение и допълнение на пакет от нормативни документи:

- Закон за здравното осигуряване;
- Закон за лечебните заведения;
- Закон за бюджета на НЗОК;
- Закон за здравето и други поднормативни актове.

От гледна точка на институциите, предоставящи здравни услуги, проучването CASPE (Clinical Accountability, Service Planning and Evaluation, 1994) посочва седем „критични за успеха фактори" за програмите за клиничен одит, чието наличие или отсъствие определя характеристиката на успеха.

Според Зл. Петрова основната цел и задачи за реализирането на „Стратегия за осигуряване на качеството и медицинския одит" могат да се формулират така:

Повишаване качеството и ефективността на медицинската и денталната помощ чрез осъществяване на ефективен финансов и медицински одит на изпълнителите на медиицинска и дентална помощ и разработване на системи за финансово управление и тотално управление на качеството с оглед осъществяването на целите и приоритетите на здравната политика в Република България.

Резултатът следва да бъде преструктурирана, реформирана, финансово устойчива и ефективна здравна система, която да осигурява качествени здравни грижи по промоция, профилактика, лечение и рехабилитация.

Утвърждаването на определени качествени стандарти за медицинската помощ е генерален проблем за здравната реформа в нашата страна. Тенденцията е за въвеждане на общоевропейски стандарти в процеса на оказване на помощта. Целта е индикаторите за качеството на здравна помощ да са достъпни до здравните изпълнители, така че да осигурят възможност за самооценка. Професионалистите или институциите могат сами да оценяват работата си като добра или лоша и да извършват корекциите. Тази стратегия не е насочена към

наказателни действия спрямо лошите изпълнители, а демонстрира системен подход към проблема за качеството на здравното обслужване.

Клиничната пътека е конкретен пример за **реализиране на стандартите** при осигуряване качеството на лечебната помощ. Клиничната пътека представлява институция, описваща обичайния и необходим начин за осигуряване на комплексни медицински грижи за определен тип пациенти и позволяваща да се оценяват отклоненията от нормата (предписания алгоритъм на поведение) с цел непрекъснато подобряване качеството на помощта.

В България клинични пътеки се разработват през 2000-2001г. със съдействието на австралийския консултант Дон Хилдън. За първи път клинични пътеки са договорени и включени в Националния рамков договор за 2001 година.

Клиничната пътека е **мултидисциплинарен план за прилагане на предварително определена медицинска помощ,** описана във времето с оптимална последователност, които се полагат за точно определени групи пациенти с дадени диагнози и изискващи сходни ресурси. Ролята на клиничната пътека е свързана преди всичко с нейния мултидисциплинен подход - при нея се формира определен екип от специалисти: клиницисти, анестезиолози, радиолози, патоанатоми, психолози, рехабилитатори и др.

Като точно разписан план за действие със стандартизирани и ресурсно осигурени елементи на болничния процес, както и с конкретно посочени отговорности на професионалистите и мястото им в процеса, клиничните пътеки са също така **инструмент за контрол върху разходите и осигуряване на качеството.**

Макар клиничната пътека да е обект на постоянни дискусии, едно е безспорно - като термин и като организационен подход

клиничната пътека демострира острата необходимост от качествени стандарти, от определена унификация на диагностично-лечебните дейности в епохата на тяхното невероятно многообразие, граничещо с риск за неуправляемост. Същевременно клиничната пътека е опит да се реши нараствщият конфликт „клинична свобода - здравен мениджмънт" чрез баланса на медицинската и икономическа целесъобразност.

По начина, по който са въведени в България клиничните пътеки не спомагат за контрола на качеството и не дават възможност да се отчетат реалните резултати и стойност на диагностичните и терапевтичните мероприятия. Анализът на приложените в България клинични пътеки показва, че не е изпълнено основното им предназначение, утвърдено в световната практика - координация на медицинска помощ и оптимизирането й при отчитане и анализ на възникналите отклонения.

Клиницистите са принудени да нагаждат своите диагнози към тези, включени в „клиничните пътеки", за да могат да отчетат престоя на болния и да получат заплащане от здравната каса. По този начин и останалата незасегната част на диагностично-лечебния процес вече е манипулативно моделирана, според вижданията на ограничен кръг хора, с повсеместното приложение на „клинични пътеки". Това неминуемо ще доведе до необратими изкривявания в националната статистика на регистрираните заболявания (Гл.Комитов, Стр. Генев).

С влизането в сила от 1 януари 2006г. на НРД 2006, поради невключването на множество диагнози в „клиничните пътеки" и самата генетична непълноценност на пътеките за първи път у нас се формират големи групи граждани в неравностойно положение с лимитирани права на достъп до болничната помощ.

Необходимостта от системи за контрол на качеството на медицинската помощ в целия цикъл на оказването й ясно разкрива необходимостта от корекция на изкуствено моделираните от клиничните пътеки стойности и подходи. В контекста на новата доктрина на Европейския съюз за преструктуриране на болничната помощ, Ломан подчертава необходимостта от приложението на Европейските стандарти, регламентиращи ефективното и тясно взаимодействие между личните лекари, диагностично-косултативните центрове и болницата. В хармония с тази доктрина Техническият комитет № 251 за медицинска информатика на Европейския комитет по стандартизация е утвърдил стандарт за обезпечаване на приемствеността на здравните грижи, базиран на епизоден принцип. Българските „клинични пътеки" не отговарят и са в противоречие с цитираните по-горе документи.

М. Бояджиева счита, че използването на клиничните пътеки като инструмент за закупуване и финансиране на болничната помощ в България има редица ***проблеми.***

Клиничните пътеки трябва да бъдат съгласувани в по-голям кръг от специалисти от различни нива /общински, университетски/. Според М. Зорте не е достатъчно само теоретично виждане на университетските специалисти по отношение изискванията на клиничната пътека. Би трябвало да се съобразява и конкретното практическо виждане на лекари и организатори, работещи в практическото здравеопазване в провинциалните населени места, особено в общинските градове.

Определен интерес представлява въпросът какви са мотивите на лекарите, които са дали отрицателна оценка на системата "Клинична пътека". По данни на Д. Шопов половината от далите отрицателен отговор за клиничните пътеки са посочили като базов мотив недостатъчно финансиране от Националната здравно-осигурителна каса.

Всеки трети отговор е, че системата е необмислена и с много недостатъци. Тези отговори са предпоставка за задълбочен анализ и би следвало да се предоставят на НЗОК, както и на Българския лекарски съюз.

Преобладаващата част от участващите в проучването лекари са посочили, че пътеките са достатъчни. Интерес представлява съпоставката с проучването на Ил. Баташки. Последният констатира, че относителният дял на посочилите „пътеките са достатъчни" е 21,2%, т.е. този процент е три пъти по-малък от този констатиран от нас. Най-вероятно разликите в годините на събиране на първичната информация при двете проучвания е основната причина - НЗОК е разширила обсега на пътеките или по-точно е увеличила техния брой. Независимо от това клиничните пътеки получават определена критична оценка от лекарите и в по-късния период на тяхното практическо внедряване у нас.

Цитираните данни показват, че е необходимо по-обстойно изследване, анализ и цялостна оценка на проблемите на клиничните пътеки като стандарт за качество у нас.

5. Маркетингови аспекти на качеството

Проблемите на маркетинга в здравеопазването са обект на значителен брой публикации в това число и на българските автори К.Кирилов, А. Янакиева, Ст. Гладилов, Т.Костадинова, Н.Лалев и др.

В литературата маркетингът се разглежда като съвкупност от дейности по привеждане на ресурсите на производителя (фирмата) в съответсвие с изискванията на пазара с цел да се решат два проблема: на потребителя - задоволяване на дадена потребност и на производителя (фирмата) - печалба. Съчетаното решаване на тези проблеми става чрез механизма на конкуренцията - осигуряването на по-желани, по-

качествени, достатъчни и ефективни стоки или услуги в сравнение с конкурентите. Следователно ключовото понятие на маркетинга изобщо е потребности, а конкретно в здравния маркетинг - неговият синоним са здравните потребности. По този начин маркетинговата дейност цели да осигури баланс между няколко вида интереси: на потребителя, на фирмата и на обществото (В.Борисов, К.Кирилов).

Както е известно, мисията на здравеопазването се изразява във все по- пълно задоволяване на потребностите на населението от медицинска помощ. За целта се проучват потребностите на отделните групи от населението, групиране по пол, възраст, образователен ценз, служебно положение и др. В условията на пазарен механизъм и все по-повишаващ се образователен ценз на населението в основата на тези разработки стои търсенето на медицинска помощ като осъзната потребност. Останалите компоненти, включващи скритата заболеваемост, се откриват чрез целенасочен скрининг, т.е. казано, по-кратко, целта е да бъдат прецизно уточнени потребностите на всяка група от населението и на тази основа да се търси възможност за тяхното удовлетворяване. Маркетингът в здравеопазването следва да бъде определен като философия и произтичащите от нея творчески подходи за проучване на търсенето на населението от медицинска помощ и осигуряване на продуктите и услугите, които максимално да удовлетворят тези потребности, извличайки определена полза за здравната организация. (18)

Специфики на маркетинга в здравеопазването:

- ✓ Грижата за пациента се поставя в центъра и направлява развитието на всички функции на здравното заведение- производство, управление, разпределение, потребление.

- ✓ Организиране на ресурсите на здравното заведение с цел да се задоволят потребностите на потребителите.
- ✓ Планиране, организация и контрол на дейността на болницата, съобразно с добре формулирани и ръководени маркетингови програми.
- ✓ Маркетингът в здравеопазването е насочен към постигане на максимално възможна медицинска ефективност, тъй като става дума за оказване на медицинска помощ и спасяване на човешки живот.

В съвременното здравеопазване изключително нараства ролята на съвременните технологии за диагностика и лечение за успешен маркетинг на отделните специализирани клинични звена, както и за цялото здравно заведение. (18)

През последните години все повече се говори за етичен маркетинг и за една по-социално отговорна и чувствителна към културата бизнес общност. (71)

Създаването на глобална пазарна етика има потенциал в полза на обществото като цяло, както в краткосрочен, така и в дългосрочен план. Етичният маркетинг е част от бизнес етиката и приложната етика, доколкото маркетингът представлява значителна част от всеки бизнес модел. Етичният маркетинг предполага съобразяване на дадени продукти или услуги със съществуващите културните и социални ценности. Той промотира на клиентите качествени ползи, които други подобни компании, продукти или услуги не успяват да предложат. (71)

Темата за отговорността на етичния маркетинг е подробно разгледана в Глобалния договор на ООН. Това е документ, който указва на световните корпорации как да се отнасят към етични въпроси. Документът е основополагащ по отношение на етично поведение и

решения. Глобалният Договор призовава компаниите да възприемат, подкрепят и прилагат в своята сфера на влияние, сбор от ценности, разделени в четири основни категории:

Права на човека

1. Зачитане и подкрепа за опазването правата на човека.

2. Гаранция за необвързване с действия, нарушаващи правата на човека.

Трудови норми

3. Приемане свободата на сдружаване и ефективно признаване на правото на колективно договаряне.

4. Премахване на всякакви форми на насилствен и принудителен труд.

5. Ефективно премахване на детския труд.

6. Изкореняване на дискриминацията по отношение на правото на труд и на професия.

Околна среда

7. Подкрепа за превантивните подходи в опазването на околната среда.

8. Подемане на инициативи, стимулиращи поемането на по-голяма отговорност към околната среда.

9. Насърчаване развитието и разпространението на технологии, щадящи околната среда.

Антикорупция

10. Подкрепа на антикорупционни инициативи и политика на прозрачност. (71)

Като обща характеристика концепцията за социално-етичния маркетинг разширява традиционната маркетингова концепция с необходимостта от осигуряването на дълговременна полза за отделния потребител и за благополучие на цялото общество.

Маркетингът в здравеопазването съдържа в себе си общите характерни особености на маркетинга на услугите. Здравните реформи в Европа по един или друг начин преследват засилена пазарна ориентация на националните здравни системи. Независимо дали се касае за свободен или за регулиран пазар, неговото управленско значение е едно: да доведе до по-адекватно и по-ефективно използване на наличните ресурси и чрез механизма на конкуренцията да повиши по най- естествен начин мотивацията за повишаване качеството на здравните услуги. Следователно, както отбелязва В.Борисов, пазарният механизъм в здравеопазването не е цел, а средство за по-ефективно оползотворяване на наличните ресурси и постигане на по-висока ефективност.

При наличнието на доказателства за неблагоприятни последици от свободния пазар в зравеопазването се правят изводите, че трябва да се търсят алтернативни решения за гарантиране на общественото благополучие (Е.Делчева). Предлагат се две алтернативи на пазара в здравеопазването - регулиран пазар и обществено предоставяне на здравни услуги. В първата алтернатива държавата наблюдава и се намесва при нужда в един независим частен или смесен пазар, а във втората - се явява собственик, основен финансов източник и котролен орган на извършваните дейности.

В литературата от последното десетлетие се налага становището, че проблемите на маркетинга в здравеопазването изискват по-широк подход от тясно пазарното виждане (Е.Делчева, В.Борисов, Д.Калахан, Н.Лалев и др.) Свободната кокуренция в здравното осигуряване и здравната дейност може да предизвика появата на т.нар. пазарни дефекти в здравеопазването като „морален риск" (морален хазарт), „селекция на риска" (избягване на риска), „неблагоприятна селекция" (подбор на платежоспособни пациенти) и т.н.

При тези условия очевидно може да нарасне процентът на неудовлетворените здравни потребности на населението в неговата цялост. Затова редица експерти обосновават необходимостта от социално-етичен маркетинг, а С. Попова твърде убедително обосновава моралната компонента на този тип маркетингова концепция.

Маркетингът е свързан с процеса на избор на управленски решения, както и с избора на пациента на лечебно заведение. С. Попова подчертава, че всеки избор ни поставя пред **проблема за избор на ценности.** Оттук и необходимата етична ценностна оценка на икономическите компоненти в здравеопазването. Подобна оценка, отнесена към маркетинга, показва, че има обективна необходимост от реален преход на традиционния маркетинг към социално-етичен маркетинг в специфичните условия на здравеопазната дейност.

Етичните аспекти на маркетинга произхождат от самата същност на маркетинга като процес на информиране и повлияване чрез ефективна комуникация относно ценността на продукта (услугата), която се предлага на хората, на които тя може да донесе реална полза (Н.Лалев).

6. Концепция за тотално управление на качеството

Оценката на качеството и на неговото тотално управление става чрез съчетаване на елементи от различните методични подходи с особен акцент върху оценката на процеса. Този комплексен подход в литературата се означава като мениджмънт на цялостното качество (Total Quality Management).

Новият комплексен подход налага да се преодолее оценката на качеството, основана само върху **професионалното мнение на лекаря.** За една по-цялостна оценка на качеството са нужни критериите и на други професионалисти в здравеопазването - психолози, икономисти,

статистици. Нужни са и преценките на пациентите в качеството им на потребители на медицински услуги, колкото и условни и непрофесионални да са те.

Моделите за тотално управление на качеството имат следните ключови характеристики:

1. ***Фокусиране към клиента/пациента***. Това е организационна стратегия, ръководена от нуждите и очакванията на потребителите.

Организациите зависият от своите потребители и затова е необходимо те да познават и да разбират настоящите и бъдещите нужди на потребителя, да отговорят на неговите изисквания и очаквания.

Останалите елементи на модела за тотално управление на качеството само ще ги маркираме за пълнота:

2. ***Установяване на лидерство***
3. ***Участие на персонала***
4. ***Процесно ориентиран подход***
5. ***Системен подход към управлението***
6. ***Непрекъснато подобряване***

Последният елемент на модела го приемаме за ключов, тъй като е свързан с крайната цел на модела: непрекъснато подобряване на качеството на медицинската помощ, етапни нови оценки и поставяне на нови цели. Цикълът на Деминг PDCA (Plan-Do-Check-Act) демонстрира тази непрекъснатост на подобряването.

Постоянното анализиране на организационния процес има основно значение за подобряване на здравните услуги. При протичането на всеки процес се наблюдават вариации. Някои от тях са контролирани, а други

не подлежат на контрол. Целта е да се сведат до минимум вариациите и едва тогава да се говори за реално подобряване на качеството.

7. Политика на СЗО за подобряване качеството в здравеопазването

Една от основните функции на СЗО е да формулира варианти на етична и базирана на доказателства здравна политика.

В съответствие с тази функция работата на СЗО по отношение на безопасността на пациентите улеснява разработването на политики и стратегии за безопасност на пациентите в държавите-членки на СЗО. Необходимостта от качество на здравните грижи и безопасност на пациентите беше обсъдена за първи път по време на Световната здравна асамблея през 2002 г., а резолюцията WHA55.18 относно „Качество на грижите и безопасност на пациентите“ на 55-та Световна здравна асамблея призова държавите да „предоставят най-голямо внимание на проблема за безопасността на пациентите и качеството в здравеопазването”.

Международни инициативи:

- разработване на глобални норми и стандарти;
- насърчаване на политики, основани на доказателства;
- насърчаване на механизми за признаване на високите постижения в областта на безопасността на пациентите в международен план;
- насърчаване на научните изследвания;
- предоставяне на помощ на страните в ключови за качеството насоки;

- определяне на приоритети за безопасността на пациентите, свързани с човешките фактори и комуникации за предоставяне на безопасни и качествени здравни грижи.

През септември 2016 г. звено за подобряване на безопасността и качеството на здравни грижи за пациентите към СЗО организира първата глобална консултация „Определяне на приоритети за глобална безопасност на пациентите в сътрудничество с Центъра за клинично управление на риска и безопасността на пациентите, Флоренция, Италия, и новосъздадения Център за сътрудничество на СЗО във връзка с човешките фактори и комуникации за предоставяне на безопасни и качествени здравни грижи.

Целта на консултацията е да се създаде глобален експертен мозъчен тръст за обсъждане и идентифициране на ключови предизвикателства и нови насоки в усилията да се даде приоритет на действията за глобална безопасност на пациентите през следващите 5-10 години.

По време на световната консултация бяха разгледани конкретни теми: образование и обучение на медицинските специалисти, лидерство, интердисциплинарна работа в екип и комуникация, методи за ангажираност на пациентите, научни изследвания, системи и интегрирани подходи, споделяне на успехите, безопасност на медикаментите, диагностични грешки, инфекции, свързани със здравеопазването и прозрачност на организацията за обсъждане и справяне с грешките и насърчаване на култура за безопасност.

Това е събитие с огромно стратегическо значение за предвиждане на бъдещите и стратегически насоки за глобална безопасност на пациентите. Събитието насърчава нова лидерска позиция и насоки на световно ниво от водещи експерти и се разглежда като начало, като ренесанс, в безопасността на пациентите.

Консултацията предостави възможност за споделяне на най-добрите практики и опит, за изучаване на ефективните стратегии при прилагането на основани на доказателства интервенции и за определяне на приоритети за бъдещи действия.

Като цяло събитието беше приветствано като ефективен подход за безопасност на пациентите, напредък в глобалното мислене, информиране на лидерите, определяне на стандарти и подпомагане на новата стратегическа посока на СЗО и нейните глобални партньори.

Ефективни подходи за глобална безопасност на пациентите

Нарастващият интерес към подходите за глобална безопасност на пациентите извежда като приоритет необходимостта да се наблегне на холистичните подходи в здравеопазването, интеграцията и координацията на първичната здравна помощ.

Стандартизираните инструменти, които трябва да бъдат прилагани в световен мащаб, със сигурност могат да бъдат полезни, но експертите призоваха:

- ✓ за разработване на индивидуализирани решения, които да отчитат местните социално-културни фактори,
- ✓ да започне пренасочване на необходимата култура към безопасността на пациентите и обучението, към доказателствата и разработването на конкретни и практически насоки за подобряване качеството на здравните грижи.

Насоките включват препоръки за това как да се постигне култура на безопасност, да се проучват понятия като прозрачност, отчетност, йерархия, доверие, учене, открито обсъждане и други ключови компоненти, да се включва пакет от най-добри практики, за които е доказано, че оказват положително въздействие върху резултатите от здравните грижи и опита на пациентите.

Ръководствата за добра практика трябва да включват правила за оценка, които да анализират текущите нива на вреда на пациента, ключови местни бариери за осъществяване на подобрения в здравните грижи, както и изисквания за сертифицирани медицински специалисти.

Само интервенции, за които е доказано, че са успешни и са в съгласие един с друг трябва да се насърчават.

