

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ, КАТЕДРА ПО
СОЦИАЛНА МЕДИЦИНА

ДАРИНА СТЕФАНОВА МИНЕВА

НОВИ ПОДХОДИ ЗА ОЦЕНКА НА КАЧЕСТВОТО НА
МЕДИЦИНСКАТА ПОМОЩ
*(Приложение на адаптираната методика **SERVQUAL** в*
болничния сектор)

Дисертационен труд за присъждане на образователна и
научна степен „Доктор”

Научен ръководител:
ПРОФ. Д-Р ВЕСЕЛИН БОРИСОВ

СОФИЯ, 2013

СЪДЪРЖАНИЕ

ВЪВЕДЕНИЕ	14
ГЛАВА ПЪРВА – ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР	
1. ЗА ПРОИЗХОДА НА КАЧЕСТВОТО	17
1.1. Историческа рамка	17
1.1.1. Фактори, обуславящи развитието на качеството – общо	19
1.1.2. Фактори, обуславящи развитието на качеството на медицинската услуга	20
1.2. Управленски аспекти	21
1.2.1. Класическа философия на качеството	21
1.2.2. Новата философия на качеството	22
1.2.3. Фази на качеството	23
1.3. Мислители и гиганти на мениджмънта на качеството	24
1.3.1. Приносът на Западните „Гуру“	24
1.3.2. Приносът на Донабедиан и Максвел	26
1.4. Квалитология/квалиметрия и медицинска квалитология	26
1.4.1.Трактовка на понятията	26
1.4.2. Диалектика на положителните и отрицателните качества	27
2. КОНЦЕПЦИЯ ЗА КАЧЕСТВО	28
2.1. Същност на понятието „качество“	28
2.1.1. Многоаспектност на качеството	28
2.1.2. Качеството през погледа на наставниците на качеството	30
2.1.3. Анализ на схващанията за качество, структура и нива на качеството	31
2.1.4. Съвременна парадигма на качеството-формула на качеството	32
2.1.5. Цената на качеството и анатомия на разходите	33
2.2. Качество на медицинската дейност	34
2.2.1. Определения за качество на медицинската дейност/услуга	35

2.2.2. Показатели за качество на продукта/услугата	36
2.2.3. Класически индикатори и ръководни рамки	37
3. ОСНОВИ НА КАЧЕСТВОТО	40
3.1. Концепцията за тотално качество	40
3.1.1. Кръгове по качеството – крайъгълен камък на Концепцията за Тотално качество	41
3.1.2. Същност и измеримост на Тоталното качество	42
3.2. Принципи и методи на интегрираната система за качеството	43
3.2.1. Три основни принципа на интегрираната система за качеството	43
3.2.2. Концепцията „TQM”	44
3.3. Подходи за оценка на качеството в контекста на QMSs	45
3.3.1. Фокус върху потребителя	45
3.3.2. Подобряване на качеството на процесите и измерване на представянето на процесите	50
3.3.3. Тотално въвличане	51
4. МЕТОДИ ЗА ОЦЕНКА НА КАЧЕСТВОТО	52
4.1. Същност на оценката на качеството на медицинската помощ и подходи за оценка	52
4.2. Статистически методи - същност на седемте прости методи за оценка на качеството	53
4.3. Евристични/интуитивни методи	57
4.4. Стандартизацията като метод за оценка - медицински стандар - ти, правила за добра медицинска практика и клинични пътеки	59
4.5. Бенчмаркинг	62
4.6. Системи за управление на качеството	65
4.7. Сравнение между TQM и ISO 9001	66
5. СВЕТОВЕН ОПИТ ЗА ОЦЕНКА НА КАЧЕСТВОТО НА МЕДИЦИНСКАТА ПОМОЩ	66
5.1. Системи за проучване на удовлетворение на потребителя	66
5.2. Система за подобряване качеството на лекарствотерапията	67
5.3. Опитът на The Cleveland Clinic	68

5.4. Методология за подобряване на процесите - Модел DMAIC	68
5.5. Проектът „Мрежа на качеството на грижата за диабета в Европа”	69

ГЛАВА ВТОРА - МЕТОДИКА НА ПРОУЧВАНЕТО 70

1. Цел и задачи на изследването	70
2. Обект на изследването	72
3. Единици на наблюдение	73
4. Признаци на наблюдение	73
5. Време на наблюдението	73
6. Място на наблюдението	74
7. Методи на наблюдението	74
7.1. Анкетен метод	74
7.2. Документален метод	76
7.3. Статистически методи	77
7.3.1. Методи на описателната статистика	77
7.3.2. Методи на статистическия извод	77
7.3.3. Графичен анализ	77
7.3.4. Корелационен анализ	77
7.4. Компютърна обработка на данните	78

ГЛАВА ТРЕТА - АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ ИЗСЛЕДВАНЕТО

1. МАРКЕТИНГ НА УСЛУГИТЕ – ТЕОРЕТИЧНА ПОСТАНОВКА	79
1.1. Общият маркетинг и нестопанският маркетинг	79
1.2. Централната роля на размяната за разбиране на потребителското поведение и връзката и с моделите „Gap” и „SERVQUAL”	80
1.3. Оценка на услугата в аспекта на нестопанския маркетинг	81
1.4. Изводи	82
2. ХАРАКТЕРИСТИКА НА КОНТИНГЕНТА	82
2.1. Представяне на „Рационална структура на организация, предоставяща медицинска помощ и здравни услуги”	82
2.2. Характеристика на МБАЛ „Д-р Тота Венкова” АД Габрово	83
2.3. Характеристика на СБАЛББ „Пенчо Семов” – Габрово АД	84
2.4. Анализ на подкритериите на анкетата от методиката SERVQUAL	84

2.5. Изводи	87
3. АНКЕТНО ПРОУЧВАНЕ	88
3.1. Приложение на методиката SERVQUAL	88
3.1.1. Описание и анализ на критериите и подкритериите от анкетите на методиката SERVQUAL, проведени в СБАЛББ „Пенчо Семов” АД Габрово	90
А). Критерий „Материалност” (M1 – M4)	93
Б). Критерий „Надежност” (H5 – H9)	96
В). Критерий „Отзивчивост” (O10 – O13)	99
Г). Критерий „Уверенност” (Y14 – Y17)	102
Д). Критерий „Съчувствие” (C18 - C22)	105
Е). Анализ на частните индекси на качеството и глобалния коефициент на качеството SQI за СБАЛББ	110
3.1. 2. Описание и анализ на критериите и подкритериите от анкетите на методиката SERVQUAL, проведени в МБАЛ „Д-р Тота Венкова” АД Габрово	113
А). Критерий „Материалност” (M1 – M4)	115
Б). Критерий „Надежност” (H5 – H9)	118
В). Критерий „Отзивчивост” (O10 – O13)	121
Г). Критерий „Уверенност” (Y14 – Y17)	124
Д). Критерий „Съчувствие” (C18 - C22)	127
Е). Анализ на частните индекси на качеството и глобалния коефициент на качеството SQI	131
3.1.3. Сравнителен анализ на SQI между двете ЛЗБП	134
3.1.4. Методиката SERVQUAL като измерител на функционалното и техническото качество	139
3.1.5. SWOT анализ на процеса, на предоставяне на функционалното качество на медицинската услуга, на разглежданите ЛЗБП	143
3.2. Данни от проучване чрез методите „Пряко изразено удовлетворение” и „Рейтинги важност – постижения” в ЛЗБП	145
3.2.1. Резултати от приложение на метода „Пряко изразено удовлетворение”	145