Социалните науки, като например подходите на активизиране на човешкия фактор и науката, могат да помогнат за определяне на ефективните здравни грижи и за нови стратегии за по-ефективни решения.

Трябва да се проучат социалните детерминанти на безопасността и качеството, както и нови методи, които отчитат културните, социалните и поведенческите фактори.

Концепцията за справедливост и качество е важна за безопасността на пациентите, тъй като всички пациенти и семейства трябва да могат да се доверяват на здравеопазването, което не само предоставя здравни грижи, но и здравни грижи, които са ефективни, ефикасни и безопасни.

Човекът и научните постижения

Подходите включват управленски практики, насърчаване на спазването и методите за промяна на поведението за прилагане на иновации в качеството и безопасността на здравните грижи.

Експертите препоръчват в учебните програми в медицинските университети да бъдат включени следните теми:

- човешки фактори,
- култура на учене от грешки и успехи,
- избор и използване на безопасни технологии,
- мониторинг на безопасността,
- роля на обучението чрез обсъждане на казуси,

- ангажираност на пациентите в лечебния процес,
- ангажираност на медицинските специалисти и
- ролята на партньорството с външни, местни организации за безопасност.

Силно се насърчава:

- подобряването на междупрофесионалната комуникация и работата в екип, които да се превърнат в единен подход към безопасността на пациентите във всички страни по света;
- провеждането на текущ мониторинг и оценка на компетентността на специалистите;
- достъпа онлайн на широко приложимите, лесни за използване курсове за обучение на всички нива за справяне с пропуските в знанията, особено в страни с ниски доходи.

Едно от предложенията за справяне с негативната публичност на вредите за пациентите е ***ефективното ангажиране на медиите***, което включва разработване на правила за здравните мениджъри и медицинските специалисти, отговарящи за връзките с медиите, за работа с журналистите с цел усъвършенстване на съобщенията за обществеността.

Сътрудничеството с медиите за получаване на правилните послания е от решаващо значение, за да се гарантира доверието в здравните системи и за информиране на населението с точната информация.

Методи и инструменти за подобрения на качеството

Технологиите растат с безпрецедентни темпове и индустрията на здравеопазването би могла да извлече полза от това. Необходимо е да се направи подходяща оценка на технологиите, заедно с образованието както на здравните специалисти, така и на пациентите, за да се използват

технологиите пълноценно, и по-конкретно да се обърне внимание на ключовите ***бариери за постигане безопасност на здравните грижи***:

• ниската култура по отношение на безопасността на пациентите и на системите, особено на тези елементи които не са гъвкави и не работят добре;

• липсата на инвестиции в технологии;

• непълноценното използване на системите за докладване и след това предоставяне на информацията за целите на образованието;

• не се отделя внимание на мнението на пациента при вземането на решения;

• липсата на текуща оценка и образование в областта на здравните грижи на експертно ниво;

• пречките пред инвестирането за предотвратяване на инциденти и грешки в здравните грижи за пациента.

Приоритети:

Споделяне на знания, разработване на най-добри практики и разпространяване на знанията, особено насърчаването на онлайн мрежи и уеб платформи за обмен на знания като евтино решение за обмена на знания.

Събиране на примери за успех и ефективни доказателства и тяхното прилагане. Няма достатъчно примери за успех, нуждаем се от проактивен подход за намиране на примери за успех. Такава възможност създава честването на Световен ден за безопасност на пациентите.

ГЛАВА ВТОРА. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

Цел и задачи на изследването

Изследването си поставя за **цел** на базата на критичен анализ на резултатите от реформата в здравеопазването, експертна оценка на медицинските специалисти за качеството в здравеопазването и проучване на удовлетвореността на пациентите, да се изведат препоръки за конкретни практически интервенции за подобряване качеството на медициската помощ.

Въз основа на получените резултати от проведеното емпирично изследване и сравнения с изследвания в европейските страни се изработват критерии и ориентири за по-нататъшното повишаване качеството на дейностите в съответствие с европейските стандарти.

За постигане на тази цел си поставихме следните основни **задачи:**

1. Литературен анализ и оценка на проблематиката за качеството на здравните услуги.
2. Разработване на специален въпросник за експертите и за пациентите, които са били на болнично лечение.
3. Експертна оценка на лекари и медицински сестри в многопрофилните болници за активно лечение за качеството на медицинската помощ и подходите за неговото управление.
4. Изследване на мнението и удовлетвореността на пациентите, които са били на лечение в многопрофилните болници.
5. Анализ на организационното състояние и определяне на потребностите от промяна в обучението на персонала в съвременната болница.
6. Разработване на предложения, които да подпомогнат политиката в областта на качеството в здравеопазването.

Методология на изследването

Обект на изследване

Университетската многопрофилна болница за активно лечение “Царица Йоанна- ИСУЛ”- София и Университеска Първа МБАЛ - София "Св. Йоан Кръстител" са избрани за обект на изследване, като типичен представител на съвременните болници с висококвалифициран медицински персонал и модерно за страната ни технологично оборудване.

Единици на наблюдение

Логически единици в изследването са лекари и медицински сестри /общо 124/ с придобита квалификация и специализация по мениджмънт на здравеопазването с акцент върху клиничния мениджмънт, както и случайно избрани пациенти /общо лекувани 110/ от Клиника по очни болести и Хирургична клиника на Университеска Първа МБАЛ - София "Св. Йоан Кръстител" и на УМБАЛ “Царица Йоанна- ИСУЛ” в София.

Инструменти за набиране на първичната информация

Използват се социологически методи за набиране на първична информация:

При оценката на качеството на здравното обслужване приложихме два от най-често прилаганите изследователски методи: метода на експертната оценка и проучване мнението и удовлетвореността на пациентите като потребители на здравни услуги.

Проведохме анонимна социологическа анкета с помощта на анкетни карти, които прилагаме в края на настоящия дисертационен труд. Въпросите са предимно от закрит тип. Пациентите и експертите

бяха непреднамерено ангажирани с оглед получаването на по-достоверна и по-пълна първична информация.

Анкетата е проведена анонимно и доброволно. Анкетните проучвания проведохме през месец март 2018г.

Математико-статистически методи за обработка на първичната информация

Данните са въведени и обработени със статистическия пакет IBM SPSS Statistics 23.0. За ниво на значимост, при което се отхвърля нулевата хипотеза бе прието $p<0.05$.

За обработка на първичната информация се използват следните математико-статистически методи:

- Дескриптивен анализ – в табличен вид е представено честотното разпределение на разглежданите признаци;
- Алтернативен анализ – за сравняване на относителни дялове;
- Непараметричен $\chi 2$ тест на Пиърсън за наличие на статистически значими разлики и сила на връзката по Крамер V;
- Графичен анализ – за визуализация на получените резултати.

Методи за оценка на качеството

Оценка чрез стандарти - сравняват се конкретни здравни услуги с предварително определени и възприети стандарти, които представляват **медицинския алгоритъм** за лечение на определено заболяване.

Типология на стандартите за качество:

Поведенчески стандарти:

а/ изява на отношение към проблема на пациента;

б/ ефективно общуване, което е комплекс от вербална и невербална комуникация.

Организационни стандарти:

а/ условия за професионална практика;

б/ стимулиране;

в/ научност и продължаващо обучение;

г/ съучастие на пациента в процеса на лечение и оценка на резултатите;

д/ надеждна документация.

Стандарти на професионалната практика:

а/ диагностичен и терапевтичен разговор с пациента;

б/ психологическа подкрепа;

в/ специфични клинични критерии и индикатори.

2. Оценка чрез анализ на резултатите от медицински одит

3. **Ръководства за добра практика**, включват правила за оценка, които да анализират здравната култура, текущите нива на вреда на пациента, ключови местни бариери за осъществяване на подобрения в здравните грижи, както и изисквания за сертифициране на медицинските специалисти. Качеството се дефинира чрез изискванията на клиентите; системата за постигане на качеството е превантивна, а не само оценяваща крайните резултати.

ГЛАВА ТРЕТА. ПОВИШАВАНЕ КАЧЕСТВОТО НА МЕДИЦИНСКАТА ДЕЙНОСТ – ПРИОРИТЕТНА ЗАДАЧА НА НАЦИОНАЛНАТА ЗДРАВНА РЕФОРМА

Националната здравна стратегия 2014-2020 е израз на очертаващия се консенсус относно необходимостта от преориентиране на здравната политика и практика от справяне с последиците за здравето (диагностика и лечение на заболяванията) към повлияване на рисковите за здравето фактори, и ангажиране на индивидите и обществото в този процес. Преоритетна задача на здравната реформа е повишаване качеството на медицинската дейност чрез разработване на система за тотално управление на качеството с оглед осъществяването на целите на здравната политика. Резултатът следва да бъде преструктурирана, реформирана, финансово устойчива и ефективна здравна система, която да осигурява качествени здравни дейности по промоция, профилактика, лечение и рехабилитация.

Тенденцията е утвърждаване на качествените стандарти за медицинските дейности чрез въвеждане на общоевропейските стандарти в практиката с фокус върху изграждане на умения за креативност, новаторство, лидерство и работа с новите технологии. Целта е индикаторите за качеството на медицинската дейност да са достъпни до медицинските изпълнители, така че да осигуряват възможност и за самооценка.

Разработени са и са въведени:

1. Кодекс за професионална етика на лекарите в България, Издаден от МЗ, Обн. ДВ, бр. 85, 2013 г.

2. Общи правила за добра медицинска практика на лекарите в Република България – Заповед на МЗ №: РД – 28 – 256/ 25.11.2013 г.

3. Наредби на Министерство на здравеопазването за утвърждаване на медицински стандарти по специалности с критерии и показатели за качество на лечебната дейност, права и задължения на пациента, процедури за информирано съгласие на пациента за участие в лечебния процес /Сайт на Български лекарски съюз - Медицински стандарти/.

4. Актуални клинични пътеки за 2019 г. по специалности /след АНЕКС на НРД 2018 г./.

За по-нататъшното повишаване на качеството в здравеопазването в съответствие с европейските стандарти се стимулират следните ***иновативни практики:***

- ✓ споделяне на знания, разработване на най-добри практики и разпространяване на знанията;
- ✓ предприемане на проактивни подходи за намаляване вероятността от възвикване на грешки или вреди;
- ✓ събиране на примери за успех, за ефективни доказателства и тяхното прилагане;
- ✓ насърчаване на онлайн мрежи и уеб платформи за обмен на знанията.

През последните години в нашата страна се инвестира в апаратура, в инфраструктура и имаме добра основа за постигане на качество в здравеопазването. Необходимо е лечебните заведения изцяло да ангажират знанията, опита и креативността на медицинските специалисти. По-доброто разбиране на поведенческите и организационните стандарти при мениджмънта на качеството е важен аспект при оценка на здравната политика, насочена да гарантира обществения интерес и по-високата ефективност при изразходване на финансовия ресурс.

Проблемът за качеството не е само медицински проблем и показател, но той има пряка връзка с ресурсното управление на здравеопазването. Понятието за качество в съвременното разбиране за здравеопазване включва в себе си няколко взаимосвързани аспекти на дейността:

1. Адекватност - има две основни насоки:

а) наличие на съответствие между здравни потребности и предлагани здравни дейности; с това понятие пряко е свързана достъпността на населението до здравни грижи;

б) наличие на съответствие между използваните ресурси (материални, финансови, човешки, времеви) с постигнатите здравни резултати; от тук произтича и важността на съотношенията – разход - резултат, разход - полза и се формира като адекватност на здравната дейност спрямо усвоените ресурси;

2**. Ефикасност** - теоретично понятие, което показва ползите от прилагането на определена медицинска технология, лекарство и т.н. в лабораторни експериментални условия; ефикасността се определя в контролирани клинични опити и проучвания; когато определена технология не покрие изискванията за ефикасност на този етап, нейното развитие и внедряване се спира;

3. **Ефективност** - практическо понятие, което показва конкретната полза от прилагането на дадена медицинска технология в реални условия, т.е. това е полученият полезен резултат за обществото; в крайна сметка ефективността представлява степента на постигане на съответната крайна цел; етапът на ефективността винаги следва етапа на ефикасността.

4. **Безопасност** - представлява степента на допустимия здравен риск; този показател е важен аспект за качеството в медицинската дейност.

Съществуват няколко концепции **за качеството в здравеопазването** и елементите, които ги осигуряват. По-известни концепции са на Donabedian и Maxwell.

Концепцията на Donabedian обхваща следните основни елементи:

а**) структура** - обхваща наличната инфраструктура, като сгради за основна и спомагателна дейност, персонал и работни екипи, организационна структура на управлението и оборудване, съоръжения и технологии.

б**) процеси** - достъп до съответните процедури, включващ профилактика, диагностика, лечение и рехабилитация.

в) **резултати** - отчитане на ефекта от извършените медицински дейности при дехоспитализация, както и проследяване на здравното състояние на пациента за известен период от време.

Всички тези елементи подлежат на оценяване и резултатите от анализа се използват за решения за подобряване на качетвото на здравните услуги.

Концепцията на Maxwell обхваща шест измерителя на качеството:

1. **Достъп до здравната услуга**
2. **Релевантност,** т.е. дали медицинската помощ е достатъчна спрямо потребностите на пациента и обществото като цяло

3. **Ефективност** - отчитане на подобряването на здравното състояние на пациента
4. **Равнопоставеност** - еднакво качество на здравните услуги за всички пациенти
5. **Социална възприемчивост** - цената и резултатите от здравеопазването трябва да бъдат приети от обществото
6. **Ефективност и икономичност** - необходимият здравен ефект трябва да се постигне при минимални разходи.

Според определението на СЗО ***качеството на медицинската дейност е предоставяне на всеки пациент на достатъчно видове диагностични и терапевтични дейности, които да осигуряват най-добър резултат за здравето, адекватен на актуалното състояние на медицинската наука, при най-добра цена за този резултат, при минимален здравен риск и достигане до най-голямо удовлетворение по отношение на процедури, резултати и хуманно отношение.***

Тази широкомащабна структура на качеството на здравните услуги определя и разностранните подходи за оценяването му. Сред обществото съществуват някои много погрешни представи и подходи за оценка на качеството на медицинската дейност, някои от които са: новите технологии и медикаменти винаги повишават качеството; качеството зависи от цената; модерното оборудване е гарант за качеството на медицинската дейност; научната степен на лекаря осигурява по-високо качество; удовлетвореността на пациента е единственият критерий за качеството и т.н. Следователно сериозната и ***обективна оценка трябва да се осъществи чрез комплексен подход.***

При оценяването на медицинските технологии експертите подчертават връзката между качество и разходи. Трябва категорично да

се преодолее асоциацията, че по-скъпите процедури или лекарства са винаги еквивалент на високо качество. В много случаи желанието за престиж може да доведе до неоправдано бързи инвестиции в скъпи иновации, които в много случаи не се оправдават в медицинската практика или рано остаряват. Традиционен подход е също качеството да се оценява с количествени показатели – например, използваемост на легла, среден престой и т.н., които сами по себе си нищо не показват относно качеството на болничната медицинска помощ.

Новите подходи за цялостната оценка и управление на качеството се основават на установяване на степента на постигане на целите в системата на здравеопазване. ***Оценката на качеството в здравеопазването трябва да покаже доколко се подобряват резултатите от здравното обслужване, отразени в здравния статус, фунционалната способност на населението, психосоциалното благополучие и удовлетвореността на пациентите.***

Мениджмънтът на цялостното качество предполага контрол и управление на качеството, както на входните параметри (ресурси), така и на процеса (изпълнението) и на изходните параметри (резултатите). **В условията на здравноосигурителна система и пазарни отношения в здравеопазването, мнението на пациента има все по-важна роля при общата оценка на качеството на здравеопазната дейност.**

В зависимост от контрола на различните параметри на качеството, съществуват различни подходи за оценката му (според Donabedian)**: структурен, процесен и резултативен подход.**

Определянето на периода за оценка на качеството трябва да бъде свързано със специфичния характер на здравната дейност и изисква качеството на лечебния процес и състоянието на пациента системно да

се наблюдават, оценяват и отчитат. Освен това за нуждите на управлението също е необходимо периодично да се извършва оценка и анализ на състоянието и тенденциите за изменение на качеството на здравните дейности.

Основен напредък в практическите подходи за оценка на качеството в България се постигна чрез приетата **през 2001г. Национална здравна стратегия.** В нея се отчита, че през периода на държавен монополизъм в здравеопазването подходите, които се прилагаха за подобряване на работата и повишаване на качеството са основно от социалнопсихологически характер- социалистическо съревнование, звание отличник, герой на социалистическия труд и т.н. Тези подходи развиха умения за обществено - политическа работа, но не и високо качество на професионалната дейност. Начинът на финансиране на здравните заведения през този период, както и липсата на конкуренция между тях създаваше условия за безразличие към качеството, а не стимули за неговото повишаване.

Повишаването на качеството на здравните дейности следва да се осигури на базата на **Национална система за осигуряване и непрекъснато развитие на качеството,** като се отчитат **трите фундаментални принципа:**

- **Фокусиране върху потребителите: основната цел е да се** задоволяват изискванията, нуждите и очакванията на пациентите. Това поставя нови изисквания към здравната система по отношение на организационната структура, организация на дейността и персонала и методи за изслушване и информиране за пациента.
- **Развитие на процесите:** вниманието следва да се фокусира върху хоризонталната верига на лечението - как пациентът се движи в системата, включваща връзката между първичната и

специализираната извънболнична и болнична помощ, т.е. трябва да се гледа мащабно на процеса, а не само на изолирани дейности.

- **Въвличане на всички** участници **в процеса** - работещите на всички нива на здравната система трябва да бъдат включени в дейноститс по осигуряване и развитие на качеството.

Повишаването на качеството е директна функция от неговото управление.

Мениджмънтът на качеството изисква:

а) разработване на цялостна Национална система за управление на качеството в здравеопазването, която обхваща всични здравни институции. Разработването на тази система трябва да се извърши с участието на Министерството на здравеопазването, Националната здравноосигурителна каса, Българския лекарски съюз и Съюза на стоматолозите в България. Националната система за управление на качеството следва да се основава на концепията за управление на качеството, имаща за цел непрекъснато усъвършенстване и поставяне на акцент върху работата в екип, увеличаване удовлетвореността на потребителя и понижаване на разходите;

б) по определена програма, според целите и приоритетите на национаната здравна стратегия, **да се създаде мрежа от национални стандарти за качество на дейностите в здравеопазването,** които да са съобразени със стандартите в другите европейски страни.

в) да се пристъпи към въвеждане в здравните заведения на **съвременни техники за оценка и подобряване на качеството на дейността** - протоколи за сравняване и оценка, вътрешна анкета, медицински одит и т.н. Особено място следва да бъде отделено на провеждането на **акредитацията на лечебните заведения,** като изключително важна техника за осигуряване на качеството.

Наличието на ***култура на иновации в лечебните заведения*** играе жизненоважна роля в подпомагането на здравеопазването да посрещне сложните социални и икономически предизвикателства на 21-ви век.

Когато лечебните заведения изцяло ангажират знанията, опита и креативността на медицинските специалисти, те постигат по-високо качество на здравните услуги, иновации в лечебния процес и повишена ангажираност на специалистите.

За да се мониторира качеството в здравеопазването, е необходимо да се измерва качеството на услугите, които се предоставят на базата на предварително определени норми или стандарти за изпълнение, чрез изградена формална рамка от структури.

Пациентът възприема качеството в светлината на достъпността на здравеопазването, бързината на ранната диагностика и лечение.

Като реципиенти, пациентите са единственият източник на информация за това, дали с тях се отнасят с уважение и зачитане на техните права. Пациентите могат да стимулират важни промени, които са необходими за намаляване на пропастта между предоставената грижа и това, което трябва да бъде осигурено.

Медицинските специалисти възприемат качеството на основата на параметрите за предоставяне на медицинската помощ по установени практики, наличност на ресурси, удовлетвареност от резултатите и възможността за придобиване на знания, умения и компетентност.

Мениджърите на лечебните заведения са отговорни пред обществото за средствата, които изразходват за здравеопазване. Те възприемат качеството по отношение на осигуряването на безопасност, сигурност на пациента и обществеността и предотвратяването на

неподходящи и/или неефективни здравни грижи. В същото време здравните мениджъри се стремят да отговарят на изискванията както на пациентите, така и на осигуряващите здравни грижи при приемливи разходи.

Нарастващият интерес към ***подходите за глобална безопасност на пациентите*** извежда като приоритет необходимостта да се наблегне на холистичните подходи в здравеопазването, интеграцията и координацията на първичната и болничната медицинска помощ.

Стандартизираните инструменти, които трябва да бъдат прилагани в световен мащаб, се считат полезни, но експертите извеждат също така значението на разработването на индивидуализирани решения, които да отчитат местните социално-културни фактори, както и необходимостта от приоритетно внимание към безопасността на пациентите и обучението, към доказателствата и разработването на конкретни и практически насоки за подобряване качеството на здравните грижи. Насоките включват препоръки как да се постигне култура на безопасност, да се проучват понятия като прозрачност, отчетност, йерархия, доверие, учене, открито обсъждане и други ключови компоненти, да се включва пакет от най-добри практики, за които е доказано, че оказват положително въздействие върху ефективните здравни грижи.

Ръководствата за добра практика включват правила за оценка, които да анализират текущите нива на вреда на пациента, ключови местни бариери за осъществяване на подобрения в здравните грижи, както и изисквания за сертифициране на медицинските специалисти.

Риск мениджмънтът е неделима част от контрола на качеството и предоставяне на качествена услуга за обществото.

Процесите на Управление на риска и подобряване на качеството осигуряват рамка, за да се вземе предвид всичко, което организацията

прави, как го прави, както и да идентифицира начини да го подобри. Прилагането на Национална програма като цялостна политика за подобряване на Качеството осигурява необходимостта от мониторинг и идентифициране и управление на рисковете и постоянното подобрение на процесите в системата на здравеопазването.

Системите за Управление на риска и подобряване на качеството са насочени към предоставяне на структурна рамка за идентификация, анализ, лечение, наблюдаване и преглед на рисковете, проблемите и възможностите.

Управлението на риска в здравеопазването има за цел:

1. Минимизиране на вероятността от възможни събития, които могат да имат негативни последствия за потребителите/пациентите, персонала и организацията.

2. Минимизиране на риска от смърт, травми и/или болест при потребителите/пациентите, персонала и други в резултат от предоставеното обслужване.

3. Подчертаване на потребителските/пациентските резултати.

4. Ефективно управление на ресурсите.

5. Подкрепяне на оплакванията и жалбите, които имат основания, след извършване на проверка за достоверност, с цел да се осигури подобряване на качеството на медицинските услуги /60/.

Постигането на ефективност и качество на медицинската дейност на всяко организационно ниво на системата е гаранция за по-добро здравеопазване.

Насърчаване на култура на безопасност на пациентите във всички нива на здравеопазване е ключов компонент за предотвратяване и намаляване на грешките и за подобряване качеството на медицинските дейности. От съществено значение е тясното сътрудничество между здравните специалисти, пациенти и органите на властта. Безопасността

на пациента трябва да е част от медицинското обучение и с висок приоритет в политическия дневен ред за гарантиране качеството на грижите.

При изследването на нежеланите събития трябва да се поощрява подходът на системния анализ, за да се разбере как човешкият фактор, медицинските изделия, организациите и фармацевтичните продукти си взаимодействат за създаване на безопасни условия в здравния сектор.

Особено актуални са въпросите, свързани с изграждането на ефективни етични интервенции, базирани едновременно на доказателства и ценности за реализацията на качество на живота и здравна сигурност на всеки гражданин.

Ефективността и стабилността на здравеопазването до голяма степен зависи от успешното функциониране на организационната структура на здравната система като единно цяло, от взаимовръзките и взаимодействието между различните нива на медицинска помощ, предоставена на пациентите за решаване на всеки здравословен проблем и осигуряване на свободен от рискове начин на живот.

ГЛАВА ЧЕТВЪРТА. РЕЗУЛТАТИ ОТ ПРОВЕДЕНО ЕМПИРИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ

Анализите установяват, че сравнително редовно се прилага оценка на качеството чрез медицински одит (вътрешен и външен) в двете изследвани УМБАЛ. Вътрешният одит се осъществява от вътрешни контролни органи, а външният - от Изпълнителна агенция „Медицински надзор" към Министерството на здравеопазването.

1. Роля на здравната култура и включването на пациентите в лечебно-диагностичния процес

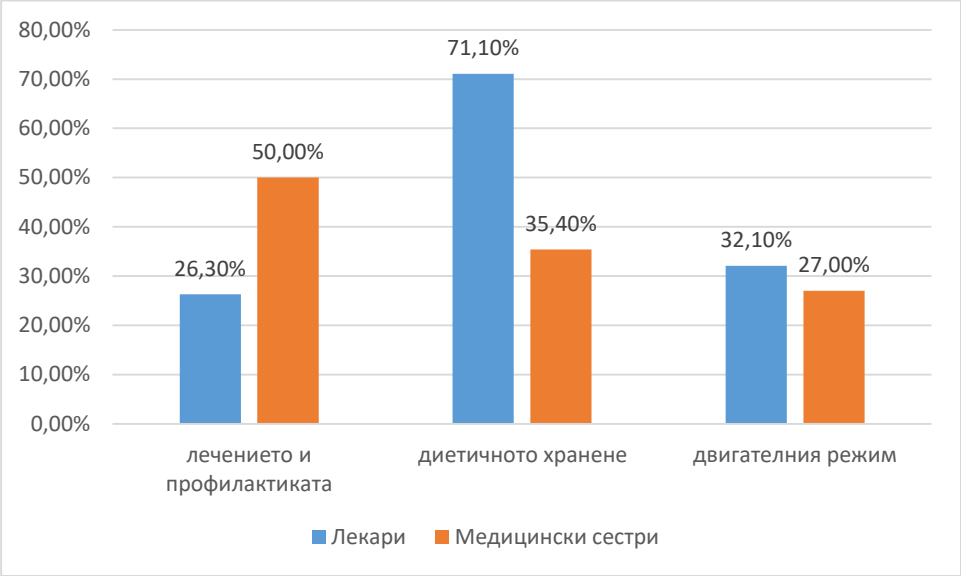
Основна задача на проведеното изследване бе да се изясни ролята на здравната култура и включването на пациентите в лечебно-диагностичния процес с акцент върху процедурата за получаване на информирано съгласие на пациента и се определят ефективни подходи за промяна на организационното състояние на съвременната болница.

Оценката на анкетираните медицински специалисти разкрива, че качеството на медицинската помощ и обгрижването на пациентите се повлиява в най-висока степен от медицинската култура на пациентите. Според 74.5 % от медицинските специалисти в Университеска Първа МБАЛ - София "Св. Йоан Кръстител" и 78.10% в УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ"- София, здравната култура на пациентите има водеща роля и решаващо влияние върху качеството на медицинската помощ.

Участието на медицинския персонал в повишаването на здравната култура и здравната информираност на пациентите е активно, съзнателно и целенасочено, като относителният дял на участващите „здравни информатори и просветители" е доста висок: 87.5% от лекарите в Университеска Първа МБАЛ - София "Св. Йоан

Кръстител" и 75% в УМБАЛ “Царица Йоанна- ИСУЛ” в София.; при медицинските сестри този процент е съответно 78.9% и 84.2% .

Тематично лекарите и медицинските сестри най-често са давали отговори и са беседвали с пациентите за:



Фиг. 1.1. Участие на медицинския персонал в повишаването на здравната култура и здравната информираност

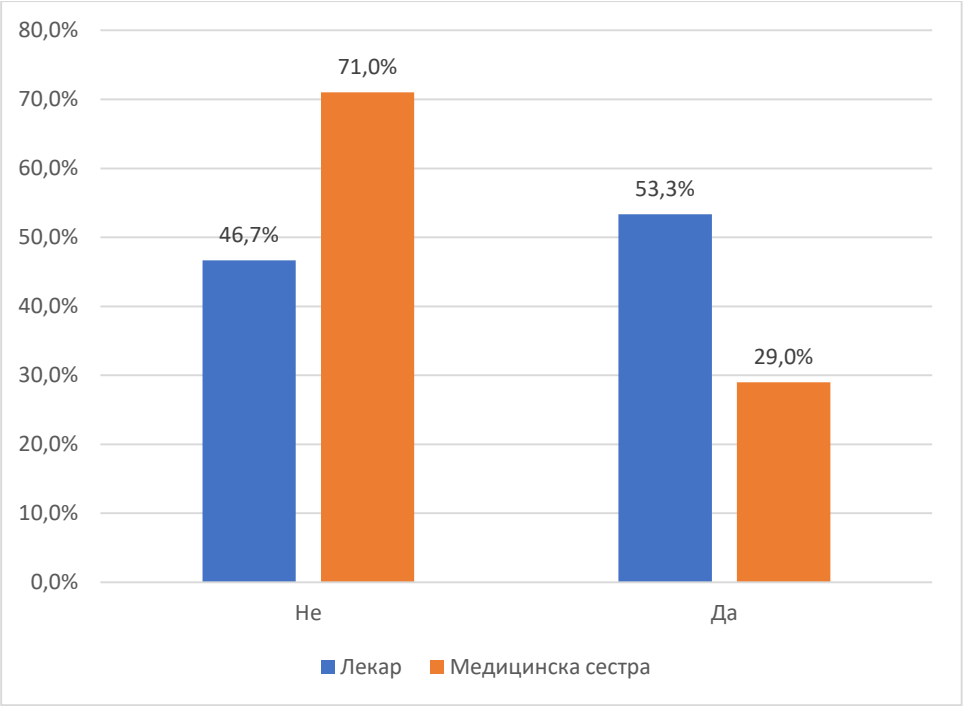
Таблица 1.1. Резултати от непараметричен анализ между лекари и медицински сестри по изследвани показатели

Показатели	**χ2**	**p**	**Cramer’s V**
Лечение и профилактика	6.813	0,009	0,244
Диетично хранене	19,001	0.000013	0,408
Режим(двигателен)	0,661	0,416	0,076
Не участват	0,049	0,824	0,021

Статистически значима разлика между лекари и медицински сестри се наблюдава по отношение информираността на пациентите по въпросите на:

а/ лечението и профилактиката / $\chi 2 = 6.813$, Крамер V = 0,244 / и

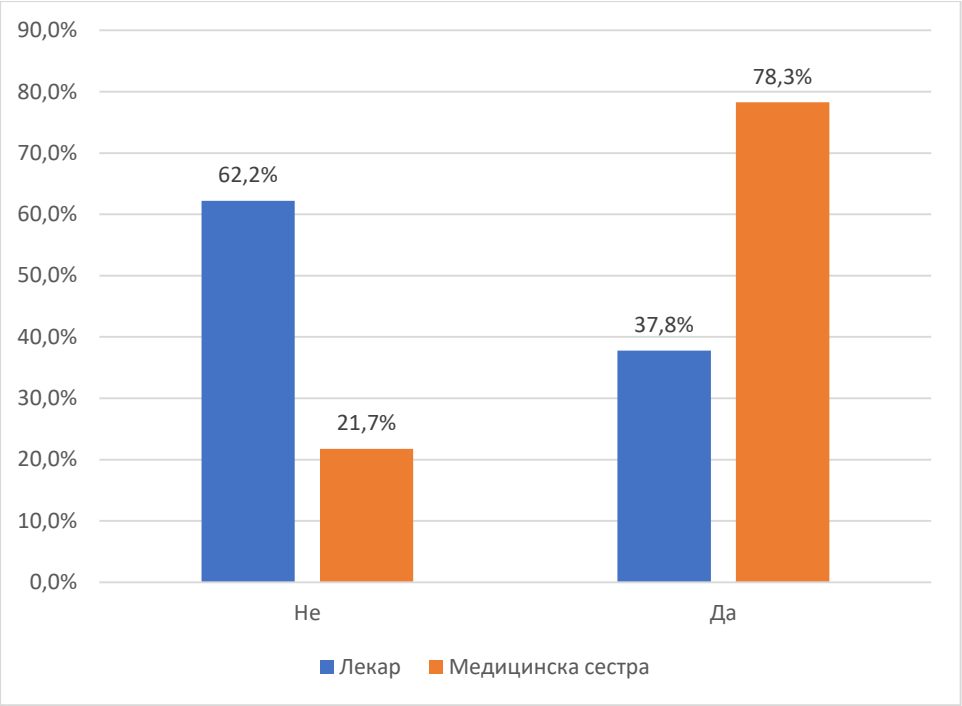
б/ диетичното хранене / $\chi 2 = 19,001$, Крамер V = 0,408 /.



Фиг.1.2. Участието на медицинския персонал в повишаването на здравната култура и здравната информираност - лечение и профилактика

За разлика от лечението и профилактиката при повишаване на информираността на пациентите по отношение на диетичното хранене разпределението е обратно.

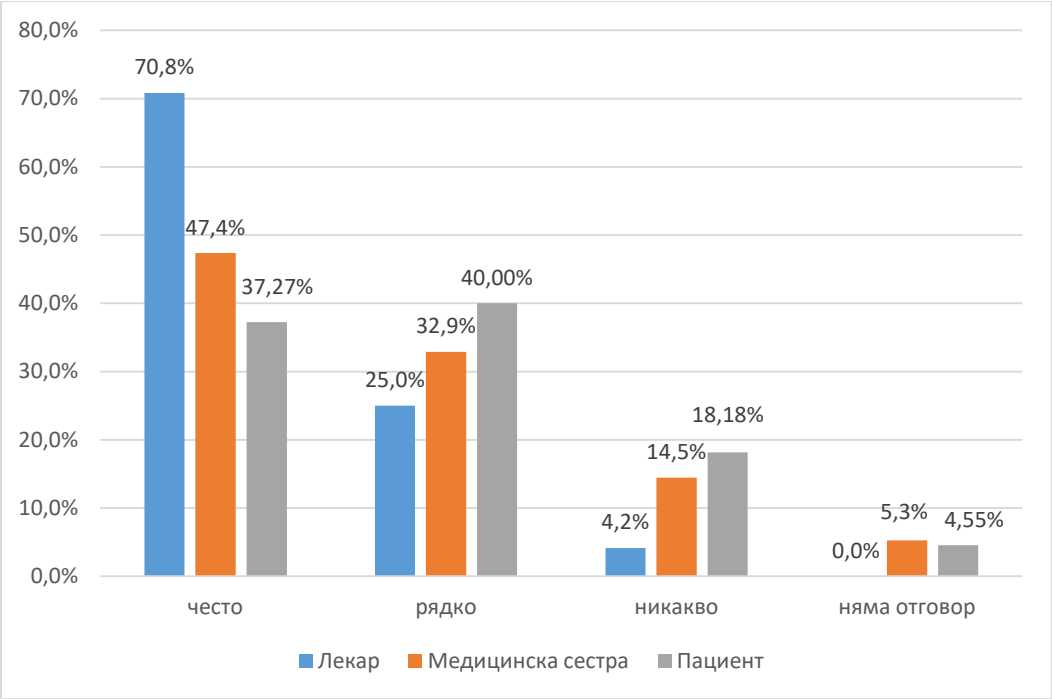
Делът на медицинските сестри, които участват в информиране на пациентите по отношение на диетичното хранене 78,3%, превишава повече от три пъти процента на тези, които не участват. Едновременно с това процентът на лекари, които отговарят утвърдително по отношение на повишаване на здравната култура на пациентите, по отношение на диетичното хранене /37,8/ е близо 2 пъти по-малък процента на тези, които отговарят негативно.



Фиг.1.3. Участието на медицинския персонал в повишаването на здравната култура и здравната информираност - диетично хранене

Изследването на ***включването на пациентите в лечебно-диагностичния процес и превръщането им от обект в субект на здравни грижи*** установи големи разлики в отговорите на обхванатите контингенти:

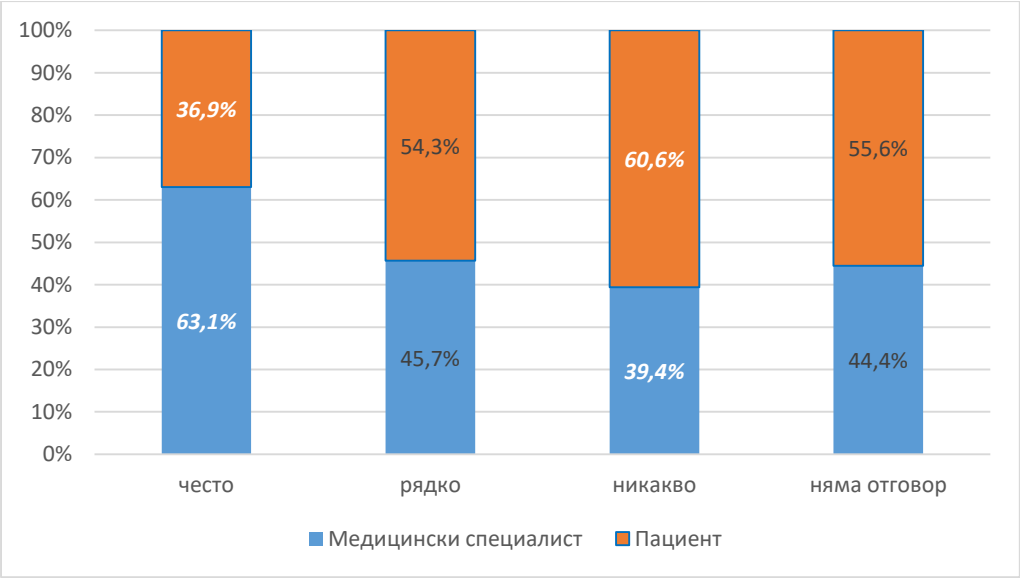
- според лекарите включването на пациентите в този процес става при 70.8% от случаите; според медицинските сестри - само при 47.4% се постига такова включване;
- а според пациентите едва 37.3% от тях считат, че участват в лечебния процес.



Фиг. 1.4. Участие на пациента в лечебно - диагностичния процес

Непараметричен $\chi 2$ тест на Пиърсън показва наличие на статистически значима зависимост по отношение мнението на различните групи анкетирани за участието на пациентите в лечебно – диагностичния процес, с $p = 0,008$, $\chi 2 = 17,251$ и сила на връзката по Крамер $V = 0,192$.

Фигура 1.5. показва разпределението по отношение на двете групи: медицински специалисти и пациенти. Точен тест на Фишер показва наличие на статистически значими разлики в мнението на двете групи по отношение на участието на пациентите в лечебно – диагностичния процес с ниво на значимост $p = 0,027 < 0, 05$ и $\chi 2 = 9,000$.



Фиг. 1.5. Участие на пациента в лечебно - диагностичния процес

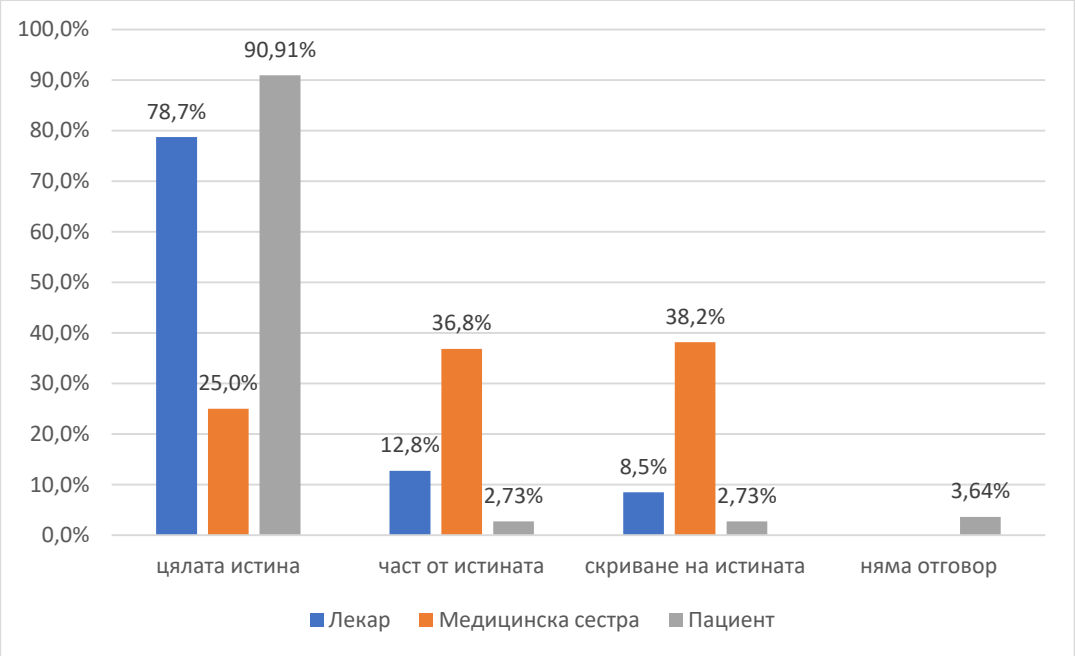
В групата на анкетираните, които са на мнение, че пациента е активен участник в лечебно-диагностичната дейност, делът на медицинските специалисти е близо два пъти по-голям /63,1%/. Докато в групата на отговорили „рядко“ или „никакво“ пропорциите в процентите е в полза на пациентите /между 50% и 60%/.