А). СБАЛББ „Пенчо Семов” АД Габрово	145
Б). МБАЛ „Д-р Тота Венкова” АД Габрово	146
3.2.2. Резултати от приложение на метода „Рейтинги важност – постижение”	148
А). СБАЛББ „Пенчо Семов” АД Габрово	148
а.) Рейтинг „Важност”	148
б.) Рейтинг „Постигание”	149
в.) „Анализ на приоритетните компоненти” - СБАЛББ	151
Б). МБАЛ „Д-р Тота Венкова” АД Габрово	153
а.) Рейтинг „Важност”	153
б.) Рейтинг „Постигание”	154
в.) „Анализ на приоритетните компоненти” - МБАЛ	156
3.2.3. Изводи	157
3.2.4. Изследване на зависимостта между качеството, измерено чрез SQI по методиката SERVQUAL и важността и изпълнението на офертите на ЛЗБП	158
А). СБАЛББ „Пенчо Семов” АД Габрово	158
Б). МБАЛ „Д-р Тота Венкова” АД Габрово	159
3.2.5. Изводи	160
3.3. Данни, получени от приложение на анкети – мотивационен профил на персонала	161
3.3.1. Проучване в СБАЛББ „Пенчо Семов” АД Габрово и МБАЛ „Д-р Тота Венкова” АД Габрово	161
3.3.2. Изводи	166
ГЛАВА ЧЕТВЪРТА - ОБСЪЖДАНЕ НА РЕЗУЛТАТИТЕ	
1. Теоретична обосновка на концептуалния модел	167
2. Представяне на Концептуален модел на оценка за рационална структура на организация, предоставяща медицинска помощ и здравни услуги	168
2.1. Изясняване на методологическите основи на оценката	168
2.2. Елиминиране на непродаваемата добавена стойност на медицинската услуга (оценка на процеса на предоставяне на медицинската услуга (методика SERVQUAL и модела GAP)	170

2.3.	Оценка на фокуса върху потребителя (удовлетвореност на потребителя)	170
2.4.	Оценка на тоталното въвличане на персонала (мотивация на персонала)	171
2.5.	Анализ на качеството	171
3.	Концепция (алгоритъм) за оценка на качеството на медицинската услуга в ЛЗБП	173
4.	ИЗВОДИ	177
5.	ПРЕПОРЪКИ	178
6.	ПРИНОСИ	179
	ОПИС НА ПРИЛОЖЕНИЯТА	182
	ПРИЛОЖЕНИЯ	183
	БИБЛИОГРАФИЯ	256

ОПИС НА ИЗОБРАЖЕНИЯТА

1. Фигура № 1 Концепция на предприемачеството за качеството
2. Фигура № 2 Структура и съдържание на науката „Квалитология”
3. Фигура № 3 Международен подход за нормиране на техническите изисквания към качеството
4. Фигура № 4 Профил на качеството, модел на Кано
5. Фигура № 5 Зависимост на себестойността и цената на продукта от нивото на неговите качествени характеристики
6. Фигура № 6 Принципи на Интегрираната система за качество
7. Фигура № 7 Концепция на Грьонроос за същността на услугата
8. Фигура № 8 Модел Гар
9. Фигура № 9 Модел на Грьонроос за качеството на възприеманата услуга
10. Фигура № 10 Диаграма на Парето
11. Фигура № 11 Диаграма на Ишикава
12. Фигура № 12 Диаграма на контролна карта
13. Фигура № 13 Влияние на медицинската институция върху обратната връзка с потребителите
14. Фигура № 14 Три равнища на тоталния продукт/услуга и критериите на методиката SERVQUAL
15. Фигура № 15 Структура на глобалния коефициент на качеството на услугата – детерминанти;
16. Таблица № 16 „Резултати от статистическо разпределение на подкритериите в частта „очаквания” на СБАЛББ
17. Таблица № 17 „Резултати от статистическо разпределение на подкритериите в частта „възприятия” на СБАЛББ
18. Таблица № 18 „Глобален коефициент на качеството – резултати - СБАЛББ
19. Фигура № 19 Частен коефициент на качеството „Материалност” М1 – М4 - СБАЛББ
20. Фигура № 20 Частен коефициент на качеството „Надеждност Н5 – Н9” - СБАЛББ

21. Фигура № 21 Частен коефициент на качеството „Отзивчивост” О10 – О13 - СБАЛББ
22. Фигура № 22 Частен коефициент на качеството „Уверенност” У14 – У17 - СБАЛББ
23. Фигура № 23 Частен коефициент на качеството „Съчувствие” С18 – С22 - СБАЛББ
24. Фигура № 24 Обобщена картина на съотношението на рейтинг „възприятие” и рейтинг „очаквания” за медицинската услуга за СБАЛББ
25. Таблица № 25 Ранжиране на частните индекси на качеството по критерии за СБАЛББ
26. Таблица № 26 Статистически разпределения в частите „очаквания” и „възприятия” на СБАЛББ
27. Таблица № 27 „Резултати от статистическо разпределение на подкритериите в частта „очаквания” на МБАЛ
28. Таблица № 28 „Резултати от статистическо разпределение на подкритериите в частта „възприятия” на МБАЛ
29. Таблица № 29 „Глобален коефициент на качеството – резултати - МБАЛ
30. Фигура № 30 Частен коефициент на качеството „Материалност” М1 – М4 - МБАЛ
31. Фигура № 31 Частен коефициент на качеството „Надеждност” Н5 – Н9 – МБАЛ
32. Фигура № 32 Частен коефициент на качеството „Отзивчивост” О10 – О13 - МБАЛ
33. Фигура № 33 Частен коефициент на качеството „Уверенност” У14 – У17 - МБАЛ
34. Фигура № 34 Частен коефициент на качеството „Съчувствие” С18 – С22 - МБАЛ
35. Фигура № 35 Обобщена картина на съотношението на рейтинг „възприятие” и рейтинг „очаквания” за медицинската услуга за МБАЛ
36. Таблица № 36 Ранжиране на частните индекси на качеството по критерии за МБАЛ

37. Таблица № 37 Статистически разпределения в частите „очаквания” и „възприятия” на МБАЛ
38. Фигура № 38 SQI на СБАЛББ
39. Фигура № 39 SQI на МБАЛ
40. Фигура № 40 Структура на QSI на СБАЛББ
41. Фигура № 41 Структура на QSI на МБАЛ
42. Фигура № 42 Структура на критерия „Уверенност” (У14 – У17) за МБАЛ
43. Фигура № 43 Съответствие и припокриване на детерминантите от методиката SERVQUAL и елементите на организацията
44. Фигура № 44 Адаптиране на методиката SERVQUAL към SWOT анализ
45. Таблица № 45 SWOT анализ на медицинската дейност на СБАЛББ, измерена чрез подкритериите на методиката SERVQUAL
46. Таблица № 46 SWOT анализ на медицинската дейност на МБАЛ, измерена чрез подкритериите на методиката SERVQUAL
47. Таблица № 47 „Резултати от статистическо разпределение на променливите по метода „Пряко изразено удовлетворение” – СБАЛББ
48. Фигура № 48 Съотношение „средна аритметична величина – медиана” на променливите по метода „Пряко изразено удовлетворение” – СБАЛББ
49. Таблица № 49 „Резултати от статистическо разпределение на променливите по метода „Пряко изразено удовлетворение” – МБАЛ
50. Фигура № 50 Съотношение „средна аритметична величина – медиана” на променливите по метода „Пряко изразено удовлетворение” – МБАЛ
51. Таблица № 51 Статистически разпределения по рейтингите „важност” и „представяне” на СБАЛББ
52. Фигура № 52 Рейтинг „Важност” - СБАЛББ
53. Фигура № 53 Рейтинг „Постижение” – СБАЛББ
54. Таблица № 54 Статистически разпределения по рейтингите „важност” и „представяне” на МБАЛ
55. Фигура № 55 Рейтинг „Важност” - МБАЛ
56. Фигура № 56 Рейтинг „Постожение” – МБАЛ

57. Таблица № 57 Корелационни коефициенти на зависимостите между SQI и компонентите по променливите „важност и „представяне” - СБАЛББ
58. Таблица № 58 Корелационни коефициенти на зависимостите между SQI и компонентите по променливите „важност и „представяне” - МБАЛ
59. Таблица № 59 Ранжиране на мотивационните фактори на СБАЛ и МБАЛ
60. Фигура 60 Инвертен вариант на пирамидата на йерархия на потребностите
61. Фигура № 61 Съотношение „удовлетворение – неудовлетворение” от мотивационните фактори - данни за СБАЛББ и МБАЛ
62. Фигура № 62 Концепция за оценка на качеството на медицинската услуга в ЛЗБП
63. Фигура № 63 Модел Гар

СПИСЪК НА СЪКРАЩЕНИЯТА

- „В” – възприятия за медицинската услуга
- ЗЗО – задължително здравно осигуряване
- ЗПК – заместители на показателите на качеството
- КК - коефициент на качеството
- КП – клинична пътека
- ЛЗ - лечебно заведение
- ЛЗБП – лечебно заведение за болнична помощ
- МБАЛ – многопрофилна болница за активно лечение
- НЛР - нежеланите лекарствени реакции
- НРД - национален рамков договор
- „О” - очаквания за медицинската услуга
- СБАЛББ - специализирана болница за активно лечение на белодробните болести
- СЗО - Световна здравна организация
- СУК - системи за управление на качеството
- СПК – същински показатели на качеството
- ЧИК – частен индекс на качеството
- АМА - Американска медицинска асоциация
- AQI „Annual Quality Improvement” - Концепция за ежегодно подобряване на качеството
- ASQ - Американската асоциация по качеството
- DIN ISO - “Deutsches Institut fur Normung” - германски институт за стандартизация
- SQI - Глобален коефициент (индекс) на качеството
- ISO 8402 – International Organization for Standardization
- ISO 9000:2000 – международни стандарти от серията 9000
- ISO 9001:2000 - международни стандарти от серията 9001
- QC „Quality control” – контрол на качеството
- PQC „poor quality cost” (концепция PQC) - разходи за лошо качество
- „QFD„Функция за разгръщане на качеството (Quality Function Deployment)

- VHA “Voluntary Hospitals of America” - национална мрежа на водещи обществени здравни организации и лекари
- QMSs „Quality Management Systems” - Системи за управление на качеството TQM „Total Quality Management: - Тотално управление на качеството
- PDCA “Plan –Do – Check - Act” - цикъл „планирай – изпълнявай – проверявай – действай”;
- SDCA “Study – Do – Check - Act” – цикъл „стандартизирай – изпълнявай – проверявай – действай”
- QA “Quality assurance” – осигуряване на качеството
- QI “Quality improvements - подобряване на качеството
- SERVQUAL „Service Quality” – качество на услугата (методика за идеалната услуга)
- SQI – Глобален коефициент на качеството

ВЪВЕДЕНИЕ

Проблемът за оценката на качеството на услугите става все по – актуален, поради фактът, че в икономически развитите страни делът на услугите в брутния вътрешен продукт, нараства. Тази тенденция е следствие на промяната, която претърпяват икономиката и обществото, а именно: преходът от „икономика на капитала” към „икономика на знанието”, където най – важният ресурс са квалификацията и опита.

Конкуrentността на трите вида услуги – държавните, търговските и нетърговските (към които принадлежи здравеопазването) се измерва със способността им да удовлетворяват конкретни потребности. При услугите, предоставени от нетърговските организации, взаимоотношенията също имат пазарна основа, но при взаимодействието си с други организации и потребители, предметът на размяната не са парите, а уникалните ресурси: компетентността на персонала, контактите с спонсори, ценностите в организацията. Това схващане се съдържа в концепцията Тотално управление на качеството - “Total Quality Management” (TQM), а именно, че създаването и оценката на качеството се отнасят до резултатите, процесите, системата и до околната среда, до материалните и нематериалните активи, до осезаемите и неосезаемите неща. Философията на TQM въвлича всеки един сътрудник в дадена организация в непрекъснатото усилие за подобряване на качеството и достигане на удовлетворяване на потребителите.

Сложността на оценката на качеството на услугата (в частност и медицинската), произтича от нейната природа, изразена чрез характеристиките ѝ: неосезаемост, неотделимост от източника, променливост, нетрайност и зависимост от участието на потребителя в създаването ѝ. В настоящия момент не съществува проект, който да дава на здравните мениджъри възможност за оценка/измерване на качеството от гледна точка на принципите на нестопанския маркетинг и TQM.

Характеристиките на услугата от една страна, трансформацията на обществото в информационно такова от друга страна, и обръщане на

ценностите от материалните активи към нематериалните, предполагат търсене потенциални и индиректни критерии за оценка на качеството.

Настоящата докторска работа прави опит да представи подход (метод) за оценка за рационална структура на организация, предоставяща медицинска помощ и здравни услуги, от гледната точка на тоталното качество и във формата на нестопанския маркетинг. За целта е осъществено анкетно проучване в три аспекта:

- i. Оценка на качеството на медицинската помощ в болничния сектор, чрез глобалния коефициент на качеството на медицинската услуга (SQI) на базата на приложение на методиката SERVQUAL и модела Gap.
- ii. Измерване на удовлетворението на потребителите според предлаганата оферта от организацията, чрез оценка на услугата в частта „важност” и „изпълнение”;
- iii. Оценка на степента на удовлетвореност на потребностите на персонала в лечебното заведение, чрез определяне на мотивационния профил на персонала на ЛЗБП.

Научният принос на докторската работа се състои в следните направления:

- Изследването върху прилагане на методиката SERVQUAL за оценка на качеството доказва зависимости между качеството на медицинската услуга (измерено чрез глобален коефициент на качеството - SQI) и очакванията, и между качеството на услугата и възприятията за нея;
- Доказана е значима корелационна зависимост между качеството на медицинската услуга, (измерено чрез глобален коефициент на качеството - SQI) и рейтингите „важност – представяне”;
- Проучването доказва, че нивото на мотивацията на сътрудниците в организацията, като част от концепцията за тотално качество е *индиректен измерител* на качеството на медицинската услуга, изразено чрез глобалния коефициент на качеството (SQI) на методиката SERVQUAL
- Теоретично се допусна и се аргументира тезата, че методиката SERVQUAL е инструмент за измерване, както на функционалното качество, така и на техническото качество на услугата.

Представената схема/алгоритъм за оценка на качеството на медицинската услуга, ще даде насоки на мениджърите на ЛЗ, да оценка на дейността от гледна точка на маркетинга и тоталното качество, ще им помогне при разработването на стратегическите планове и за приемането на управленски решения.

ГЛАВА ПЪРВА – ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

1.3а произхода на качеството

Историческата хронология на събитията, свързани с произхода на качеството разкрива всеки нов момент на възникване на отделни „елементи“ на качеството и развитието му, като подсказва, че те се зараждат в самия процес на производство и се основават на икономическите закони и научните закономерности. Управленският аспект, отбелязва усилията на мениджмънта за подобряване на качеството, посредством търсене на инструменти за управление на качеството. Към него се отнасят нормите, научните основи на управлението, двата подхода - процесен и структурен, методите и техниките за измерване и оценка на качеството. От двата аспекта могат да бъдат извлечени други зависимости като: социалните отношения, ролята на потребностите, на глобализацията, политическият фактор и конкуренцията, движещите сили за развитие на качеството.

1.1.Историческа рамка

Американската асоциация по качеството (ASQ) проследява развитието на качеството в хронологична рамка като очертава неговите корени назад във времето към „Средновековна Европа“ до 13 век, през етапите на: „Индустриалните революции“, „Ранният 20 век“, „Втората световна война“, „Тотално качество“ и „Отвъд Тоталното качество“.

В Преиндустриална революция (Средновековна Европа), правилата за качеството произлизат от този, който произвежда и този акт е осъзнат в процеса на производството, вероятно като първообраз на стандарта. „Знаците от инспекцията“ и „Знаците на занаятчиите“ са израз на първите инструменти за подобряване на качеството и първата форма на контрол до настъпването на Индустриалната революция в началото на 19 век, а по – късно усъвършенстван като сертификацията и наградите за качество [158].

Епохата на **Индустриалната революция** се характеризира с *на две тенденции – зависимостта на производителите от нуждите от качество на потребителите и последващият процес на разделение на труда, които се основават на икономическа закономерност от една страна, линейната*

*зависимост между разделението на труда и производителността и от друга – на склонността към размяна, основаваща се на собствения интерес.*¹

Ранният 20 век се характеризира с **включване на „процеса“ в качеството на практиките**, чрез концепцията „Статистически качествен контрол“ (SQC) и контролните карти – съвременните инструменти за оценка и управление на качеството² [154, 159, 164].

Втората световна война е вододел между двата подхода „механичното инженерство“ и „управление на качеството“. Липсва на професионално общество, ориентирано към качеството [161].

Концепцията за „Тоталното качество“ се фокусира върху подобряване на целия организационен процес чрез хората, които го осъществяват [162].