Интересно е, че тази тенденция се проявява и в двете лечебни заведения, които са обект на изследване. Таблица 1.2. представя резултатите от направения непараметричен анализ. И в двете заведения има разлика в мнението на медицински специалисти и пациенти по отношение на участието на пациента в лечебно-диагностичния процес, но резултатите от точен тест на Фишер показват, че тази разлика не е статистически значима.

Таблица 1.2. Резултати от непараметричен анализ в двете изследвани заведения

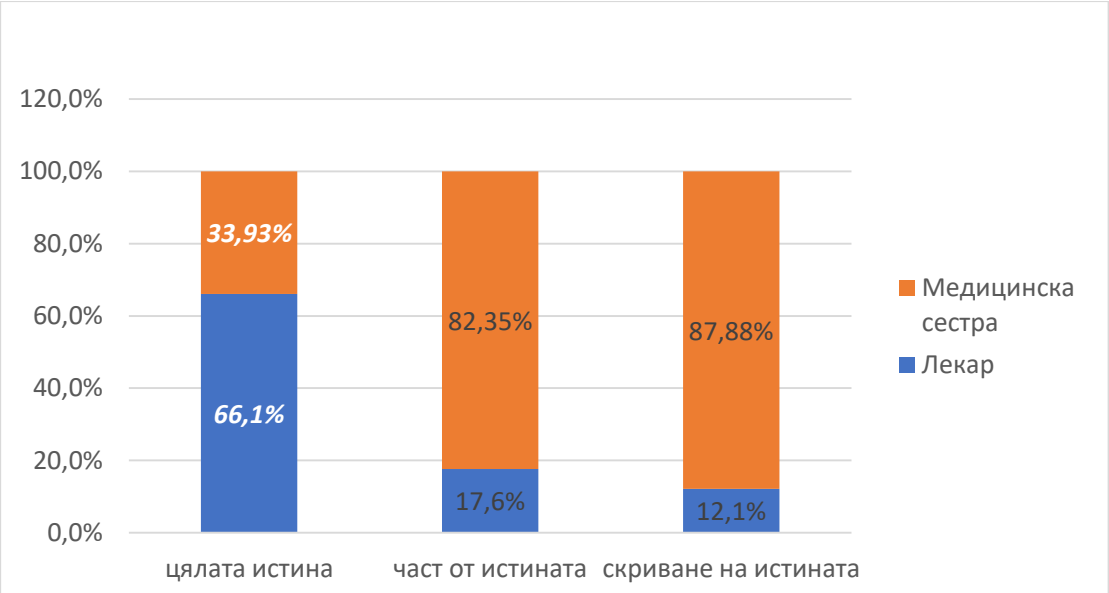
Тест на Фишер	χ^2	p
Университетска Първа МБАЛ	6,421	0.068 > 0.05
УМБАЛ “Царица Йоанна-ИСУЛ” - София	4,017	0.254 > 0,05

Разкриването на истината за заболяването при изследваните контингенти е сравнително широко застъпено. Почти 80% от лекарите в двете УМБАЛ са за разкриването на цялата истина, като този процент при медицинските сестри е 25%, а при пациентите е обяснимо най-висок - 90.9% от тях са за предоставяне на цялата истина.



Фиг. 1.6. Разкриване на истината за заболяването

Направеният непараметричен анализ показва наличие на статистически значима разлика в мнението на лекари и медицински сестри по отношение на разкриването на истината на пациента с ниво на значимост $p<0.0001$, $\chi 2=30.014$ и сила на връзката по Крамер $V=0.526$.



Фиг. 1.7. Разкриване на истината за заболяването според лекарите и медицинските сестри

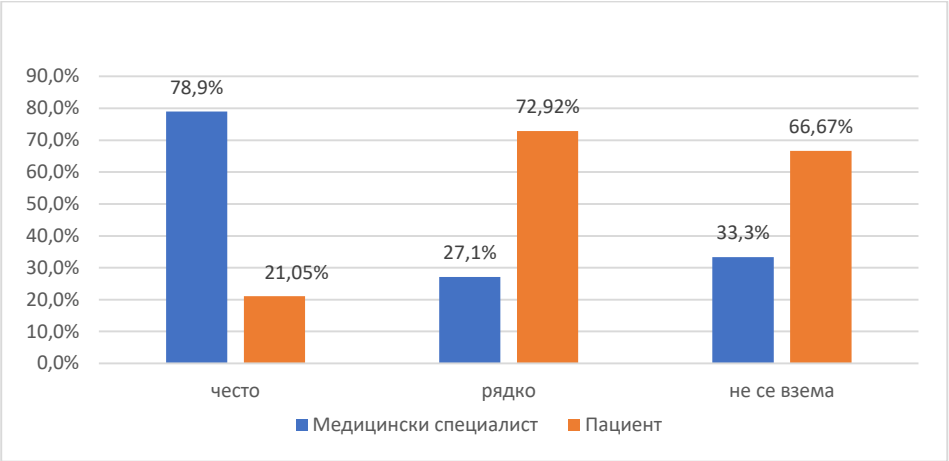
Директното сравняване на лекари и медицински сестри по отношение на предоставяне на цялата истина на пациента показва, че процентът на лекарите, които са за разкриване на истината, превишава два пъти процента на медицинските сестри.

Процедурата за получаване на информирано съгласие на пациента за участие в лечебния процес не е застъпена и осигурявана при всички пациенти.

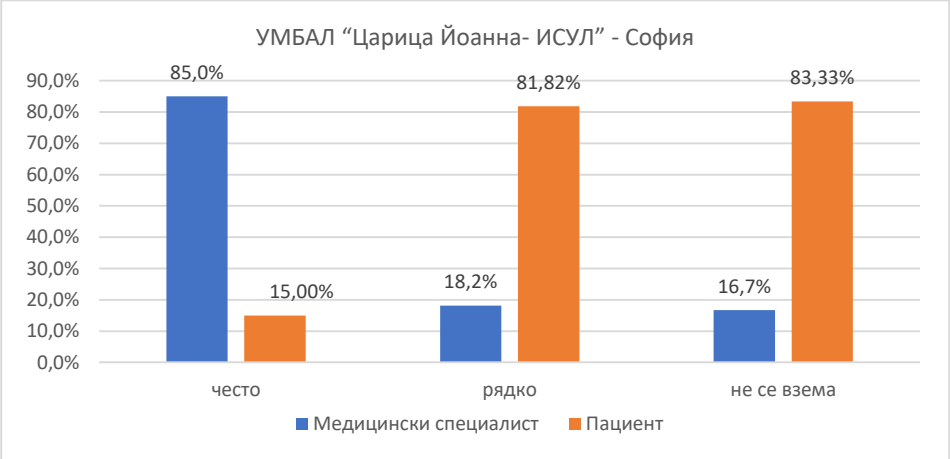
Преобладаващата част от лекарите – почти 70%, твърдят, че прилагат често процедурата за получаване на съгласие на пациента след подробни разяснения относно естеството на заболяването, необходимите лечебни подходи и очакван изход от лечението, 25.5% определят процедурата като рядко прилагана и 6.4% въобще не прибягват до нея. При медицинските сестри тези проценти са съответно 84.21%, 11.84% и 3.95%.

И в двете заведения има много силно изразена разлика в мнението на медицинските специалисти и пациентите по отношение на прилагане на принципа за информирано съгласие.

Прилагане на процедурата за информирано съгласие на пациента в Университетска Първа МБАЛ – София и УМБАЛ "Царица Йоанна-ИСУЛ" – София /Фиг. 1.8. и Фиг. 1.9./:



Фиг. 1.8. Прилагане на процедурата за информирано съгласие в Университетска Първа МБАЛ- София



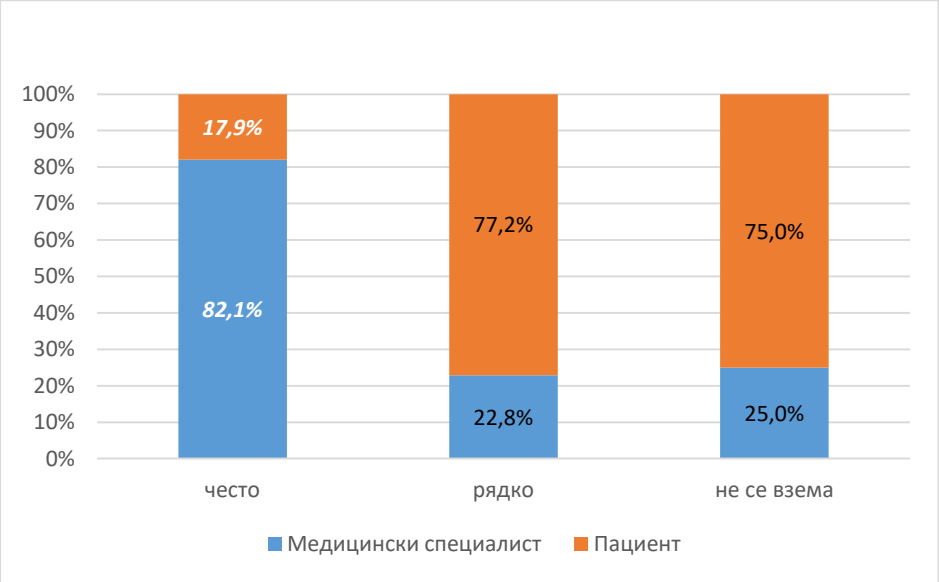
Фиг. 1.9. Прилагане на процедурата за информирано съгласие в УМБАЛ „ Царица Йоанна- ИСУЛ" - София

В таблица 1.3. е представен резултат от непараметричен анализ с $\chi 2$ тест на Пиърсън по отношение прилагането на процедурата по информирано съгласие на пациентите в двете изследвани болнични лечебни заведения. Установява се наличие на статистически значима разлика по отношение на мнението на медицинските специалисти и пациентите.

Таблица 1.3. Непараметричен анализ по отношение прилагането на процедурата по информирано съгласие при медицинските специалисти и пациентите

Лечебни заведения	χ2	p	Cramer's V
Университетска Първа МБАЛ	30.211	<0.0001	0.508
УМБАЛ "Царица Йоанна- ИСУЛ" - София	52.381	<0.0001	0.672

При пациентите и в двете УМБАЛ резултатите са тревожно ниски. Само 17.9% от пациентите посочват, че се търси тяхното информирано съгласие, при 77.2% от случаите то се взима рядко, а в 75.0% въобще не се търси.



Фиг. 1.10. Прилагане на принципа за информирано съгласие на пациента

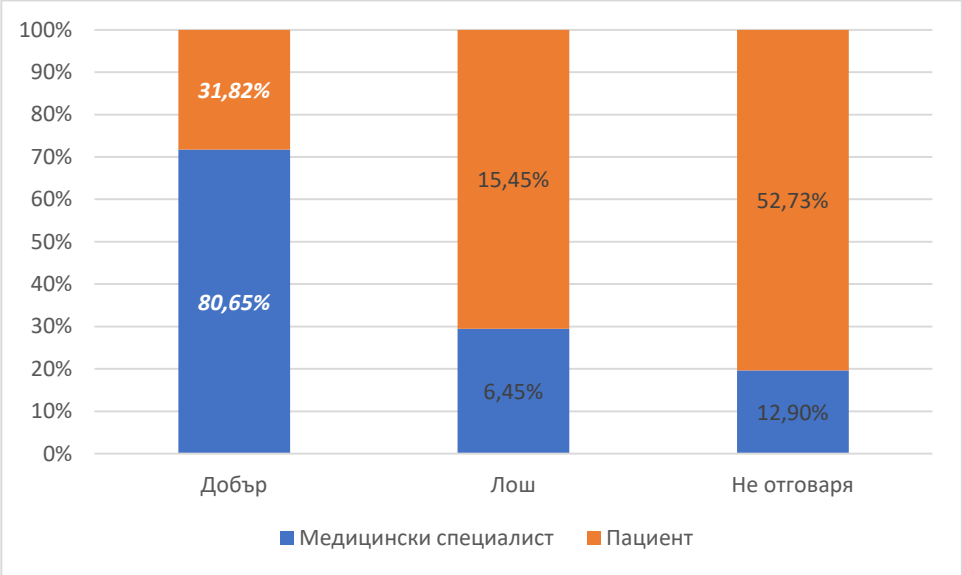
Непараметричен тест Пиърсън показва наличие на статистически значима разлика в отговорите на медицинските специалисти и пациентите по отношение на прилагането на принципа за информирано съгласие с p <0.0001, χ2=80.777 и сила на връзката по Крамер V=0.588, което показва много силна зависимост.

Получените резултати говорят за подценяване на процедурата за получаване на информирано съгласие на пациента за участие в лечебния процес от страна на медицинските специалисти.

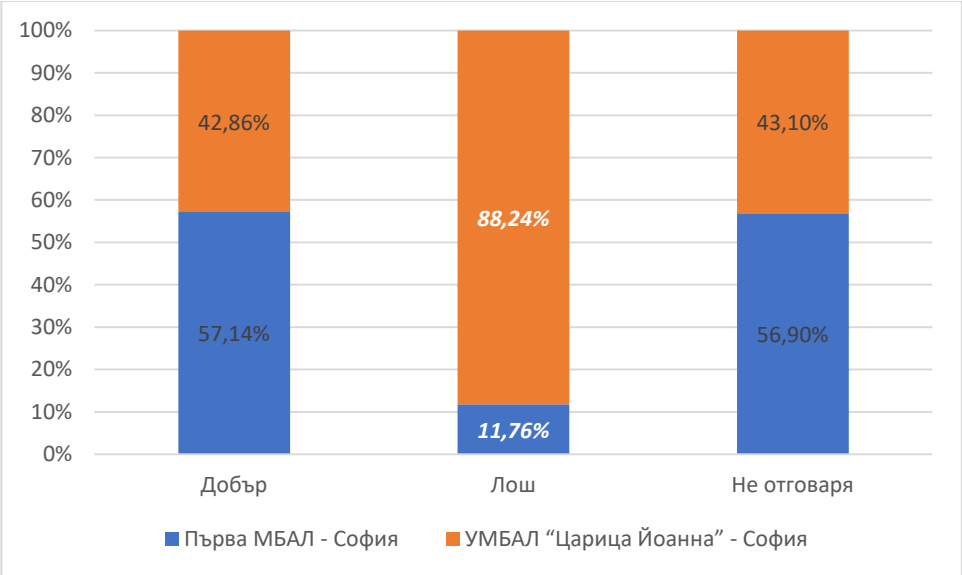
2. Мнение и удовлетвореност на пациентите от качеството на здравеопазната дейност

Съвременните концепции за управление на качеството се основават върху необходимостта от мобилизиране на усилията на всички – медицински специалисти и пациенти, за подобряване на качеството. Абсолютно правило е качеството да се дефинира чрез изискванията на пациентите. В условията на здравноосигурителна система и пазарни отношения в здравеопазването, мнението на пациента има все по-важна роля при общата оценка на качеството на здравеопазната дейност. Изследванията установяват, че пациентите възприемат качеството в светлината на достъпността на здравеопазването, бързината на ранната диагностика и лечение.

Психоклиматът винаги отразява качеството на взаимоотношенията. Нашето конкретно проучване си постави задача да анализира ***взаимоотношенията между медицинските специалисти и пациентите***. Анализът в изследваните клиники на Университеска Първа МБАЛ - София "Св. Йоан Кръстител" и УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ”- София, показва, че психоклиматът е оценен от лекуващите лекари като добър в 83.4% от случаите, а от медицинските сестри - в 47.4%. Колкото до пациентите – те не споделят това мнение. Едва 31.8% от пациентите го определят като добър или поносим. Направеният точен тест на Фишер открива статистически значима разлика в мнението на пациентите и медицинските специалисти по отношение психоклимата в изследваните клиники с ниво на значимост $p<0,001$.



Фиг. 2.1. Оценяване на психоклимата в болницата от респондентите



Фиг. 2.2. Сравнително представяне на оценките на психоклимата в двете болницата от пациентите

От фигура 2.2. се вижда, че в групата на отговорилите, които определят психоклиматът като „лош“, процентът на пациентите в УМБАЛ „Царица Йоана - ИСУЛ“ – София /88,24%/ е повече от седем пъти, от процента на пациентите в Университетска Първа МБАЛ – София /11,76%/. Независимо от субективния характер на отговорите, такава голяма разлика е индикация за разлика в качеството на медицинското

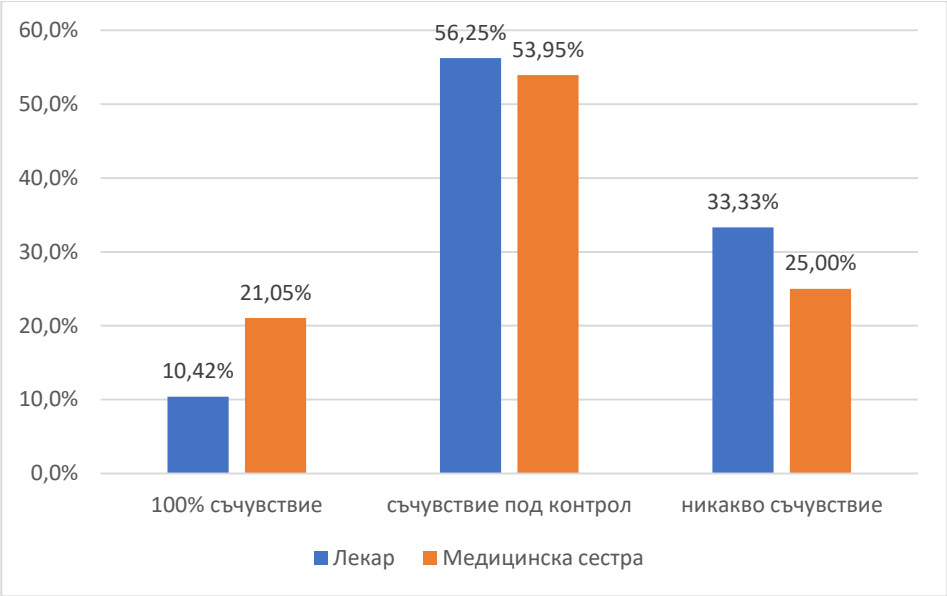
обслужване на пациентите в посочените по-горе лечебни заведения. От друга страна, такава голяма разлика може да е породена и от факта, че обект на изследване в двете лечебни заведения, са различни отделения, където разликата в извършваните медицински дейности, може да повлиява и оценката на пациентите.

При изследване на ***отношението на медицинските специалисти към психосоциалните и социалните проблеми на пациентите*** установихме, че 56.3% от лекарите отчитат културните, социалните и поведенческите фактори на заболяването на пациентите; при медицинските сестри, този процент е 53.9%. Що се отнася до пациентите, резултатите са показателни - 84.5% от тях изразяват желание за емоционална подкрепа от страна на лекуващите ги специалисти.

Получените резултати говорят за подценяване на психосоциалните и социалните детерминанти на здравето от страна на медицинските специалисти.

При изследването на професионалната адаптация и управлението на емоциите на медицинските специалисти установихме, че съчувствието под контрол е най-популярно и най-професионално сред лекарите (56.3% от тях го поставят на първо място) и медицинските сестри, при които този процент е 53.9% /Фигура 2.3./. Що се отнася до пациентите, тяхната потребност от сто процентово съчувствие е разбираема и затова 84.5% от тях са за сто процентова емоционална подкрепа от страна на лекуващите ги специалисти.