Експертът по качеството **Нанси Таг** говори за нова система на качеството, която еволюира отвъд основите, поставени от Деминг, Джуран и ранните Японски практики на качеството. В началото на 21 век, развитието на качеството прониква **отвъд концепцията „Тотално качество“** и навлиза във **фаза на „зрелост“**, проявяваща се в **няколко ключови момента**: (1) преразглеждане на стандартите по управление на качеството по **ISO 2000** с акцент подобряване на удовлетворяване на потребителите; (2) добавяне на нови критерии за бизнес резултати на Националната награда за качество **Малкълм Болдридж (1995г.)** и добавянето ѝ към образованието и **общественото здраве**; (3) концепцията за качеството **„Six Sigma“**, приложима за продукти и услуги, акцентира върху способността и стабилността на процеса, вариациите на процеса и риска от дефекти (4) развитие на метода **„QFD„** - **„Функция за разгръщане на качеството“**, за фокусиране върху изискванията на потребителите в ре/проектиране на продукта или услугата [163].

¹ „Разделението на труда води до пропорционално увеличение на производителната сила и в основата на този процес стои черта на човешката природа “склонността към размяна” на предмети, която не може да се постигне с благоволенieto между хората, а с взаимната изгода, т.е. с отношението към собствения интерес” (Адам Смит в книгата си „Изследване на природата и причините на богатствата на народите”)[3,4].

² „Производственият процес добива факти и данни, които могат да бъдат анализирани, посредством статистически техники, с цел да се провери дали процесът е стабилен и е под контрол или е засегнат от устойчива причина” (Уолтър Шухард).

Модерното качество отразява научните достижения в мениджмънта на качеството. Свързва се с школите на **Научното управление** и „**Човешки отношения**”, както и с имената на учени, чиито достижения, намират приложение в идеята за тотално качество: **Murray (1938)** фокус върху нуждата за постижения, принадлежност, убежденост и свобода на избора. **Herzberg (1966)** – „размерът на удовлетворението и неудовлетворението зависи от заплащането”, **McGregor (1960)** - Теорията „X” и Теорията „У”, **Maslow (1968)** - Теорията на йерархията на потребностите. **Революция на качеството** обединява приноса на Деминг, Джуран, Кросби, Ишикава, Кано, Файгенбаум, Тагучи и Шиго около философията за тоталното качество. Приложението на производствените практики в сектора на услугите, се означава като „**Революция на услугите**” [135].

1.1.1. Фактори, обуславящи развитието на качеството - общо

Развитието на понятието качество се обуславя от два основни фактора: **начинът на производство и развитието на пазара.**

Начинът на производство е във връзка с приложението на постиженията на науката и техниката, водещи до усъвършенстване на продукта/услугата, а с това **до повишаване броя на оценяваните им свойства.**

Развитието на пазара поставя различни **изисквания към продукта/услугата.** При „**Пазар на продавача**” (1770 – 1960) - върху производство и количество. При „**Пазар на купувача**” (1970) – върху търсене и предлагане, конкуренция между доставчиците, статистически процедури, приложение на системен подход на организация на производствения процес. „**Пазар на услугите**” (1980) - ориентация към потребителя, прилагане на сертифицирани системи за управление на качеството и TQM. „**Мрежови пазар**” (2000) - информационно ориентация към околната среда и управление на информация и знания. **От гледна точка на развитието на процеса на размяна се счита, че първите прости изисквания за качество възникват при пазар на купувача.**

С развитие на системите за управление на качеството, ролята на пазарните отношения нараства до степен, че те се „вграждат” в стратегията на организациите и в политиката по качество. Факторите, влияещи върху качеството се проявяват чрез „**Интегрираната система за**

контрол върху качеството”, включваща: политика по качеството, информация, проектиране и конструиране, материали, оборудване, трудови ресурси и техническо обслужване [27, 29].

1.1.2. Фактори, обуславящи развитието на качеството на медицинската услуга

Факторите, които са повлияли за развитието на качеството на здравната услуга, са: научните постижения общо и на медицинската теория и практика, образованието на лекарите и степента на развитие на обществените отношения, (социални и здравноосигурителни).

Исторически проблемът преминава през три фази. **Първата фаза** - приложно – емпирична, се свързва с имената на: **Абр. Флекснер** (Доклад на Флекснер, 1910г.) и **Е. Кодман** (предлагане на метод за измерване и оценка на резултатите на болничната помощ в САЩ). **Втората фаза** - структурно – оценъчна се свързва със създаването на структура за оценяване и гарантиране на работата в болниците. **Третата фаза (след 1950г.)** - институционална, създаване на органи за акредитационна оценка на качеството в САЩ, Канада Австралия, Холандия, Испания, Франция и Великобритания. През 90-те години, във връзка с Концепцията за непрекъснато подобряване на качеството, се допуска **четвърта фаза.. Докладът на Флекснер** се оценява като „пътна карта” за държавното медицинско образование, общественото здраве, научните изследвания и обществените болници, свързваща практическите медицински умения с научните методи, което довело до повишаване на качеството на професионализма на лекарите [11, 27, 29,].

Разглеждането на „обществените отношения като йерархически построена органична система”, в която „икономическите закономерности се проявяват като явления, чрез своята генетична структура и същност” [24], дава основание закономерностите, обуславящи развитието на качеството на здравната услуга да се разглеждат в контекста на производствените отношения, социално – осигурителните и здравно - осигурителните, като компонент на социалната сигурност. Подобни аспекти са изследвани от български автори (Попов М.) [85].

Задължителното здравно осигуряване намалява финансовия риск при възникване на потребност от здравна услуга. Наличието на отношения между три субекта – потребител на здравни услуги, изпълнител на здравни услуги и посредник (здравноосигурителен фонд), предполага оценка на дейностите на тези три субекта. Оценяват се правата на гражданите по отношение на тяхното здраве, като задължително здравноосигурени лица и като пациенти, на които се гарантира медицинска помощ, съответстваща на медицинските стандарти и правилата за добра медицинска практика.

1.2. Управленски аспекти

1.2.1. Класическа философия на качеството

Класическата представа за качеството на продуктите/услугите е изградена на принципа на изпълнение на **изискванията на потребителите**, на базата на **Теорията на йерархията на потребностите от Ейбрахам Маслоу**. Йерархията на потребностите на конкретната личност се определя от нивото на равнието на психиката [54].

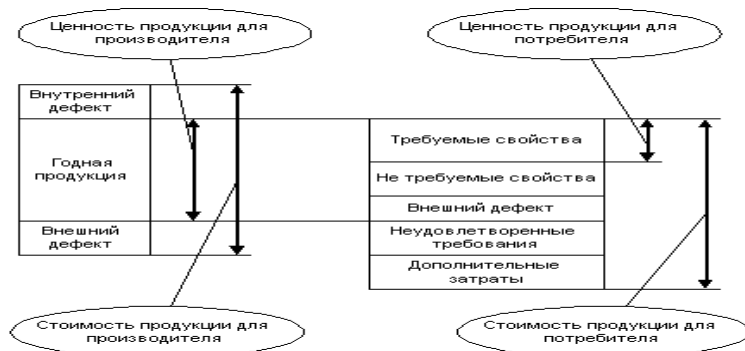
Връзката «психика – потребности» е заложена в Модела на услугата „Парасураман” и в Модела „Кано”, а в икономически аспект - в Концепцията на предприемачеството за качеството чрез зависимостта „*Качество – ценност - стойност*”, при която мярка за качеството е степента на удовлетвореност на потребителя от продукта/услугата. Дефинира се като съотношение между ценността (потребителската стойност) и стойността.

$$\text{Качество} = (\text{Удовлетвореност на потребителя}) = \text{ценност/стойност}$$

За производителя и потребителя тези отношения са различни. За производителя ценността се отнася до годната продукция, а стойността до вътрешните и външните дефекти. За потребителя, ценността е равна на потребителските свойства, а стойността до дефектите и неудовлетворените изисквания. Отношението между ценността на продукта за потребителя към ценността на продукта за производителя определя конкурентноспособността и оформя **Концепцията на предприемачеството за качеството (Фиг. 1)** [53, 54].