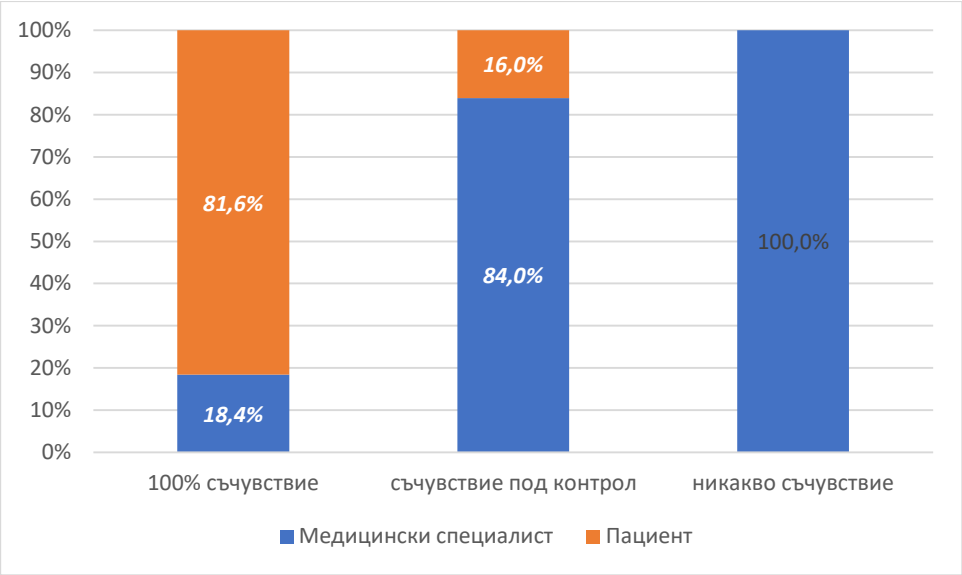
Направеният статистически анализ с $\chi 2$ тест на Пиърсън не открива статистически значима разлика в мнението на лекари и медицински сестри по отношение на професионалната адаптация и управлението на емоциите в изследваните лечебни заведения с ниво на значимост $p = 0,257 > 0.05$ и $\chi 2 = 2,717$.



Фиг. 2.3. Управление на емоциите според медицинските специалисти

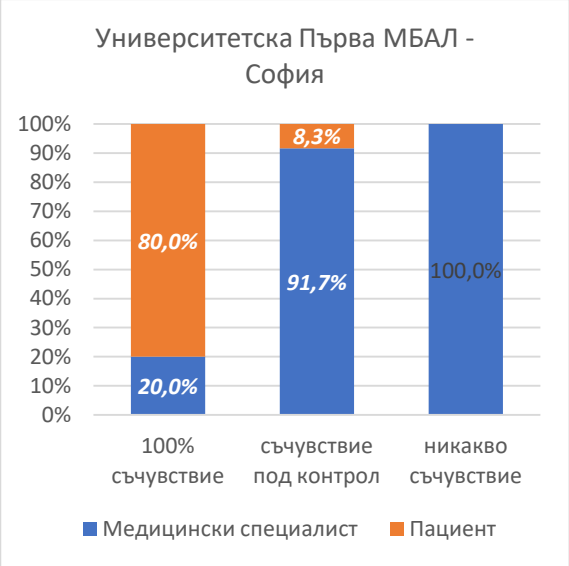
Направеният статистически анализ показва наличие на статистически значима разлика в мнението на пациенти и медицински специалисти по отношение на професионалната адаптация и управлението на емоциите в изследваните лечебни заведения с ниво на значимост p <0,0001.

От отговорилите, че съчувствието под контрол е най-професионално, делът на медицинските специалисти 84% превишава повече от пет пъти дела на пациентите 16%. Едновременно с това от нуждаещите се от сто процента съчувствие делът на пациентите 81,6% превишава близо пет пъти дела на медицинските специалисти 18,4%.

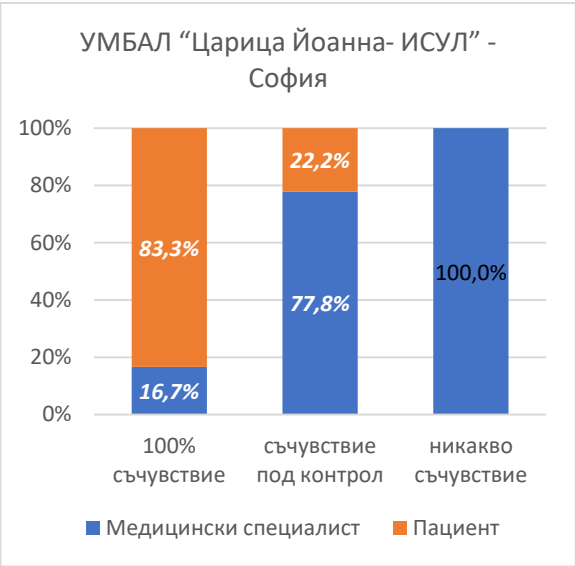


Фиг.2. 4. Управление на емоциите според медицинските специалисти и пациентите

Фигури 2.5 и Фиг. 2.6. представят направения анализ поотделно за двете болнични заведения. Отново се забелязва статистически значима разлика в мнението на пациентите и медицинските специалисти.



Фиг. 2.5 Управление на емооциите Университетска Първа МБАЛ- София



Фиг. 2.6. Управление на емоциите УМБАЛ „ Царица Йоанна- ИСУЛ“ - София

При изследване на взаимоотношенията на медицинските специалисти с близките на пациентите $\chi 2$ тест на Пиърсън не открива статистически значима разлика в мнението на анкетираните по

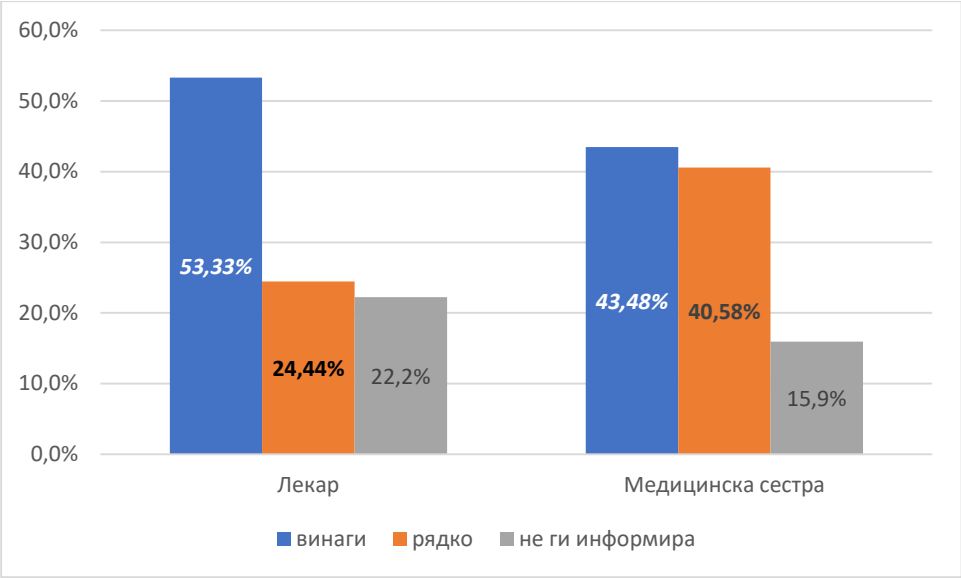
отношение на връзките с близки на пациента в изследваните лечебни заведения с ниво на значимост p = 0,3 > 0.05 и $\chi 2$ = 2,407.

Табл. 2.1. Резултати от непараметричния анализ между медицинските специалисти и пациентите по отношение на връзките с близките на пациентите

Респонденти	**Fisher's test**	**p**
Медицински специалисти	0,112	0,945
Пациенти	3,475	0,173

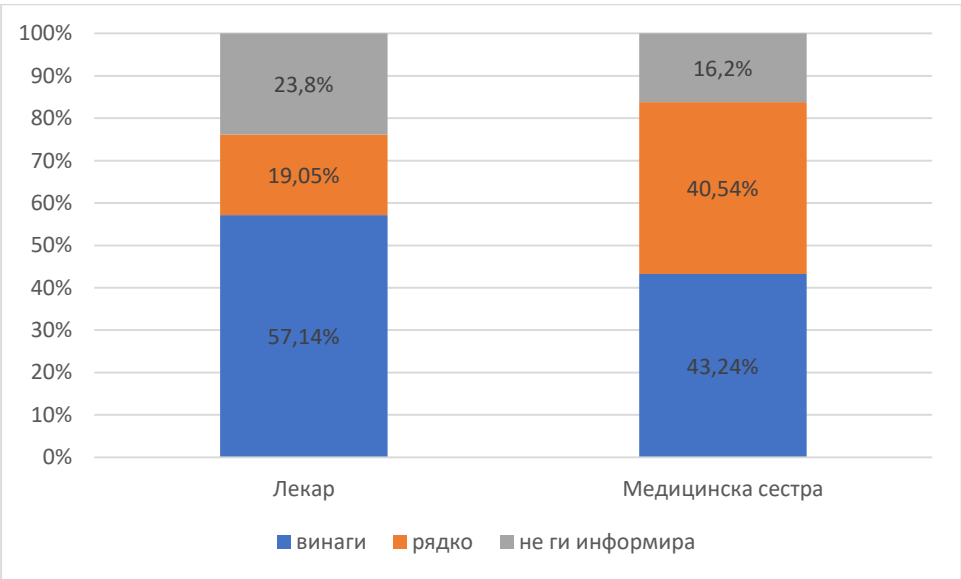
Таблица 2.1. представя резултата от теста по изследвани групи. Разгледани са две групи медицински специалисти и пациенти, като първата включва лекари и медицински сестри. Отново не се откри статистически значими разлики в мнението на анкетираните групи по отношение на връзките с близките на пациентите и в двете болнични заведения.

Интересен е въпросът дали има статистически значима разлика в групата на медицинските специалисти. $\chi 2$ тест на Пиърсън не открива статистически значима разлика в мнението на лекарите и медицинските сестри по отношение връзките с близките на пациента с ниво на значимост p = 0,2 > 0.05 и $\chi 2$ = 3,214.

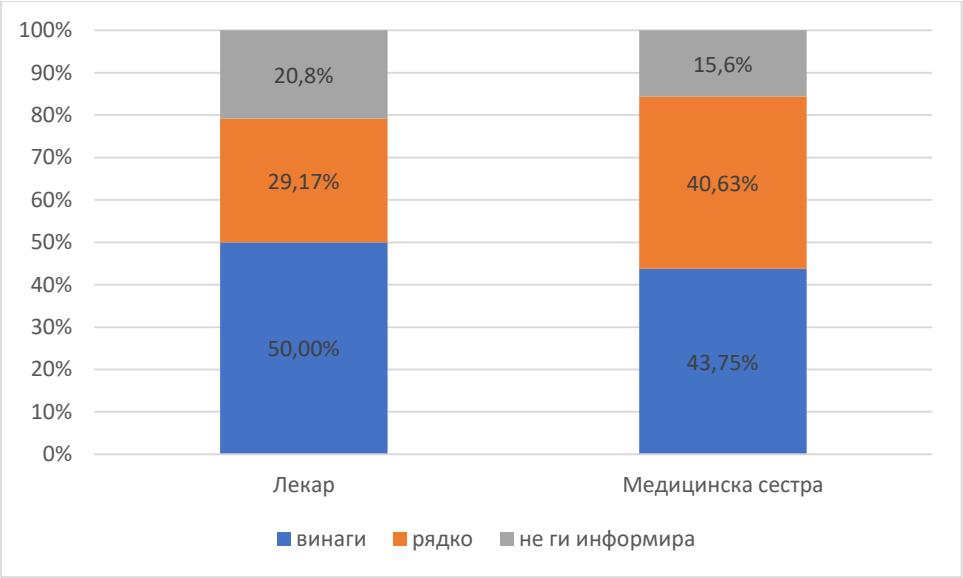


Фиг. 2.7. Връзките на персонала с близки на болния

Фигурите по-долу представят разпределението по лечебни заведения. При анализа на всяко лечебно заведение поотделно отново не се открива статистически значима разлика в мнението на лекари и медицински сестри.



Фиг. 2.8. Връзките на персонала с близки на болния в Университетска Първа МБАЛ - София

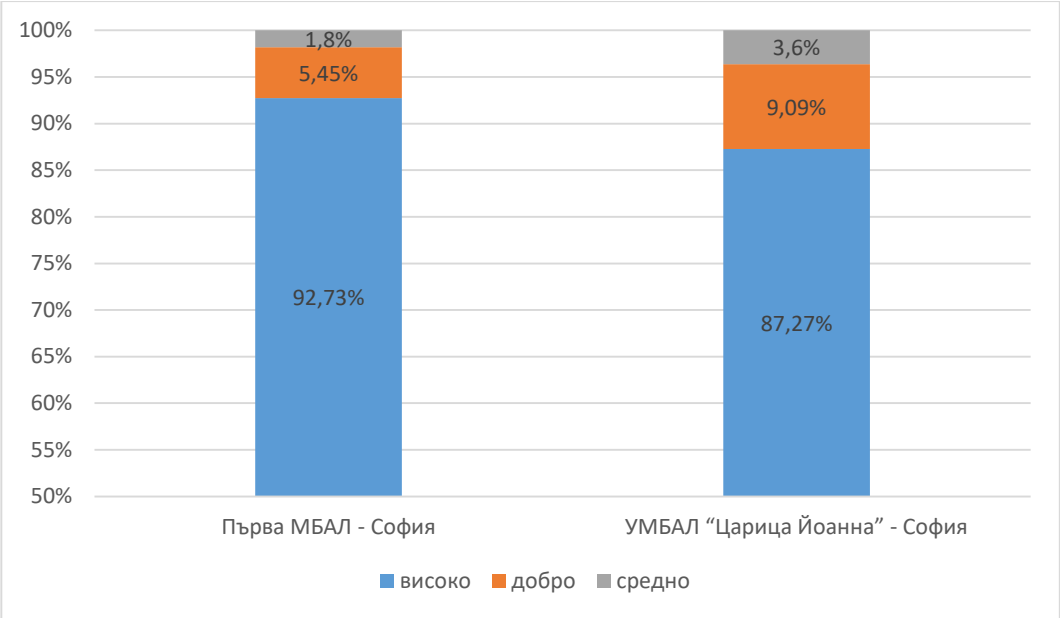


Фиг. 2.9. Връзките на персонала с близки на болния в УМБАЛ "Царица Йоанна-ИСУЛ" – София

Високият процент отговорили /над 90%/ положително на въпроса за културни занимания в лечебните заведения - осигуряване на пациентите на вестници и телевизия, не ни позволява обективно да търсим връзка.

Най-вероятно и в двете заведения, заради организация и общо приети стандарти и изисквания за пациентите, се предоставят необходимите условия, свързани с културни занимания и ефективна комуникация между медицински специалисти и пациенти.

Изследването на ***удовлетвореността на пациентите от качеството на медицинското обслужване*** разкрива, че пациентите оценяват като „висока" професионалната подготовка на лекуващите ги специалисти - 70.9%, а като „добра" или „незадоволителна" - съответно 23.6% и 5.5%. Явно е, че болните оценяват много добре професионализма и лечебно-диагностичната дейност на лекуващите ги медицински екипи. Направеният статистически анализ с точен тест на Фишер не открива статистически значима разлика в мнението на пациентите в двете болнични заведения по отношение на удовлетвореността от качеството на медицинското обслужване с ниво на значимост $p = 0,613 > 0.05$.



Фиг. 2.10. Удовлетвореност от качеството на медицинското обслужване

3. Анализ на организационното състояние и определяне на потребностите от промяна в обучението на персонала в съвременната болница

Изследването си постави като основна задача **анализ на организационното състояние**.

Редица изследвания доказват, че медицинските специалисти възприемат качеството на основата на параметрите за предоставяне на медицинската дейност по установени практики, наличност на ресурси, удовлетвореност от резултатите и възможност за придобиване на знания, умения и компетентност. Изтъква се, че ако медицинските специалисти се чувстват сигурни за бъдещото си в лечебното заведение, то много вероятно е те да бъдат мотивирани да дадат най-доброто от себе си. Очевидното решение е мотивиране и създаване на сигурност в специалистите, а лечебното заведение да бъде прозрачно относно целите и бъдещите възможности за тяхното развитие.

Емпиричното проучване осъществи анализ на професионалната подготовка, своевременното обгрижване и лечение на пациентите като фактори, влияещи върху качеството на клиничните дейности.

Данните за ***своевременността на първия преглед в клиниката*** показват, че най-висок е относителният дял на пациентите, при които първият преглед е извършен до 1 час след хоспитализирането им или веднага след настаняването им в болничната стая. Обобщените данни за двете болници показват безспорно една професионално отработена и винаги високо оценявана своевременност на първия преглед в клиниката. За много добра своевременност и навреме извършени предварителни изследвания и преглед, свидетелстват обединените отговори („веднага" и „до 1 час след хоспитализацията") в двете УМБАЛ. При лекарите този процент е 77.1%, при медицинските сестри - 78.9 %, а при пациентите - 85.4%. Направеният статистически анализ с $\chi 2$ тест на Пиърсън не открива статистически значима разлика в мнението на медицински специалисти и пациенти по отношение на своевременността на първия преглед в изследваните лечебни заведения с ниво на значимост $p = 0,114 > 0.05$ и $\chi 2 = 5,957$.

Таблица 3.1. Непараметричен анализ в мнението на медицински специалисти и пациенти по отношение на своевременността на първия преглед в двете болници по отделно

Изследвани болници	Fisher's test	p
Университетска Първа МБАЛ – София	5,053	0,166
УМБАЛ "Царица Йоанна- ИСУЛ" - София	2,319	0,521

Статистическият анализ с $\chi 2$ тест на Пиърсън не открива статистически значима разлика в мнението на медицинските специалисти и пациентите по отношение на ***времето прекарано при болния*** в изследваните лечебни заведения с ниво на значимост $p = 0,856$

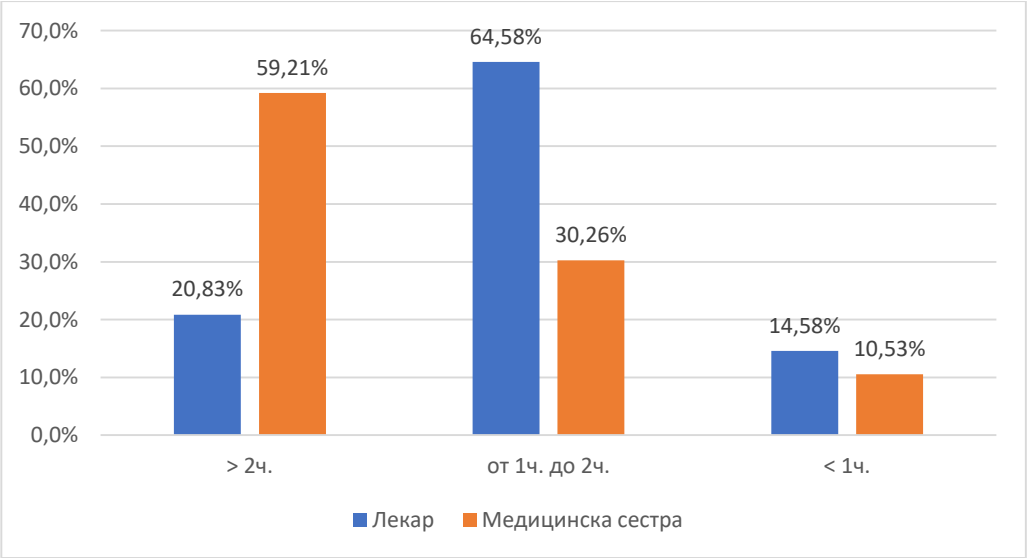
> 0.05 и χ2 = 0,311. Само 12,1 % от медицинските специалисти и 14,5% от пациентите, твърдят че времето прекарано при болния е под 1 час.

Таблица 3.2. представя резултата от χ2 тест на Пиърсън за изследваните групи в двете лечебни заведения. Отново не се откри статистически значими разлики в мнението на анкетираните групи по отношение на времето прекарано при болния и в двете болнични заведения.

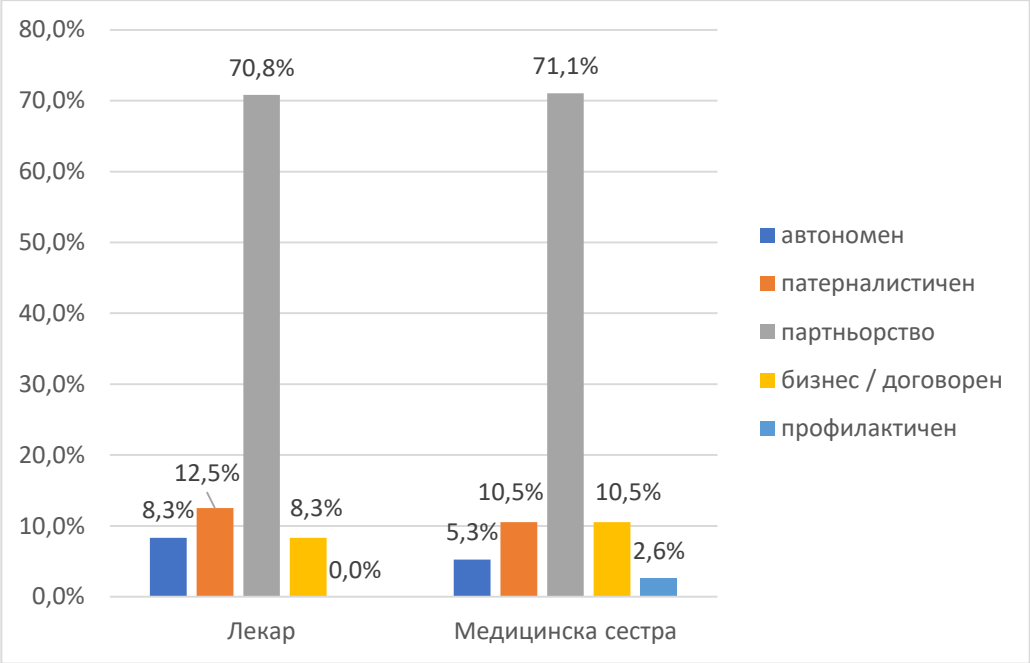
Таблица 3.2. Непараметричен анализ в мнението на медицински специалисти и пациенти по отношение на времето прекарано при болния в двете болници по отделно

Изследвани болници	χ2	p
Университетска Първа МБАЛ - София	2,282	0,320
УМБАЛ "Царица Йоанна- ИСУЛ" - София	1,369	0,504

Фигура 3.1. представя резултатите само в групата на медицинските специалисти. Налице е статистически значима разлика в мнението на лекари и медицински сестри по отношение на времето прекарано при пациента с ниво на значимост p = 0.000116 и χ2 = 18,126.



Фиг.3.1. Време, прекарано при болния



Фиг.3.2. Най- често прилаган подход (модел) спрямо пациентите

Направеният статистически анализ с точен тест на Фишер не открива статистически значима разлика в ***мнението на лекари и медицински сестри по отношение на най-често прилагания подход (модел) спрямо пациентите*** с ниво на значимост p = 0,846 > 0.05.

И в двете групи лекари и медицински сестри основният подход спрямо пациентите е ***партньорство*** /Фиг. 3.2./.

Това е логично предвид факта, че в последните години все по-често се говори за т.нар. самоуправление от англ. език “SELF MANAGEMENT” на заболяването и активно участие на пациентите в лечението и профилактиката.

Таблица 3.3. представя резултата от точен тест на Фишер за изследваните групи в двете лечебни заведения. Отново не се откри статистически значима разлика в отговорите на анкетираните групи по отношение на прилаган подход към пациента в двете болнични заведения.

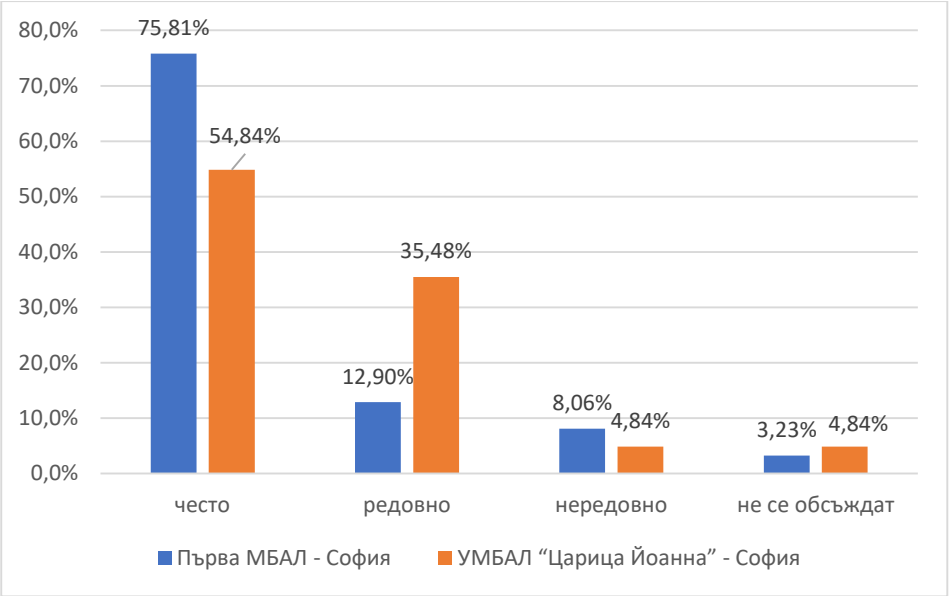
Таблица 3.3. Непараметричен анализ в мнението на лекари и медицински сестри по отношение на най-често прилагания подход (модел) спрямо пациентите в двете болници по отделно

Изследвани болници	Fisher's test	P
Университетска Първа МБАЛ - София	3,909	0,411
УМБАЛ "Царица Йоанна- ИСУЛ" - София	0,726	0,941

Съвпадението на поликлиничните и клиничните диагнози, както и на клиничните с патологоанатомичните диагнози има висок относителен дял: 87.5% от анкетираните лекари констатират съвпадение на тези диагнози и високо го оценяват. При медицинските сестри този процент е 70%.

Болничният леталитет се третира като най-важният показател за качество и в двете УМБАЛ. Според 90% от лекарите и почти 90% от медицинските сестри този показател се анализира и съпоставя поне един път на тримесечие.

Диагностичните грешки се обсъждат според честотата на допускането им: по-често в Университеска Първа МБАЛ - София "Св. Йоан Кръстител" с участието на 75% от лекарите и 76.3% от медицинските сестри; по-рядко те се обсъждат в УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ" с участието на 58.3% от лекарите и 52.6% от медицинските сестри.



Фиг. 3.4. Обсъждане на диагностични грешки

Връзката между възможностите за специализация на медицинските специалисти и качеството на медицинската помощ се потвърждава и при нашето изследване. За доброто качество на специализираната медицинска помощ свидетелства високият относителен дял на лекарите с една и две специалности - общо 79.2% от асистентите и клиничните ординатори в УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ" и 62.6% в Университетска Първа МБАЛ. Направеният статистически анализ с $\chi 2$ тест на Пиърсън не открива статистически значима разлика по отношение на специализацията на медицинския персонал в двете лечебни заведения, с ниво на значимост $p = 0{,}241 > 0.05$ и $\chi 2 = 4{,}196$.

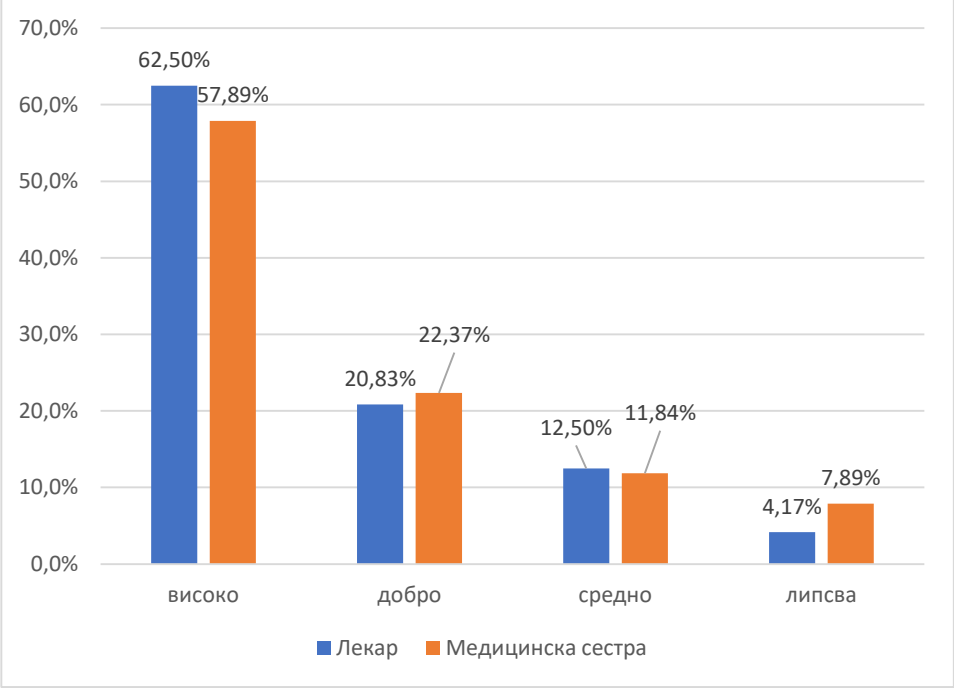
Таблица 3.4. представя резултата от точен тест на Фишер за изследваните групи в двете лечебни заведения. Отново не се откри статистически значими разлики в отговорите на анкетираните групи по отношение на специализациите на медицинските специалисти и в двете болнични заведения.

Таблица 3.4 Непараметричен анализ за мнението на анкетираните групи по отношение на специализациите на медицинските специалисти

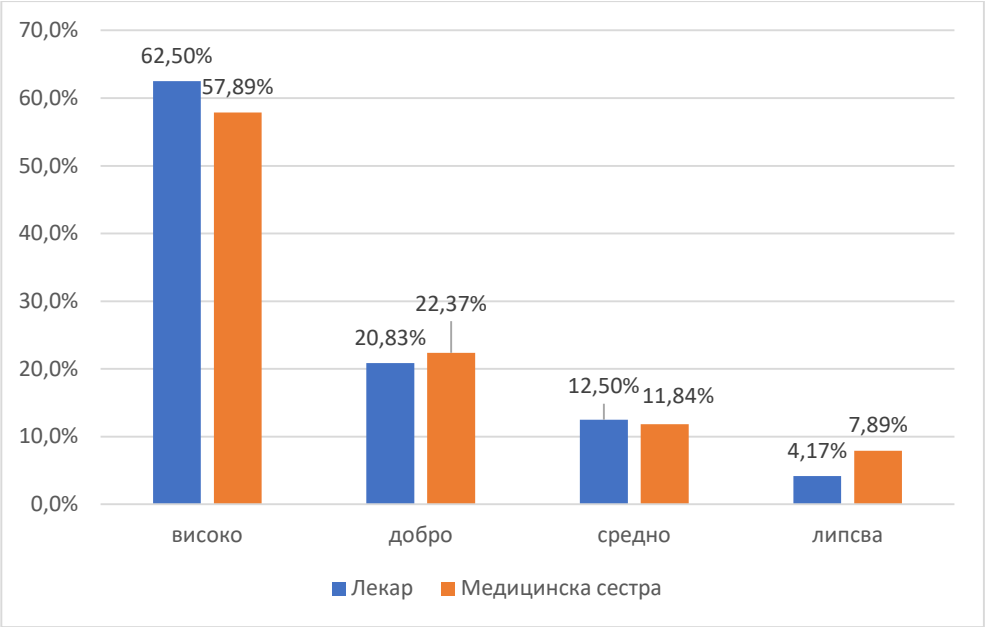
Медицински специалисти	**Fisher's test**	**P**
Лекари	2,019	0,682
Медицински сестри	2,779	0,440

Удовлетворението на медицинските специалисти от качеството и резултатите от тяхната работа представлява самооценка на тяхната отговорна всекидневна дейност в интерес на пациентите. Тя, разбира се, корелира с удовлетвореността от професията / Фиг. 3.5, 3.6. и 3.7./.

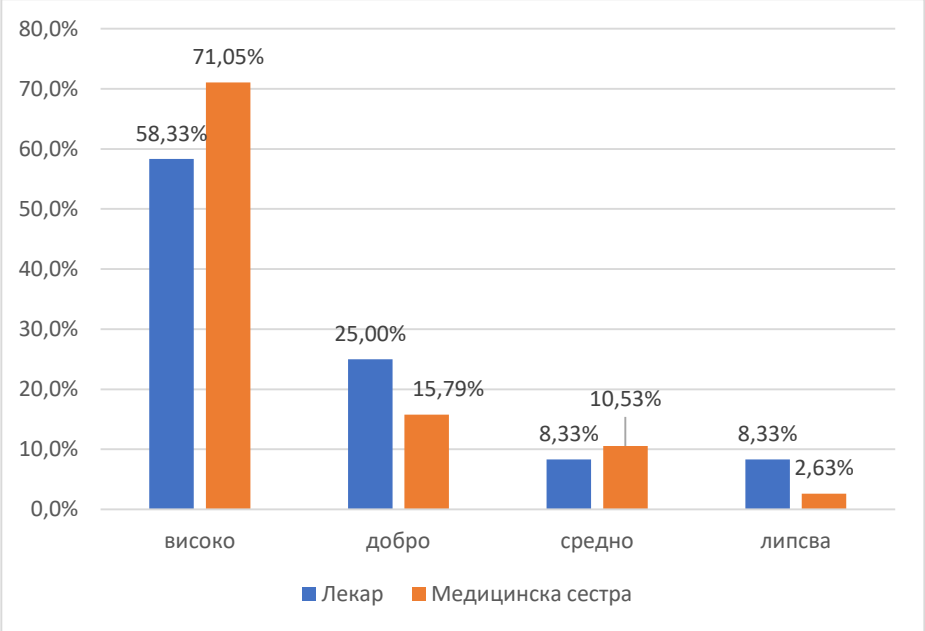
Направеният статистически анализ с точен тест на Фишер не открива статистически значима разлика в мнението на лекари и медицински сестри по отношение на удовлетвореността от качеството на медицинското обслужване с ниво на значимост p = 0,902 > 0.05.



Фиг. 3.5. Удовлетвореност от качеството на медицинското обслужване (КМО)



Фиг. 3.5. Удовлетвореност от качеството на медицинското обслужване (КМО) в Университетска Първа МБАЛ- София



Фиг. 3.5. Удовлетвореност от качеството на медицинското обслужване (КМО) в УМБАЛ „Йоанна- ИСУЛ“ София

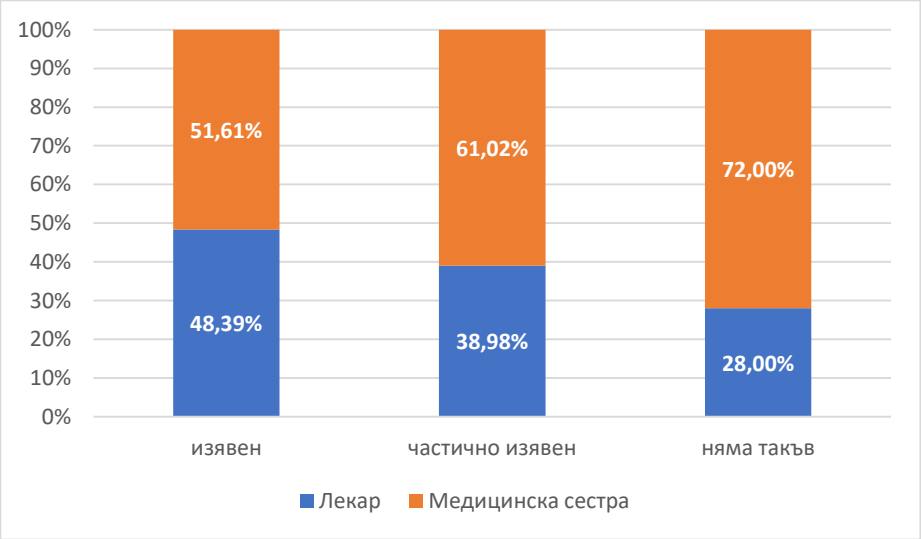
Таблица 3.5. представя резултата от точен тест на Фишер за изследваните групи в двете лечебни заведения поотделно.

Таблица 3.5. Непараметричен анализ за мнението на лекари и медицински сестри по отношение на удовлетвореността от качеството на медицинското обслужване в двете болници поотделно

Изследвани болници	Fisher's test	P
Университетска Първа МБАЛ - София	5,279	0,138
УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ"- София	2,226	0,537

Синдромът на изпепеляването (Бърнаут синдрома), който се среща най-често при медицинските сестри и се характеризира с физическо изчерпване и постоянна умора, повишена конфликтност и загуба на професионално удовлетворение, е изявен, както следва:

- според лекарите той се среща в техните лечебни екипи в 48.39% като изявен и в 38.98% като частично изявен;
- според медицинските сестри този синдром се наблюдава по-често: съответно в 51.61 % и 61.02%



Фиг.3.8. Изява на Бърнаут синдром според респондентите

Направеният статистически анализ с $\chi 2$ тест на Пиърсън не открива статистически значима разлика по отношение на синдрома на

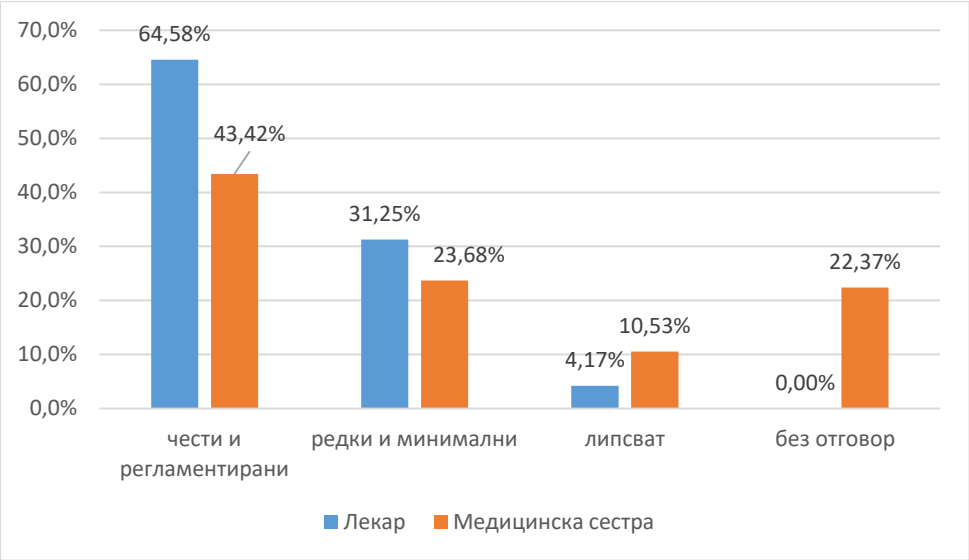
изпепеляването при лекари и медицински сестри с ниво на значимост p = 0,299 > 0.05 и $\chi 2$ се получават и при анализа на двете здравни заведения поотделно Таблица 3.6.

Таблица 3.6. Непараметричен анализ по отношение на синдрома на изпепеляването при лекари и медицински сестри на двете изследвани лечебни заведения поотделно

Изследвани болници	$\chi 2$	p
Университетска Първа МБАЛ - София	2,142	0,343
УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ” - София	3,704	0,157

Материалните и моралните стимули за постигане на високо качество на медицинското обслужване на пациентите не постигат желаните цели; само 64.6% от лекарите и 43.4% от медицинските сестри определят премиите като „чести и регламентирани", а 31.3% и 23.7% ги характеризират като „редки и минимални".

Направеният статистически анализ с $\chi 2$ тест на Пиърсън открива статистически значима разлика в мнението на лекари и медицински сестри по отношение на премиите в изследваните лечебни заведения с ниво на значимост p = 0,002 $\chi 2$ = 15,398 и сила на връзката по Крамер V=0,352.