Според Концепцията на предприемачеството за качеството обществото функционира посредством два основни вида потребности: тези на самото

общество и тези на индивида (предприемача). Зад тях стоят двата вида цели на предприемачеството – вътрешни (на предприемача – като стремеж към увеличаване на собствения доход) и външни (на обществото - свързани с повишаване качеството на живот). „Обществото” не поставя граница между качеството на живот и качеството въобще.



Фигура 1 Концепция на предприемачеството за качеството, източник „Класическая философия качества“, по материалам компании Ланит

С цел разрешаване на основната си задача - „повишаване на качеството на живот”, обществото подпомага предприемаческата дейност. Задоволявайки собствения си интерес за печалба, предприемачът създава продукти и услуги, които задоволяват потребностите на индивидите в обществото. **От тук следва, че нивото на качеството на тези продукти (услуги) е съответно на качеството на живот**, а правенето на печалба като законно право е социално отговорно поведение. **Единството между вътрешната и външната цели на предприемачеството определя социалния характер и социалната отговорност на бизнеса**, а социалната насоченост на философията на качеството, като част от философията на предприемачеството, намира израз в международния стандарт ISO 8402.

1.2.2. Новата философия на качеството

Най – новата философия на качеството се основава на практическата аксиома на Едуард Деминг, според която всички видове дейности трябва да се разглеждат като технологични процеси и на схващането на Каору Ишикава за организацията като система (мрежа) от взаимно свързани процеси. Международните стандарти от семейството ISO 9000

законодателно са закрепили този подход. Разглеждайки компонента „доверие” между участниците в икономическата дейност като икономическа категория и връзката му с контрола, Деминг предлага две правила: *правило на недоверието* (изисква контрол на всички производствени нива, за да снижи риска от несъответстващ продукт, което е свързано с разходи) и *правило на доверието* (пълно доверяване към изпълнителя, без контрол). Това е приносът на Деминг към процесния подход. Като цяло, съвременната философия на качеството се основава на прилагането на процесен подход от организациите и получаването на обективни доказателства за качество, посредством сертификация на системите за качество от акредитиран независим орган, който притежава своя сертифицирана система за качество.

Системният поглед и представянето на здравеопазния процес, както и универсалността на Международните стандарти от семейството ИСО 9000 дават основание за налагане на концепциите за оценка на качеството от стопанския живот в здравеопазването.

1.2.3. Фази на качеството

От гледна точка на контрола, осигуряването и управлението на качеството, в развитието на мисълта и практиката за качеството са известни два периода - „**период на несистемните** подходи по осигуряване на качеството” и „**период на системните подходи** по осигуряване на качеството”.

През периода на несистемните подходи начините за осигуряване на качеството са: непосредствен оглед, съставяне на спецификации за материали, процеси и крайни продукти, и контрол чрез проверка. Индустриалната революция е факторът, който създава условия за развитието на периода на системните подходи, а ключовият момент - появата на системното стандартизиране в производството на индустриалните изделия. **Първият „работен стандарт”** е създаден от американския изобретател и индустриалец **Илай Уитни** (Whitney, 1765 - 1825), който разделя производствените процеси на отделни елементи и операции, стандартизирани в продуктов и технологически смисъл. Английският инженер **Джоузеф Уитуорт** (Whitworth, 1841) **поставя началото на промишлената стандартизация в света [61].**

До 50-те години на XX век водеща роля в управлението и оценката на качеството имат американските изследователи, а след 50-те години лидерството преминава от САЩ в Япония. Двата подхода към качеството – Източният и Западният са дълбоко различни. Докато в Японските организации „гласът на потребителя“ управлява всяка дейност, то в САЩ превалира „гласът на инженера“. Проблемът за качеството се поставя в планирането и в началния етап на разработка на продукта, срещу решаване на проблема в етапа на производство [150].

Гарвин (1988) дефинира четири „ери“ в развитие на качеството: ера на инспекциите, ера на статистически контрол, ера на осигуряване на качеството и ера на стратегическо управление. Съдържанието на всяко по – горно ниво е “попивало” нови разработки от теорията на качеството и изразява стремежа за отговор към изискванията на потребителите и удовлетворяване на техните потребности [76, 88].

1.3. Мислители и гиганти на мениджмънта на качеството

От 1940 г. до сега има три групи „гурута“: В началото на 1950-те години – американците Деминг, Джуран и Файгенбаум, които дават идеята за качество в Япония. В края на 1950 –те години японците Ишикава, Тагучи и Шинго развиват нови концепции в отговор на американците. През 1970 – 1980 години, западните гуру - Кросби и Том Петерс са последвали японския успех в индустрията [105, 114, 122, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 226].

1.3.1. Приносът на Западните „Гуру“

Приносът на **Деминг** е посветен на философията на мениджмънта, включваща:

- *Теория на отклоненията* - специфичните причини за отклонения се дължат на лесно разпознаваеми фактори (промяна в процедурите, смяна на работник), отстраняването на които не елиминира общите (дизайн, операции, системи)
- *Нов стил в мениджмънта* - разчупва схващането за неуправляемостта на външната среда. Търси средства за нейното управление, включва потребителя в управлението, посредством участие в анализа, оценката и изработване на мерки за подобряване на качеството
- Цялостен образ на процеса на производство с причинно – следствените връзки, известен като „*Верига на качеството*“.

- *14-те управленски принципа* и като тяхно допълнение - избягване на т.н. „смъртоносни болести“.

- Изместване на контрола на качеството от инспекцията към контрол на производствения процес, чрез статистически контрол на процесите.

Ишикава е автор на японските промишлени стандарти – база за стандартите, установени от Международната организация по стандартизация “ISO”.

- Подчертава човешката страна на качеството.

- Внедрява статистическите методи за контрол и седемте базови инструмента за подобрене на качеството и *»кръжоците по контрол на качеството«*

- Въвежда в световната практика графически метод за анализ на причинно – следствените връзки (*диаграма на Ишикава / Скелет на рибена кост «Fishbone Diagram»*)

Джуран създава *Трилогията на качеството* и *»пътна карта за контрол на качеството«*

- Асоциира качеството с *удовлетворяването на потребителя* (разглежда всяка личност като процес, провеждайки трансформация или дейност).

- Акцентуира не само на външните потребители, но и на вътрешните – всяка личност по веригата е доставчици и потребител.

- *«Спирала на качеството»* - пространствен модел, на основните стадии на непрекъснато развиващите се дейности по управление на качеството

- Концепция за ежегодно подобряване на качеството, *AQI (Annual Quality Improvement)*

Джуран първи популяризира правилото 80/20 като универсален принцип

Приносът на **Кросби** към теорията на мениджмънта се състои в четирите принципа:

- определението за качество е съответствие с изискванията;

- системата за качество е превенция;

- стандартът за работа с нула дефекти и измерването на качеството е цената за несъответствието на изискванията;

- фразите „нула дефекти“ и съответствие с изискванията“ са залегнали в терминологията на мениджмента;

Файгенбаум открива „Тоталния контрол на качеството“, означаван като „Тотално качество“ [32].

Идеите на **Тагучи** са фундамент на инженерното образование в Япония, намират приложение в метода за оценка на качеството „Технология за разгръщане на качеството“ - Quality Function Deployment (QFD).

- Измества контрола на качеството назад към етапа на проектиране, като така затваря цикъла на тоталното качество.

1.3.2. Приносът на Донабедиан и Максвел

Значението на концепциите на наставниците на качеството за стопанския напредък, е съизмеримо с **концепциите за качеството за здравната помощ на Донабедиан, Максвел и СЗО** [39].

- **Концепцията на Донабедиан** обхваща три елемента: структура, процес и резултат (припокрива класическата триада на качеството), трите елемента подлежат на оценяване.

- **Концепцията на Максвел** обхваща шестте измерителя на качеството: *достъп до здравна помощ, релевантност, ефективност и ефикасност на здравната помощ, продуктивност и участие на потребителя или потребителски фокус.*

- **Концепцията на СЗО** - мониторинг на показателите за здравето и резултатите от дейността на здравните служби.

Схващането за здравната помощ от гледна точка на системния и процесния подходи, намира приложение в медицинските стандарти и е заслуга на Донабедиан. Схващането на Максвел разглежда качеството в управленски аспект - третира качеството в неговата тоталност, цената на качеството и снижаване на вариабилността в смисъла на постигане на равномерност на услугите снижаване на риска.

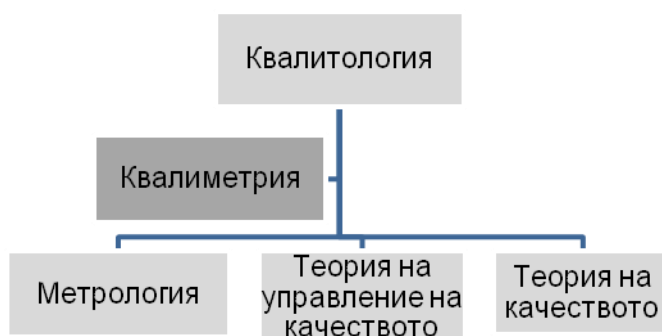
1.4. Квалитология/квалиметрия и медицинска квалитология

1.4.1. Трактовка на понятията

Научнообоснованото приемане на управленско решение по качеството се основава на закономерностите за изменение (развитие и подобрене) на качеството, на закономерностите на прехода от едно ниво на качеството към

друго, съвкупността от които изграждат фундаментална и развиваща се наука – квалитология, което определя основната и роля в мениджмънта [2, 104, 174].

Терминът *«квалитология»* се отнася до съдържанието и природата на качеството на обектите. Структурата му е изградена от четири понятия: теория на качеството, теория на управлението на качеството, квалиметрия и метрология (Фиг. 2). Терминът *„Квалиметрия“* се отнася до *принципите и методите* за количествена и качествена оценка на обекти с различна природа или количествена оценка на качеството във вид на показатели, които са количествен израз на една или няколко характеристики (свойствата) на обекта. Квалиметрията използва методите на математическата статистика, с което се обяснява и *вероятностния характер на много показатели на качеството*. Теоретическата квалиметрия включва „преки“ и „обратни“ задачи, под които трябва да се разбира: задачи за анализ на качеството (измерване) и задачи за синтез на качеството (управление).



Фигура 2 Структура и съдържание на науката „квалитология“

Поради универсалността на идеите на основните положения и методите на квалиметрията, е налице процес на разширяване на нейните първоначални граници. Нейни обекти са както продуктите, така и услугите в областта на образованието и медицината, а също и различните видове процеси.

1.4.2. Диалектика на положителните и отрицателните качества

Диалектиката на положителните и отрицателните качества дава положителен отговор на въпроса «има ли качество без потребности и без

сравняване на свойствата на продукта с потребностите на хората?”. Продуктът, който не удовлетворява потребности не следва, че е изгубил същността и свойствата, които го отличават от другите предмети т.е. няма качество. Този обект притежава качество, което не съответства на потребностите, от което следва, че той няма положително, а отрицателно качество.

Медицинска квалитология се дефинира като: „... система от обективни знания, създаваща възможност за описание, оценка и прогнозиране на явленията, свързани с качеството на структурата на системата на здравеопазване, организацията на труда и резултатите от дейността на системата” (Иванова Т., 2000) [42].

2. КОНЦЕПЦИЯ ЗА КАЧЕСТВО

2.1. Същност на понятието „качество”

Не съществуват никакви ограничения за използване на термина „качество”, поради което предаваният му смисъл е различен. Най – често, в живота и в бизнеса понятието „качество” се интерпретира като: **ценност, полезност, или превъзходство**. Трите категории разглеждат явлението с понятийния апарат на науките: философия, право, икономика и поведенческите науки от което следва, че няма една единствена гледна точка , която да обясни същността на качеството, но съществува парадигма.

2.1.1. Многоаспектност на качеството

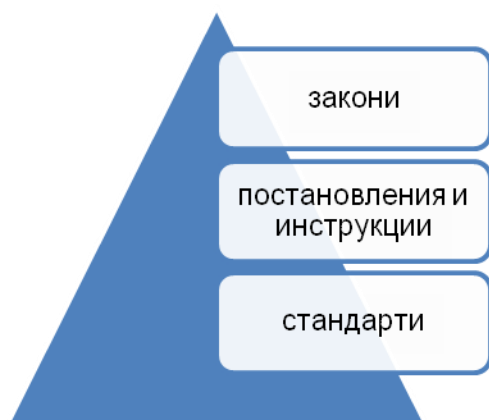
Качеството се разглежда като **многоаспектна категория**. Различават се: философска, икономическа, правова, статистическа, техническа, производствена, потребителска страни на качеството, ядрото на които е икономическият аспект, защото практическата изява на всички останали аспекти е възможна единствено на икономическа основа.

Философската интерпретация се фиксира върху различни свойства, без да означава „добро - лошо”, поради което философската категория не носи оценъчен характер. Във философски аспект, най - точна трактовка на качеството предава **Хегел** (XIX в.): *„Качеството е тъждествена с битието определеност, така че нищо не престава да бъде това, което то е когато то губи своето качество”* [6].

Предназначението на продукта да удовлетворява определени потребности на индивида и обществото определя **социалния аспект** на качеството. Свързан е със субективното отношение на потребителя към даден обект в зависимост от социалния му статус.

Техническият аспект се отнася до свойствата на продукта/услугата, определящи се от техническото „съвършенство“, което се залага при проектиране на продукта и се обезпечават при неговото производство.

Правовият аспект на качеството е нормативното отражение на качеството в стандартите и нормативите. Отнася се до съвкупността от свойства и показатели на качеството на обекта, под която той не трябва да се допуска до потребителя. Международният подход за нормиране на техническите изисквания към продуктите и услугите е единен подход. Отражава регулиращата функция на държавата чрез законодателството и двете закономерности – нарастване на задължителността на нормите от долу на горе - от стандартите към законите и детайлизирането на нормите от горе на долу - от законите към стандартите (Фиг. 3) [76].



Фигура 3 Международен подход за нормиране на техническите изисквания към качеството

По аналогия на Международният подход е изградена **Нормативната система за качество на клиничната дейност**. Системата има два основни компонента: квалификация на медицинските специалисти и норми (медицински стандарти, правила за добра клинична практика и клинични протоколи), за осъществяване на клинична дейност.

Икономическият аспект характеризира **потребителската стойност** на качеството на даден обект, която се формира не от всички негови свойства, а само от едно свойство, което обуславя полезността и удовлетворява определени човешки потребности.

2.1.2.Качеството през погледа на наставниците на качеството

Разбирането за съдържанието на качеството отразява аспектите в интерпретациите **на наставниците по качеството**.

Уилям Деминг поставя в центъра подобряването на качеството, което води до повишаване на продуктивността, от тук по – ниски разходи, съответно по – високи приходи, което дава възможност за нововъведения и завладяване на пазарни сегменти. **Филип Кросби** поставя като проблем несъответствието между изискванията за качество и очакванията на клиентите. **Джоузеф Джуран** - качеството е пригодност към използване (“Fitness for use”) [97].

Шухарт разглежда два аспекта на качеството: обективен, който се припокрива с физическите характеристики на даден предмет и субективен, свързан с оценката на потребителя. **Джералд Вайнберг** - стойността за някой човек (“Value to some person”). **Нориаки Кано** представя качеството като двумерен модел - „задължително качество” и „атрактивно качество”, които съответстват на двете измерения - състояние на употреба и очакванията на клиента, които все още не са „усетени”. **Каору Ишикава** поставя знак на равенство между значението на думата „качество” и тоталното управление на качеството. Според **Питър Дракър** – „един удовлетворен клиент е показател за качество”, а според **Арманд Файгенбаум** „качеството е решение на потребителя, а не на инженера или на маркетинголога. Основано е на *взаимодействието* на потребителя със стоката, и се измерва посредством съответствие с удовлетворението на неговите изисквания, които могат да бъдат изразени явно или неявно, могат да бъдат съзнателни или несъзнателни, обективни или субективни [35].

Според смеждународния стандарт **ISO 9001:2000**, качеството е “Степен до която съвкупността от присъщи характеристики удовлетворяват изисквания”, а според **ISO 8402** „Качеството е съвкупност от характеристиките и свойствата на даден продукт по отношение на неговата

пригодност да удовлетворява определени и предварително зададени изисквания” [98].