Фиг. 3.9. Мнение на респондентите относно премиите получавани в изследваните лечебни заведения

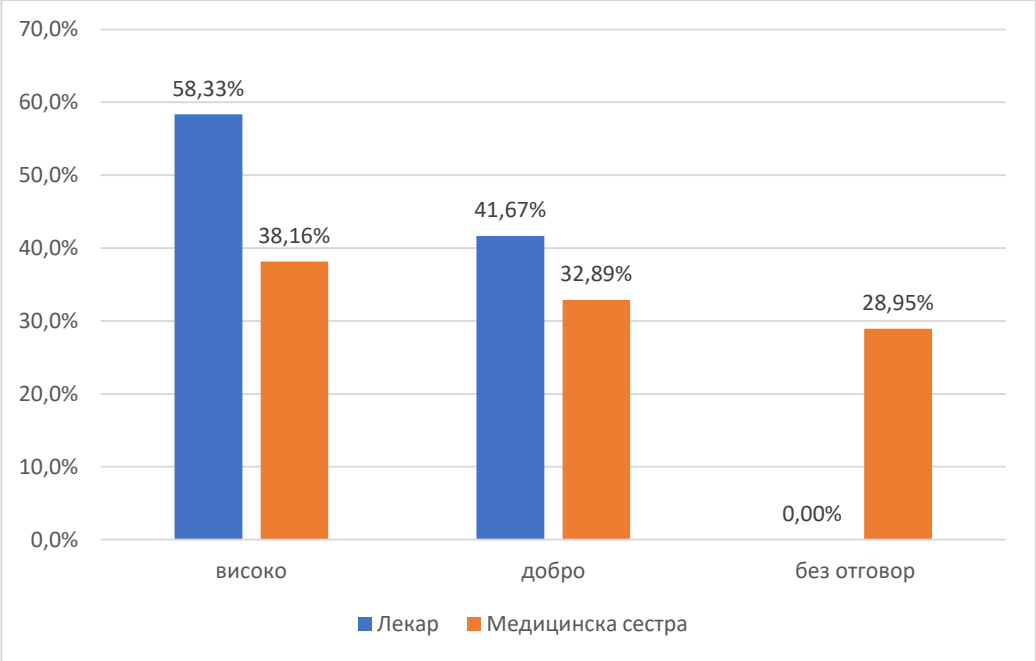
Таблица 3.7. представя резултата от χ2 тест на Пиърсън за изследваните групи в двете лечебни заведения.

Таблица 3.7. Непараметричен анализ по отношение мнението на лекари и медицински сестри за премиите в изследваните лечебни заведения поотделно

Изследвани болници	**χ2**	**p**	**Cramer's V**
Университеска Първа УМБАЛ - София "Св. Йоан Кръстител"	6.230	0,101	
УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ" - София	9,431	0,009	0,390

Трудовите възнаграждения са сравнително високи, предвид по-високата квалификация на медицинските специалисти в изследваните столични УМБАЛ. От анкетираните лекари 58.3% обявяват своите заплати за „високи", 47.7% ги определят като „добри" и нито един не определя своята заплата като „ниска". Тези проценти при медицинските сестри са, както следва: 38.2% от анкетираните ги определят като сравнително високи, 32.9% ги възприемат като добри и нито една медицинска сестра не е декларирала „ниска работна заплата".

Направеният статистически анализ с χ2 тест на Пиърсън потвърждава наличие на статистически значима разлика в мнението на лекари и медицински сестри по отношение на трудовото възнаграждение в изследваните лечебни заведения с ниво на значимост p = 0.000191 и χ2 = 17,124.



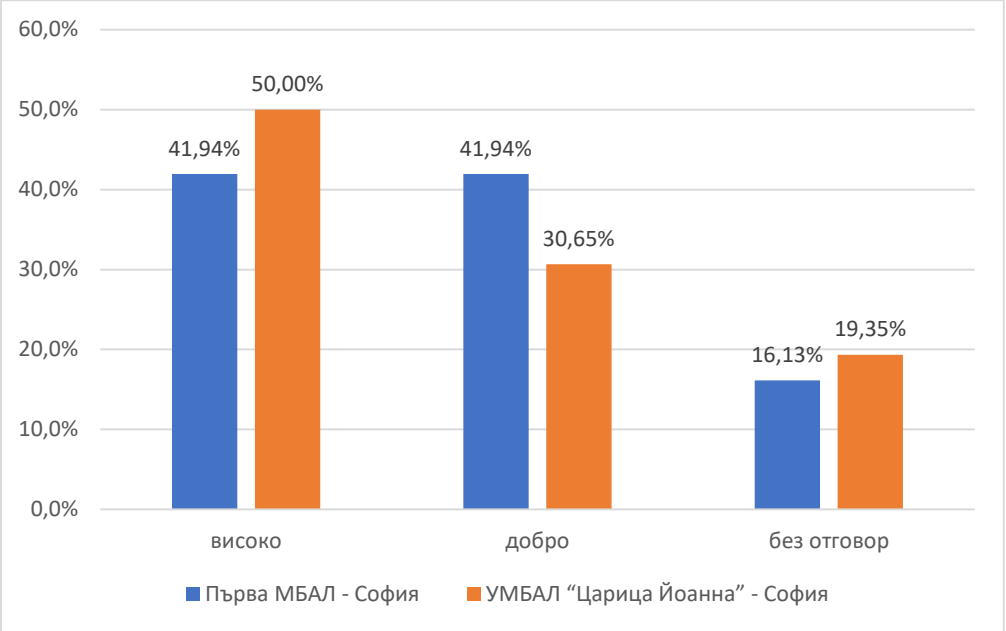
Фиг. 3.10. Трудови възнаграждения

По отношение на заплащането в двете болнични заведения, не се открива статистически значима разлика (p=0.425 > 0,05). Предмет на разглеждане са две университетски болници в столицата, което може да е предпоставка за удовлетвореността на медицинските специалисти от заплащането, както и евентуално по-високите заплати в сравнения с други заведения в страната.

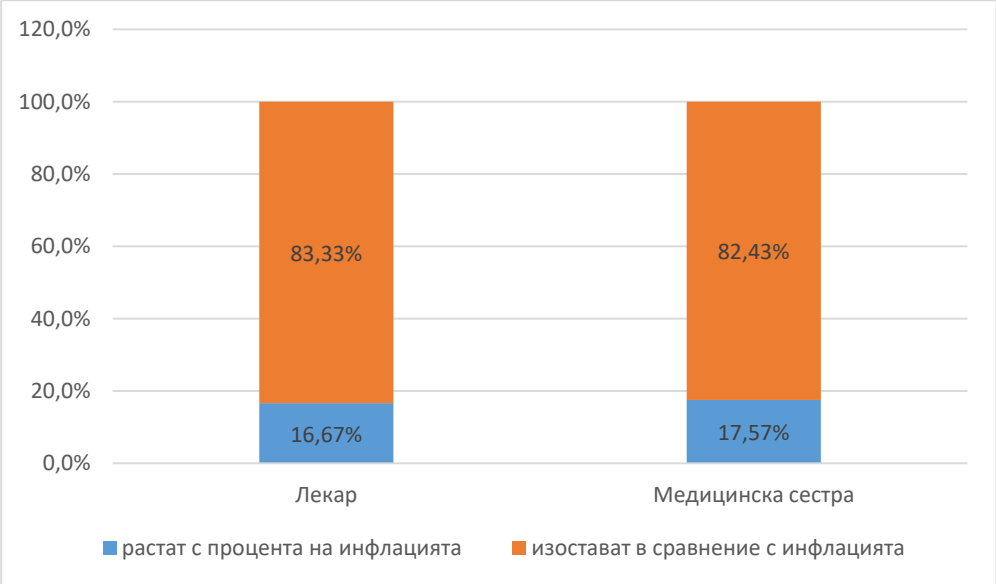
Таблица 3.8. представя резултата от χ2 тест на Пиърсън за сравнение на медицинските специалисти.

Таблица 3.8. Непараметричен анализ назаплащането на медицинските специалисти в двете изследвани лечебни заведения

Медицински специалисти	**χ2**	**P**
Лекари	0,343	0,558
Медицински сестри	1,492	0,474
Общо	1,709	0,425



Фиг. 3.11. Трудови възнаграждения



Фиг.3.12. Динамика на трудовите възнаграждения

Фигурите 3.11. и 3.12. представят трудовите възнаграждения в двете здравни заведения и тяхната динамика.

Динамиката на заплатите показва изоставането им по отношение на инфлацията; такова изоставане посочват 83.3% от лекарите и 82.4% от медицинските сестри, което потвърждава нашата работна хипотеза в това отношение.

Емиграцията и качеството на медицинските грижи изследвахме с предубеждението, че емиграцията се отразява неблагоприятно върху качеството на всички видове медицински дейности. Сред мотивите за емиграция на медицинските специалисти на първо място се поставя финансовата стабилизация, на второ място ниската заплата у нас, на трета - при лекарите, повишаване на професионалната квалификация и специализация. При медицинските сестри специализацията остава на по-заден план: първите три места се заемат от по-високото заплащане на сестринските грижи.

Тези резултати налагат извода, че е крайно време да се приеме ***иновацията като промяна на културата на организацията***. Щом иновациите получат пространство и подкрепа, те ще се отразят на общото мислене – ще създадат култура на откритост, готовност за учене от грешки и експериментиране, както и нови подходи за създаване на партньорство с пациентите.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Резултатите от настоящият дисертационен труд потвърждават голямото значение на качеството на медицинските дейности и подходите за неговото управление както в извънболничната, така и в болничната медицинска помощ. Много изследвания, в т.ч. и нашето емпирично проучване доказват многофакторното влияние върху качеството на медицинските дейности.

След разглеждането на широк кръг от доказателства, анализи и перспективи относно ролята на иновациите за повишаване качеството в здравеопазването, данните са показателни за необходимостта да се наблегне на холистичните подходи в медицинската практика, да се изследват при всички пациенти социалните и психосоциалните детерминанти на здравето, както и да се отчита ефективността на прилаганите подходи, основани едновременно на доказателства и ценности.

Комплексното измерване на качествените индикатори ще осигури цялостна оценка на управлението на качеството в здравеопазването и въвеждане на иновации в здравните политики за подобряване на междупрофесионалното сътрудничество, за активно участие на пациентите в лечебния процес и намаляване на клиничната и финансова тежест на заболяванията.

Резултатите и анализите в дисертационния труд ни дават основание да посочим като ***перспективен подход за създаване култура на иновации*** системното обучение в медицинските университети по теми за:

- човешкия фактор;
- културата на учене от грешки и успехи;
- избор и използване на безопасни медицински технологии;

- мониторинг на безопасността и качеството на медицинската помощ;
- ангажираност на пациентите в лечебния процес;
- ангажираност на медицинските специалисти в обучението на пациентите;
- мениджмънт на човешките ресурси в съвременното здравеопазване;
- роля на партньорството с външни и местни организации за безопасност и качество в здравеопазването.

Резолюциите и инициативите на СЗО през последните години показват, че стремежът към по-качествено и безопасно здравеопазване е световно усилие, което носи значителни ползи за пациентите в страните с нисък, среден и висок доход във всички краища на света. Етичните интервенции предоставят иновативни образователни и социални методи и механизми, и съдействат за формиране на нови умения и социална подкрепа за реализацията на качество на живота и здравна сигурност на всеки пациент.

Анализите в изследването разкриват, че лечебни заведения, които създават култура на иновации на работното място, са ефективни и показват устойчив растеж. Когато се ангажират знанията, опита и креативността на медицинските специалисти, се постига висока ефективност на медицинската дейност, както и удовлетвореност на специалистите.

Обосновава се необходимостта да се разработват ***индивидуализирани решения***, които да отчитат социално-културните фактори по места, да се проучват, планират и насърчават иновациите като стратегически стълбове на медицинските дейности.

ИЗВОДИ

Изводите правим въз основа на наши и литературни данни и постановки. Констатациите и обобщенията възприемаме като синтезиран израз на натрупания изследователски и лечебно-диагностичен опит. Резултатите от проведеното изследване доказват многофакторното влияние върху качеството на медицинските дейности в лечебните заведения.

1. Качеството на медицинската помощ и обгрижването на пациентите се повлиява в най-висока степен от здравната култура на пациентите. Участието на медицинските специалисти в повишаването на здравната култура и здравната информираност на пациентите е активно, съзнателно и целенасочено, като тематично лекарите най-често са давали отговори и са беседвали с пациентите по въпросите на диетичното хранене, докато медицинските сестри – за лечението и профилактиката.
2. Основен фактор за повишаване качеството на клиничната практика е включването на пациентите в лечебно-диагностичния процес и превръщането им от обект в субект на здравни грижи. Делът на медицинските специалисти, които са на мнение, че пациентите са активни участници в лечебно-диагностичната дейност е близо два пъти по-голям от този на пациентите, повечето от които отговарят „рядко“ или „никакво“ участие.
3. Само 17.9% от пациентите посочват, че се търси тяхното информирано съгласие, докато 70% от лекарите прилагат често процедурата за получаване на съгласие на пациента след подробни разяснения относно естеството на заболяването.

4. Психоклиматът в изследваните клиники на Първа УМБАЛ и УМБАЛ “Царица Йоанна” е оценен от лекуващите лекари като добър в 83.4% от случаите, а от медицинските сестри - в 47.4%, като само 31.8% от пациентите го определят като добър или поносим.
5. Установява се подценяване на психосоциалните и социалните проблеми на пациентите от медицинските специалисти, като 56.3% от лекарите и 53.9% от медицинските сестри отчитат културните, социалните и поведенческите фактори на заболяването на пациентите, докато 84.5% от пациентите изразяват желание за емоционална подкрепа от страна на лекуващите ги специалисти.
6. Делът на пациентите нуждаещи се от сто процента съчувствие /81,6%/, превишава близо пет пъти дела на медицинските специалисти - 18,4%. Съчувствието под контрол е най-популярно и се счита за най-професионално от медицинските специалисти.
7. Пациентите оценяват като „висока" професионалната подготовка на лекуващите ги медицински екипи - 70.9%, и са удовлетворени от качеството на медицинското обслужване.
8. Най-често прилагания в практика на медицинските специалисти подход към пациентите е партньорството (според 70.8% от лекарите и 71, 1% от медицинските сестри).
9. Пациентите са удовлетворени от качеството на грижите в двете университетски болници и високо оценяват своевременността на първия преглед в клиниката и времето прекарано при болния.
10. Съвпадението на предклиничните и клиничните диагнози, както и на клиничните с патологоанатомичните диагнози има

висок относителен дял и в двете УМБАЛ (според 87.5% от лекалите и 70% от медицинските сестри). Диагностичните грешки се обсъждат според честотата на допускането им: по-често в Първа УМБАЛ с участието на 75% от лекарите и 76.3% от медицинските сестри; по-рядко те се обсъждат в УМБАЛ “Царица Йоанна” с участието на 58.3% от лекарите и 52.6% от медицинските сестри.

11. Синдромът на изпепеляването (Бърнаут синдрома), който се среща най-често при медицинските сестри се характеризира с физическо изчерпване и постоянна умора, повишена конфликтност и загуба на професионално удовлетворение.
12. Връзката между възможностите за специализация на медицинските специалисти и качеството на медицинската помощ се потвърждава и при нашето изследване.
13. Емиграцията се отразява неблагоприятно върху качеството на всички видове медицински дейности, като сред мотивите за емиграция на медицинските специалисти на първо място се поставя финансовата стабилизация, на второ място ниската заплата у нас, на трета - при лекарите, повишаване на професионалната квалификация и специализация. При медицинските сестри специализацията остава на по-заден план: първите три места се заемат от по-високото заплащане на сестринските грижи.
14. Ефективността и стабилността на здравеопазването до голяма степен зависят от успешното функциониране на организационната структура на лечебните заведения, от взаимовръзките и взаимодействието между различните нива на медицинска помощ, предоставена на пациентите за решаване на всеки здравословен проблем и осигуряване на свободен от

рискове начин на живот. Необходимо е да се приеме иновацията като промяна на културата на организацията.

ПРЕПОРЪКИ

В резултат от проучването могат да бъдат направени препоръки към Министерство на здравеопазването, Български лекарски съюз и Българска асоциация на професионалистите по здравни грижи.

След разглеждането на широк кръг от доказателства, анализи и перспективи относно ролята на иновациите за повишаване качеството в здравеопазването, както и изясняване на становището по проблема на обхванатия контингент в проведеното емпирично изследване, ***считаме за перспективни следните подходи:***

1. Необходимо е подобряване на междупрофесионалното сътрудничество и работата в екип, основани на ***етичния принцип за публичност и диалогичност***, които да се превърнат в единен подход за качество на здравните дейности за пациентите.

2. Особено място следва да бъде отделено на анализа на грешки и успехи като изключително важен подход за създаване култура на иновации в лечебните заведения и повишаване качеството на дейностите.

За да бъде ефективен в медицинската практика, ***анализът на грешки и успехи*** трябва да постигне следните цели:

- Да легитимира съвместно взетите решения. По този начин обсъждането отговаря на първия източник на морално несъгласие – недостиг на ресурси. Така се създава възможност тези, които не получават каквото искат или от каквото имат нужда да възприемат легитимността на колективното решение.
- Да стимулира обществените перспективи на обсъждания здравен проблем. Тази цел отговаря на друг източник на морално несъгласие – ограничения алтруизъм. Анализите стимулират

участниците да възприемат по-широка перспектива от тясно личните си интереси.

- Да развива взаимното уважение в процеса на вземане на решенията. Това съответства на често пренебрегвания източник на морално несъгласие – несъвместимите морални ценности. Така дискусиите поставят моралния принцип и моралния компромис на техните естествени места.
- Да подпомага коригирането на грешките, които професионалистите, политиците и гражданите неминуемо допускат при предприемане на съвместни, колективни решения и действия. В случая източник на морално несъгласие е недоброто познаване на нещата. Чрез търсене на съгласие и договаряне всеки участник в обсъжданите въпроси научава как по-добре да постигне това, което иска, и в същото време да осмисли какво най-добре удовлетворява другите участници.

3. Ценностите, които стоят в основата на всяко конструиране на медицинската реалност, не могат да бъдат налагани отвън. Това създава потребност от информация, която да подпомогне медицинските специалисти да се справят с протичащите промени в системата на здравеопазването. Оттук и голямото значение на принципа за публичност и диалогичност, на прозрачността на реформите в здравеопазването. По своята същност това е процес на обучение, на сътрудничество и вземане на решения с отговорност към бъдещето.

4. ***Иновации,*** намерили приложение в съвременното здравеопазване, които са доказали успешно своята ефективност и потенциал в множество страни, са следните интервенции в медицинската практика:

а/ етични комисии;

б/ ръководства с правила за добра практика;

в/ процедури за получаване на информирано съгласие на пациента за участие в лечебния процес и в научните изследваня.

Ефективното включване в медицинската практика на тези интервенции, основани едновременно на доказателства и ценности, изисква нови нагласи и капацитет за поемане на отговорност и справяне с предизвикателствата, както и нови умения и компетенции на практикуващите специалисти.

САМООЦЕНКА ЗА ПРИНОСИТЕ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

Настоящият дисертационен труд има приноси в следните няколко направления:

- ✓ **Научно-приложни приноси:**

- Предложен е перспективен подход за създаване култура на иновации на системното обучение в медицинските университети по актуални теми, целящ постигането на по-качествено и безопасно здравеопазване, което носи значителни ползи за пациентите.

- ✓ ***Научно-теоретични приноси:***

- Представени и анализирани са някой подходи и концепции за повишаване на качеството в здравеопазването, както и необходимостта от разработване на цялостна Национална система за управление на качеството в здравеопазването.
- Комплексно е проучено, анализирано и оценено мнението на анкетираните пациенти относно ролята на здравната култура, прилагането на принципа за информирано съгласие и удовлетвореността им от качеството на медицинското обслужване.
- Представена е експертната оценка на медицинските специалисти относно организационните аспекти и психоклимата в болницата, включването на пациентите в лечебно-диагностичния процес, връзката между възможностите за специализация на медицинските специалисти и качеството на медицинската помощ, както и материалните и моралните стимули за постигане на високо качество на медицинското обслужване.

ИЗПОЛЗВАНА ЛИТЕРАТУРА

1. Биоетика – учебно ръководстно. ЮНЕСКО. Департамент по етика на науката и технологиите. 2012 /Сайт на ФОЗ, МУ – София/.
2. Борисов, В. Болницата на бъдещето - стратегически предизвикателства. - Здравен мениджмънт, 2006, 3.
3. Борисов, В. Мениджмънт на качеството в здравеопазването. В: Здравен мениджмънт с основи на здравната политика. С., 2005, 280.
4. Борисов, В. Здравен мениджмънт, 2005, 278.
5. Борисов, В. Мениджмънт на организационната промяна в здравеопазването, 1997, 48.
6. Борисов В., Ц. Воденичаров. Реалности на здравната реформа, 2000, 40.
7. Веков, Ц. Информираност на пациенти и лекари за здравната реформа. Социална медицина, 2008, /4 25 - 27.
8. Веков Ц. Обществено и професионално мнение за здравната реформа - сравнителен анализ. Оценки, изводи и препоръки (дисертация),2008, 114.
9. Веков Ц. Удовлетвпреност на пациенти и лекари от здравната реформа и препоръки за нейното управление. Медицински мениджмънт и здравна политика, 2008, 2, 13 - 17
10. Воденичаров Ц. Десетте принципа на медика и менуджъра, 2010, 100.
11. Воденичаров, Ц., В. Борисов. Феноменът обществено здраве в променящия се свят – пътят към една нова наука. С., 2017.
12. Воденичаров Ц. и експертна група, Здравеопазване: Отговорност, свободен избор и солидарност, Кръгла маса „Бъдещето на здравната

реформа: Възможен ли е политически консенсус?" Институт „Отворено общество', Март, 2005.