Маркетингова интерпретация за качеството се основава на структурата на продукта, като съвременната конкуренция се осъществява на ниво допълнен продукт (augmented product) и потенциален продукт (potential product), с трансформации, които допълненият продукт може да претърпи в бъдеще [45].

При разглеждане на **качеството на продуктите/услугите в неговата цялост от позицията на статистиката** е видно, че то се движи в широки граници и проявява статистическо разпределение, което се изразява чрез средни стойности и отклонения.

2.1.3. Анализ на схващанията за качество, структура и нива на качеството

При **анализа на определенията за качеството** се установява, че повечето становища (Файгенбаум, Кано, Джуран, Ишикава, Дракър) се обединяват около идеята за идентичност на качеството с «удовлетворение на потребностите на потребителя» и се основава на взаимодействието на потребителя с продукта/услугата. Други (Деминг) – на подобряване на процеса. Трета група становища – на потребителската стойност. По – широко разбиране за качеството представя определението на **Кросби** и стандарт **DIN ISO**, които отнасят качеството най - общо до «изискванията». Изискванията (потребности или очаквания), които качеството удовлетворява могат да бъдат разпределени в **три категории**: задължителни, които са (установени) разписани в нормативни документи – закони, стандарти и др., заявени установени изисквания на потребителя – контракт, техническо задание и обикновено предполагаеми изисквания. Изискването за качество има задължителен характер и може да се предяви от всяка заинтересована страна.

От определенията за качество, се извежда структурата за качество като многомерна трикомпонентна категория, известна като **„Триада на качеството - система, процес и резултат, по – късно обогатена с четвърти компонентг – средата»** [9]. От методологична гледна точка, компонентите се намират в йерархическа подчиненност и активно

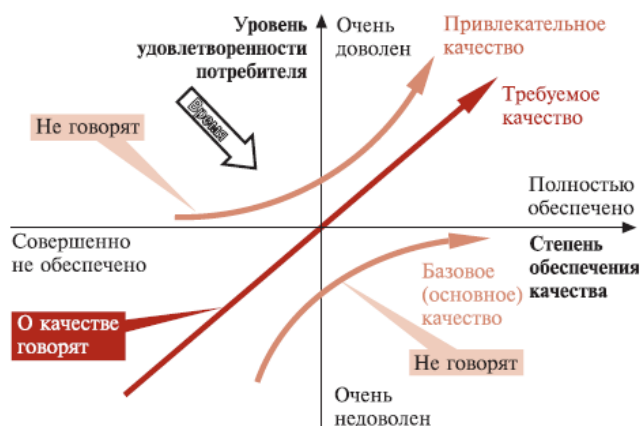
взаимодействие. Продуктът наследява свойствата на процеса, а той на системата. За качеството на системата роля играе средата.

2.1.4. Съвременна парадигма на качеството – формула на качеството

Определението на **Файгенбаум за качеството е основополагащо за съвременната парадигма** на качеството, според която „Качеството се определя от потребителят, докато задачата на производителя е да формира условията, чрез които да бъдат удовлетворени изискванията на потребителя за качество”. Тезата се подкрепя от редица изследователи. Известно е „външно” (потребителско) качество и „вътрешно” (производствено) качество. **К. Ишикава** посочва „*същинско качество*”, определено от потребителите и „*заместващо качество*” - условията, създавани от производителя, за постигане на същинското [47].

Пазарната конкуренция е наложила модификация на **Съвременната парадигма на качеството**, като се върви от формулата „Удовлетворяване на потребителя”(Customer Satisfaction) към формулата „Предизвикване на възхищение на потребителя” (Customer Delight) – от CS към CD. Модификацията на формулата на качеството от CS към CD е преход към друг метод - „**Профил на качеството за потребителите т.н. „Модел на Кано” или „Теория на привлекателното качество” (Фиг.4).**

В Теорията на привлекателното качество, Нориаки Кано определя три съставляващи профили на качеството: *Базово качество*, съответстващо на „задължителните” характеристики на продукцията. Те се подразбират, поради което не представляват ценността за потребителя. *Изисквано* (очаквано) качество, съответстващо на техническите и функционални характеристики на продукцията (ефективност на лекарствата!). Удовлетвореността на потребителя нараства, когато значението на параметрите на качеството надхвърли очакванията. *Привлекателно* (неочаквано) качество, съответстващо на „изненадващите” характеристики на продукцията, предизвикващо възхищение, скрита ценност. Изискванията на потребителя се променят с времето, профилите са изменчиви [64].



Фигура 4 Профил на качеството за потребителите – „Модел на Кано”, Източник: Кузьмин, А.М., <http://www.inventech.ru/pub/methods/metod-0022/>

Формулата на качеството го представя като отношението на възприятието на потребителя към неговите очаквания и лежи в основата на Концепцията “SERVEQUAL”.

2.1.5.Цената на качеството и анатомия на разходите

За първи път **Арманд Файгенбаум** е разработил системата «Разходи за качеството», с два параметъра: разходи за контрол на качеството и разходи, поради несъответствие с потребностите на потребителя. Тази концепция е основополагаща за развитието на въпроса за цената на качеството (The cost of quality). В квалитологията аксиоматично се приема, че: „Цената на качеството не е стойността на създаване на качествени продукт или услуга, а цената за несъздаване на качествен продукт или услуга” [175].

Цената на качеството се формира от всички разходи , направени от дадена организация, нейните продукти или услуги да отговарят на установените стандарти за качество. Общите разходи за осигуряване на качеството на даден продукт се формират от три вида разходи: превантивни разходи (съставляват от 5 до 10% от общите разходи), разходи за преценка (съставляват от 20 до 25% от общите разходи) и разходи за брак (съставляват от 65 до 75% от общите разходи), [175]. Подобна класификация представя и *Концепция PQC (poor- quality cost)*.

В зависимост от това на какъв етап от производството възникват, тези три вида разходи имат различен относителен дял в общите разходи за

постигане на качество. Разходите са най – ниски в началото на производствения процес, а с напредване на производството на продукта/услугата, нарастват, поради по – големите инвестиции на труд и ресурси – „Принцип на фунията” [29].

Принципът на фунията изразява линейната зависимост „качество – цена” – с нарастването на изискванията на потребителите към качеството на продукта/услугата, нараства тяхната цена и себестойност (фиг. 5) [92].



Фигура 5 Зависимост между себестойността и цената на продукта от нивото на неговите качествени характеристики, източник: Ребрин, Ю.И.

Линейната зависимост между качество и цена намира практически израз в трите фактора, решаващи за успех на организацията в конкурентна среда - качеството на продукта/услугата, приемлива цена и срок на доставка, които си взаимодействат чрез натиск, протоводействат си и не е възможно подобряването на единия да не е за сметка на другия, известно като „триъгълник на натиска” [43].

Отношението „качество и цена” **не е правопрпорционална**, когато високото качество намалява разходите за постигане на това качество. Изместването на центъра на контрола по качеството в началото на производствения процес, се изразява с увеличение на превантивните разходи и намаляване на разходите за преценка, разходите за брак и в намаляване на общите разходи за качество.

2.2. Качество на медицинската дейност

Оценката на качеството трябва да се основава на концептуална дефиниция, за това какво означава качеството на медицинската грижа и какво

да се оценява. Според Донабедиан, „качеството може да бъде всичко, което желаем да бъде, въпреки че това обикновено се отразява върху настоящите ценности и цели на здравната система и на обществото, на което е част” [126]

2.2.1. Определения за качество на медицинската дейност/услуга

В речника на Европейската обсерватория на здравни системи и политики **European Observatory on Health Systems and Policies**, под качество на медицинската грижа се разбира „Степента до която здравните услуги за индивидите и популациите нарастват подобно на желан здравен резултат и се съдържат в настоящите професионални познания” [129].

Lee и Jones дефинират качеството като “Някои установени атрибути или свойства на процеса на грижата и други като целите или предметът на този процес”(по Donabedian, Av.,) [125].

В здравеопазването качеството се определя като „степеня, до която дейностите непрестанно създават търсените и желани услуги, без прекъсване (работно време, аварии, липса на персонал) и без влошаване на изпълнението (време за изчекване, грешка при изследванията, нарушения в процеса на доставка на лекарства)”. Различават два вида качество: техническо качество и нетехническо качество. Техническо качество се създава от здравните специалисти, които чрез придобитите научни знания и ресурсите, определят процедурите по медицинската дейност. То включва диагностиката, изследванията, лечението и реанимацията. Нетехническото качество включва социалните аспекти като внимание и съчувствие към пациента, както и влиянието на някои ергономични аспекти (/положение на тялото при процедури, време на инжекциите) [13].