13. Воденичаров Ц. Седем разлики между медика и мениджъра, 2003,80
14. Воденичаров Ц., Борисов В. Доброволното здравно осигуяване - стратегия на избори, 1999, 150.
15. Воденичаров Ц., Борисов В., Глутникова В. Ново обществено здравеопазване, 1998,480.
16. Воденичарова, Ал., К. Попова. Медицинска етика. ИК Горекс Прес, 2019, 238 стр.
17. М.Галъп Интернешънъл.Изследване на общественото мнение за хода на здравната реформа, 2007.
18. Гладилов С., Янакиева А., Воденичарова А., Маркетинг в здравеопазването, Принцпс Маринови ООД, София, 2015г.
19. Гладилов Ст. Икономика на здравеопазването, 2004, 298.
20. Гладилов Ст., Н. Велева. Търсене и предлагане в здравеопазването. Здравен мениджвънт, 2005,1,32-36.
21. Грънчарова Г., Управление на здравните грижи,2005,302.
22. Давидов Б. Проблеми на контрола и ограничаването на здравните разходи в макроикономически аспект, 1998, 199-227.
23. Зортев М. Проблеми на клиничните пътеки в дейността на МБАЛ1.Дипломна работа 003,2008,52.
24. Кирилов К. Маркетинг в здравеопазването, 2005,160.
25. Кодекс за професионална етика на лекарите в България, МЗ, ДВ, бр. 85 от 2013 г.
26. Концепция „Цели за здраве 2020“, МЗ, С., 2015, 61 стр.
27. Комитов Г., Стр.Генев. Клиничните пътеки в българското здрамеопазване - очаквания и реалности. Медицински меридиани,2010,1,18-24.

21. Костов И. Болнични информационни системи - необходимост за ефективно управление на здравните заведения. Медицински преглед, 2009, 4, 61-64.

22. Лалев Н. Маркетинговата култура като управленски проблем на болницата. Автореферат,2009,40.

23. Маринов М. Качество на здравната помощ - същност, мониторинг и управление, 1998,157.

24. Маркова К. Новите предизвикателства пред висшето медицинско образование – качество, академични стандарти и иновации, сп. Здравна политика и мениджмънт", 2013, бр.1, с. 44-47.

25. Маркова К., Е.Воденичаров. Нерешени етични проблеми на балансирането на разходи, ползи и достъп в здравеопазването, Европейските етични стандарти и българската медицина, 2014, 109-113.

26. Маркова К., Т. Златанова, Ц. Петрова-Готова, А. Воденичарова, Методологични подходи за икономическа оценка на здравни програми, ИК Горекс Прес, 2015, 144 стр.

27. Мартинес Фр. Акредитация на болничните заведения. Здравната реформа в България.Македония прес, 1998,243-257.

28. Министерство на здравеопазването, Национална здравна стратегия, 2007-2013, 2007,83.

29. Паркинсън С. Големите идеи в мениджмънта, 1993, 206.

30. Пасхалидис К. Общественото мнение като фактор на здравната реформа/Дисертация/,2003.

31. Петрова Зл. Оценка на лекарите на системата „Клинична пътека". Здравен мениджмънт, 2006, 5, 18-23.

32. Петрова Зл. Ръководство по мониториране на качеството в здравеопазването и медицинския одит, 2001,45.
33. Петрова Зл. Медицинският одит - между традицията и иновацията. Медицински меридиани, 2010, 1, 2-7.
34. Петрова Зл., В.Младенова. Удоволетвореността на пациентите от медицинските услуги - компонент на качеството на здравното обслужване. Здравен мениджмънт, 2003, 3, 1-15.
35. Петрова Зл., К.Чамов, Ст.Гладилов. Качество в здравеопазването - съвременни измерения и тенденции. 2008, 270.
36. Петрова Зл. Медицинският одит - между традицията и иновацията. Медицински меридиани, 2010, 1, 2-7.
37. Попов М., Б.Давидов. Хуманизираната болница, 2004, 220.
38. Попова С. Личност и здраве, 1993,168.
39. Попова С. Социалноетични измерения на здравния мениджмънт, 2004, 140.
40. Семерджиев И. Здравното осигуряване в България, 1999, 470.
41. Сотирова, Д., Бизнес етика: проблеми, перспективи, практика.С., 2013.
42. Чамов К. Реформата на здравеопазването в България - здравна икономика, 2001, 201 -227.
39. Шипковенска Ел., Л. Георгиева. Приложна епидемиология и медицина на доказателствата, 2003,190.

40. Abdel-Razek, R., F. Alharbi. Assessment of Technological Innovation Climate in Organizations. Journal of Innovation Management JIM 5, 3, 2017, 34-54.
41. Bioethics for Judges, UNESCO Chair in Bioethics (Haifa), 2016, pp.130.
42. Brook RH. Et. Al. Quality of care assessment: Choosing a method for peer review. N Engl J Med., 1996, 13:996 - 970
43. Buchler K.Freeman A., Hulme R. The Strategy: Owning the Right Risks, Harvard Business Review, 2008
44. European Commission: WHITE PAPER Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008–2013. Brussels: European Commission / http://ec.europa.eu/health/strategy/policy/2008_2013_en./.
45. Governance for Health Equity in the WHO European Region, WHO, Copenhagen, 2013, 80 pp.
46. Campbell S., Reeves D. Kontrapantelis E., et. Al. Effects of Pay for Performance on the Quality of Primary Care in England, N Engl J Med, 2009, 361, 368 – 78
47. Conflict of Interest in Medical Research, Education, and Practice. National Academy of Sciences, Washington, D.C., USA, 2009, pp.414.
48. Drucker, P. Management: Tasks, Responsibilities and Practices. New York, Harper and Row, 1994.
49. Health in Times of Global Economic Crisis: Implication for the WHO European Region, WHO, EUR/RC59/R3, 2009.
50. Health 2020: A European Policy Framework and Strategy for 21st Century, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131303/1/ Health 2020 Long.pdf.
51. Kotler Ph. Marketing Management: Analysis, Planning, Implementation and Control, Englewood Cliffs, 1994

52. Kraijevski L., Ritzman L. Operations Management. Strategy and Analysis, Addison - Wesley Publishing Company, 1993

53. Leadership in Health Care: From Bedside to Board. Abstract Book, EHMA Annual Conference 2014, University of Birmingham, pp.119.

54. Ludwig, U. Hospitals in a competitive market in Germany - Opportunities of professional marketing and effective communication. - In: Challenges of delivering health in the enlarged Europe - experience and perspectives from member states and associates countries. Proceeding, European Health Conference, Sunny Beach, Bulgaria, 2006, 57 – 65

55. Maggison L., et al. Management, Concepts and Applications, Harper Collins Publishers, 1992.

56. Markova, K., K. Popova, Al. Vodenicharova. Teachers of Bioethics in Search of New Perspectives. International Journal of Research in Management and Social Science. Vol.3, Issue 1 (VI): January – March 2015, 48-50.

57. Migowski, S. et al. Efficiency Losses in Healthcare Organizations Caused by Lack of Interpersonal Relationships, RAC, Brasil, 2019, pp.227, http://rac.anpad.org.br

58. Mossialos E, Wenzl M, Osborn R, Sarnak D, Fund TC. (2015). International Profiles of Health Care Systems. The Commonwealth Fund; 2016. http://www.commonwealthfund.org/~/media/files/publications/fund report/2016/jan/1857_mossialos_intl_profiles_2015_v7.pdf.

59. Mosadeghrad, A. Factors influencing healthcare service quality, Int J Health Policy Manag 2014, 3(2), 77–89

60. Risk Management and Quality Improvement. Handbook, 2013 /ACHS/.

61. Sharpe, V. Promoting Patient Safety: An Ethical Basis for Policy Deliberation, A Special Supplement to the Hastings Center Report, July-August 2003 / S1-19

62. Scott, K.W., A.K. Jha (2014) Putting Quality on the Global Health Agenda, N Engl J Med, 371-3 European Ministerial Conference on Health Systems: Health Systems, Health and Wealth, Tallin, Estonia, 25-27 June, 2008, WHO Report, 2009.

63. Standards and Operational Guidance for Ethics Review of Health-Related Research with Human Participants, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, World Health Organization 2011, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, ISBN 978 92 4 150294 8.

64. Vodenicharova, Al., K. Popova, A. Yanakieva. Leading the Change in Medical Practice: The Role of Bioethics. International Journal of Research in Management and Social Science. Vol.3, Issue 1 (V): January – March 2015, 60-63.

65. Wismar M, Glinos IA, Maier CB, Dussault G, Palm W, Bramner J, Figueras J. Health Professionals Mobility and Health System: Evidence from 17 European countries. European Observatory on Health Systems and Policy. Copenhagen: World Health Organization; 2011:1-4.

66. WHO Regional Office for Europe (2008). The Tallinn Charter: "Health Systems for Health and Wealth". Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/document/E91438.pdf,accessed 30 October 2013).

67. World Health Organization - Regional Office for Europe. European Health for All Database. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006.

68. World Health Report on Primary Health Care: Now More Than Ever. World Health Organization 2008, 119 p.

69. World Report on Ageing and Health. World Health Organization 2015, 246 p. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, ISBN 978 92 4 069481 1 (PDF), WHO website (www.who.int).

70. Zakaria F. The Rise of the Rest, Newsweek, May 2008

71. RESPONS Learning Space, „Какви етични аспекти трябва да бъдат вземани под внимание в рамките на световните пазари?“, http://responsalliance.eu/rplearn/?page_id=664&lang=bg

ПРИЛОЖЕНИЯ

АНОНИМНА АНКЕТНА КАРТА №1

ЗА ЕКСПЕРТНА ОЦЕНКА НА КАЧЕСТВОТО НА МЕДИЦИНСКИТЕ ГРИЖИ

Молим колегите да попълнят тази анкетна карта, която ще ни послужи за подобряване качеството на медицинските грижи в проучваните МБАЛ. Данните от проучването ще бъдат използвани единствено за решаване на проблемите на качеството в тези заведения!

ВЪПРОС № 1: Какво е влиянието на общата и медицинската култура върху качеството на живота?
О т г о в о р : а) водеща е ролята на ОК;
б) водеща е ролята на МК;
в) нямат значение
Подчертайте валидното!

ВЪПРОС № 2: Осигурявате ли на пациентите вестници и ТВ? О т г о в о р : а) Да;
б) Не .

ВЪПРОС № 3: Участвате ли в повишаването на здравната култура на пациентите по въпросите на:
а) диетите и диетичното хранене;
б) лечението и профилактиката;
в) двигателния режим?
Подчертайте валидното!

ВЪПРОС № 4: Как оценявате психоклиматът във Вашата клиника (отделение)?
О т г о в о р : а) добър;
б) лош.
Подчертайте валидното!

ВЪПРОС № 5: Хигиената във Вашата болница е:

а) добра;

б) лоша.

Подчертайте валидното!

ВЪПРОС № 6: Връзките с близките на болните са:

а) приоритетни;

б) последна грижа.

ВЪПРОС № 7: Имате ли сигнална уредба?

О т г о в о р : а) имаме;

б) често се повреждa;

в) нямаме.

Подчертайте валидното!

ВЪПРОС № 8: Първия преглед на пациента извършвате:

а) веднага;

б) до 1 час след хоспитализирането му;

в) повече от 1 час;

г) на другия ден.

Подчертайте валидното!

ВЪПРОС № 9: Колко време прекарвате при болния?

О т г о в о р : а) повече от два часа;

б) един час;

в) по - малко от час.

Подчертайте валидното!

ВЪПРОС № 10: Колко специалности или специализации имате

О т г о в о р : а) нямам нито специалност нито специализация ;

б) една специализация (специалност);

в) две

г) три

д) три и повече

Подчертайте валидното!

ВЪПРОС №11: Имате ли докторантура или „д-р"?
О т г о в о р : а) нямам;
б) имам „д-р";
в) имам „ДМН"
Подчертайте валидното!

ВЪПРОС № 12: Как се информирате за новостите в медицината?
О т г о в о р : а) не следя научната периодика;
б) абониран съм за 1 (2) списания;
в) ползвам интернет;
г) не ползвам интернет.
Подчертайте валидното!

ВЪПРОС №13: Каква оценка давате на своя професионализъм? О т г о в о р : а) висока;
б) добра;
в) незадоволителна;
Подчертайте валидното!

ВЪПРОС № 14: Обсъждат ли се диагностичните грешки?
О т г о в о р : а) често;
б) нередовно;
в) не се обсъждат
Подчертайте валидното!

ВЪПРОС № 15: Обсъжда ли се съвпадението на поликлиничните с клиничните и патологоанатомичните диагнози?
О т г о в о р : а) често;
б) редовно;
в) нередовно;
г) не се обсъждат.
Подчертайте валидното!

ВЪПРОС №16: Обсъжда ли се болничния леталитет?
О т г о в о р : а) един път годишно;
б) всяко тримесечие;
в) да, с администрацията, епизодично;
г) не се обсъждат
Подчертайте валидното!

ВЪПРОС № 17: Предпочитан модел спрямо пациентите: автономен, патерналистичен, профилактичен, партньорство , бизнес (договорен) модел .
Подчертайте прилаганите от Вас модели!

ВЪПРОС № 18: Палиативните грижи подобряват ли качеството на живот (КЖ)?
О т г о в о р : а) подобряват КЖ;
б) запазват КЖ;
в) влошават КЖ;
Подчертайте валидното!

ВЪПРОС № 19: Отношението Ви към евтаназията?
О т г о в о р : а) „За";
б) „За, но силно ограничена";
в) „Против";

Подчертайте валидното!

ВЪПРОС № 20: Овладявате ли емоциите си при общуването с пациентите?

О т г о в о р: а) 100 % съчувствие;

б) съчувствие под контрол;

в) никакво съчувствие;

Подчертайте валидното!

ВЪПРОС № 21: Вашето мнение към присъствието в болниците на духовни лица (сестри - монахини и др.п.) ?

О т г о в о р : а) безусловно необходими;

б) епизодично и краткотрайно;

в) не е необходимо;

Подчертайте валидното!

ВЪПРОС № 22: Удовлетворени ли сте от качеството на медицинското обслужване (КМО)?

О т г о в о р : а) високо удовл. от КМО;

б) добро удовл. от КМО;

в) средно удовл. от КМО;

г) липсва удовл. от КМО.

Подчертайте валидното!

ВЪПРОС № 23: Удовлетворен ли сте от професията?

О т г о в о р : а) Да;

б) Не.

Подчертайте валидното!

ВЪПРОС № 24: Взима ли се информирано съгласие от пациентите?

О т г о в о р : а) често;

в) не севзима.

Подчертайте валидното!

ВЪПРОС № 25: Съобщавате ли истината на пациентите за тяхното заболяване?

О т г о в о р: а) да, цялата истина;

б) да, част от истината;

в) скривам истината.

Подчертайте валидното!

ВЪПРОС № 26: При Вас и колегите Ви има ли изявен Бърнаут синдром?

О т г о в о р : а) да;

б) частично изявен;

в) няма.

Подчертайте валидното!

ВЪПРОС № 27: Как преценявате трудовото си възнаграждение?

О т г о в о р : а) високо;

б) добро;

в) ниско;

г) работя на две места

Подчертайте валидното!

ВЪПРОС № 28: Как преценявате динамиката на заплатите във Вашата болница?

О т г о в о р : а) растат с процента на инфлацията;

б) изостават в сравнение с инфлацията;

в) намаляват в процеса на реформата;

г) растат в процеса на реформата.

Подчертайте валидното!

ВЪПРОС № 29: Вашите премии са:

а) чести;

б) регламентирани;

в) редки;

г) минимални

д) липсват.

Подчертайте валидното!

ВЪПРОС № 30: Вашите морални стимули са:

а) редки, от болницата;

б) редки, външни;

в) чести, от болницата;

г) чести, външни;

д) липсват.

ВЪПРОС № 31: Според Вас само финансови ли са причините за емигрирането на лекарите и медицинските сестри:

а) емигрират при отн. висока заплата;

б) емигрират при ниска заплата у нас;

в) емигрират с цел финансова стабилизация;

г) емигрират с цел специализация.

Подчертайте валидното!

АНОНИМНА АНКЕТНА КАРТА №2

ЗА ОЦЕНКА НА КАЧЕСТВОТО НА МЕСИЦИНСКИТЕ ГРИЖИ ОТ ПАЦИЕНТИТЕ

Данните от проучването ще бъдат използвани единствено за повишаване качеството на медицинската помощ!

ВЪПРОС № 1: Какво е влиянието на общата и здравната Ви култура върху качеството на живот?

О т г о в о р : а) водеща е ролята на общата култура;

б) водеща е ролята на здравната култура;

в) нямат никакво значение;

Подчертайте валидното!

ВЪПРОС № 2: Какво Осигуряват ли Ви в болницата вестници и телевизия? О т г о в о р : а) Да;

б) Не;

Подчертайте валидното!

ВЪПРОС № 3: Как оценявате психоклиматът в болницата?

О т г о в о р : а) добър;

б) лош.

Подчертайте валидното!

ВЪПРОС № 4: Според Вас хигиената в болницата е:

а) добра;

б) лоша.

Подчертайте валидното!

ВЪПРОС № 5: Връзките на персонала с Вашите близки, за да им дават сведения за Вас, са:

а) чести, редовни, добри;

б) лоши, редки, липсват.

Подчертайте валидното!

ВЪПРОС № 6: Стаята, в която се лекувате разполага ли със сигнална уредба?

О т г о в о р : а) има уредба;

б) често се повреждa;

в) няма уредба.

Подчертайте валидното!

ВЪПРОС № 7: Първият Ви преглед беше извършен: а) веднага;

б) до 1 час след приемането Ви;

в) повече от 1 час;

г) на другия ден.

Подчертайте валидното!

ВЪПРОС № 8: Колко време прекарват при Вас лекарите и сестрите? О т г о в о р :

лекарите: а) повече от два часа;

б) един час;

в) по - малко от час.

сестрите: а) повече от два часа;

б) един час;

в) по - малко от час

Подчертайте валидното!

ВЪПРОС № 9: Обгрижването Ви извън лечението (палиативните грижи) подобрява ли качеството Ви на живот (КЖ)?

О т г о в о р : а) подобрява КЖ;

б) запазва КЖ;

в) влошава КЖ;

Подчертайте валидното!

ВЪПРОС № 10: Вашето отношение към евтаназията при неизлечими заболявания или агония?

б) „За, но силно ограничена";

в) „Против";

Подчертайте валидното!

ВЪПРОС №11: Овладяват ли емоциите си медицинските специалисти при общуването си с пациентите?
О т г о в о р : а) съчувстват ни 100 %;
б) съчувстват ни умерено;
в) никакво съчувствие!
Подчертайте валидното!

ВЪПРОС № 12: Какво е Вашето мнение към присъствието в болниците на духовни лица (сестри - монахини, монаси, свещеници)?
О т г о в о р : а) безусловно необходими;
б) да се допускат епизодично и краткотрайно;
в) не е необходимо!
Подчертайте валидното!

ВЪПРОС № 13: Удовлетворен ли сте от качеството на медицинското обслужване
(КМО)?
О т г о в о р : а) високо удовл. съм от КМО;
б) добро удовл. от КМО;
в) средно удовл. съм от КМО;
г) не съм удовл. от КМО
Подчертайте валидното!

ВЪПРОС № 14: Взимат ли от Вас информирано съгласие?
О т г о в о р : а) често;
б) рядко;
в) не взимат.
Подчертайте валидното!

ВЪПРОС №15: Съобщават ли Ви истината за Вашето заболяване?
О т г о в о р: а) да, цялата истина;
б) да, част от истината;
в) скриват истината
Подчертайте валидното!