Американската медицинска Асоциация (АМА) определя качеството на медицинската помощ като „съвкупност от условия за нейното извършване и признаците свойствата (характеристиките, параметрите), които притежава като специфичен вид услуга или дейност” [39].

Националният рамков договор 2001 в частта „Болнична помощ”, определя качеството на болничната помощ като „комплекс от изисквания и критерии, характеризиращи предоставените здравни услуги във вид и начин, насочени към достигане на най – високо ниво на здравето на индивида, семейството и общността, които са съобразени с достиженията на

медицинската наука и практика и осигуряват най - добри резултати в съответствие с наличните ресурси” [73].

Характеристиката на качеството на здравната услуга обединява аспектите на качеството, чрез понятията: адекватност, ефикасност, ефективност, продуктивност и безопасност. *Адекватността* се отнася до степента на съответствие на здравната дейност и използваните ресурси, спрямо здравните потребности. *Ефективността* е фактическият резултат от прилагане на медицинска технология в реални условия или степента на достигане на поставената цел. Ефикасността е ефективността в експериментални условия. *Продуктивността* е съотношение между фактическият резултат и стойността. *Безопасността* – степента на допустимия риск (Борисов1995) [15].

Натрупаният научен опит предполага качеството на здравната услуга да се разглежда цялостно, като качество на процеса, качество на резултата, а като обществено благо като качество на системата.

2.2.2. Показатели за качество на продукта/услугата

Потребителската ценност за продукта е индивидуална. Потребителят избира тази стока, която за него представлява най – голяма ценност, изхождайки от своята представа за качеството на стоката за цената и възможните разходи при експлоатация. Според законите на математическата статистика, „*средно – претеглената пазарна ценност*” на продуктите/услугите винаги се приближава до реалната и „**потребителска стойност**”.

Показателят за качеството на продукта/услугата е количественият израз (характеристика) на едно или няколко свойства, които съставляват качеството на този продукт/услуга. Показателите за качество изграждат основата на потребителските ценности и формират цената и себестойността, в зависимост от качеството. Въз основа на базовите ценности (показатели за качеството) се формират всички допълнителни ценности, които влизат в състава на потребителските ценности.

Стопанските организации използват три основни показатели за измерване на качеството на продукта/услугата: единичен, комплексен и интегрален. *Единичният показател на качеството* характеризира едно свойство. Тъй като квалиметрията определя качеството, не като абсолютно,

а като относително, то значението на единичния показател на качеството на продукцията, отнесено към базовото значение, се означава като *относителен показател на качеството*. *Комплексният показател на качеството*, характеризира няколко свойства. *Интегралният показател* определя отношението между сумарния полезен ефект и сумарните разходи за създаване на продукцията и сумарните разходи.

Ишикава определя два вида индикатора на качеството: същински показатели на качеството и заместители на показателите на качеството. **Същинските показатели** за качеството са изискванията на потребителите и съответстват на «същинското качество». **Заместителите на показателите** на качеството са тези характеристики на даден продукт, които създават условията за постигане на същинското качество. Функциите на даден продукт са част от същинските показатели. Заместителите на същинските показатели намират израз в стандартите [47].

Показателите в медицинската помощ могат да бъдат представени аналогично на интегралните показатели.

$$K_{mp} = \sum x(X_1 + \dots X_n) + \sum y(Y_1 + \dots Y_n) + \dots \sum z(Z_1 + \dots Z_n)$$

Нивото на качеството на медицинската дейност се определя от наличието или отсъствието на характеристиките/параметрите на условията и на процеса за извършване на медицинската помощ (**Г. Иванов**) [39].

Най – разпространената класификация на критериите на медицинската помощ, ги разделя на четири групи. Според начина на измерване – количествени и качествени; според начина на откриване – експлицитни и имплицитни. Според връзката им с определена част от медицинската помощ – структурни, процесуални и резултативни. Според възможностите за измерване на полезността на медицинската помощ – същински (измерват пряко полезността) и заместителни (измерват условията които детерминират истинското качество).

2.2.3.Класически индикатори и ръководни рамки По препоръка на VHA³ “Voluntary Hospitals of America”, подборът на индикаторите за оценка на

³ VHA (Voluntary Hospitals of America) е национална мрежа на водещи обществени здравни организации и лекари.

качеството трябва да се основава на два критерия – наличие на допирни точки на индикаторите с пациентите и на възможността им да измерват всички аспекти за измерване. В здравеопазването се прилагат два основни типа индикатори за оценка на качеството – **класически индикатори и ръководни рамки**.

Класическите индикатори са два вида: индикатори от технически тип (твърди индикатори) и индикатори от нетехнически тип (меки индикатори).

Чрез индикаторите от технически тип, се оценява извършването или неизвършването на дадена дейност (технология, процедури, хирургически интервенции, инжекции, транспорт) от страна на изпълнителя на медицински услуги. Чрез индикаторите от нетехнически тип се оценява „степената на способност“ на изпълнителите на медицинска помощ да предоставят медицински услуги, като последните трябва да достигат по задоволителен начин до потребителя. Меките индикатори определят очакванията на потребителите (точност, любезност, отговор при болка).

Към **ръководните рамки** се отнасят: Триада критерии, Паяжина на качеството и Компас на клиничната стойност.

Посредством **ръководната рамка «Триада критерии»** качеството в болницата се оценява чрез три критерия: резултат от медицинската дейност, вложените ресурси и удовлетвореността на пациента. Прилага се при еднородни пациенти и програми, които са изоресурсни.

При използване на **ръководната рамка «Триада критерии»** за оценка на качеството се има предвид, че цената на качеството се формира от всички разходи, направени от дадена организация, нейните продукти или услуги да отговарят на установените стандарти за качество. Общите разходи за осигуряване на качеството на даден продукт/услуга се формират от три вида разходи: превантивни разходи, разходи за преценка и разходи за брак.

Като интегрален подход за оценка на качеството, също в смисъла на TQM може да бъде използвана друга триада критерии – ресурси, процес, резултати (В. Борисов, 1990) [17].

Ръководната рамка „Паяжина на качеството“ е техника, която интегрира твърди и меки атрибути, които се конструират като осите на паяжина. Измерва нивата на усещанията и очакванията на пациентите, за да

се определят пробивите в качеството и възможностите за подобряване. Подходяща е за болничната и извънболничната помощ.

Ръководната рамка „Компас на клиничната стойност” е техника, която обединява средствата на медицинската дейност и организационното управление. Оценява до каква степен настъпилата положителната промяна се дължи на приложените клинични и параклинични процеси [13].

Техниката „Компас на клиничната стойност” оценява на техническото качество. Дава възможност за разчленяване на процесите и тяхното изучаване. Близко е до концепцията на Грьонроос, но е приложима и при методиката SERVQUAL и модела Gap.

В смисъла на принципите на концепцията TQM, внимание заслужават **критериите за измерване на качеството в зависимост от типа мениджмънт [6], чиито произход се коренят в ценностните системи на японското и американското общество.** Япония е общество, което е ориентирано към процеса и в чието мислене се въплащава Концепцията Кайдзен⁴ При ориентация върху процеса висшият мениджмънт пропускайки иновациите и новите идеи, се оказва без дългосрочна стратегия. САЩ е общество, ориентирано към резултата. Мениджмънтът ориентиран към резултат е способен да поставя цели и да мисли стратегически, но игнорира мотивацията и прегрупирането на ресурсите. На двата типа мениджмънт отговарят два вида критерии за оценка на качеството: П - критерии (критерии на процеса) и Р - критерии (критерии на резултата).

П - критериите включват поддръжка, поощрение и действия по усъвършенстване. Оценяват усилията на хората и изискват промяна в поведението. В кръговете по качество⁵ П - критериите включват: брой решени проблеми и действия, водещи до усъвършенстване на стандартите. Р - критериите се отнасят до парите, въплатени в резултатите от работата. П - критериите осигуряват дългосрочна перспектива, докато Р – критериите имат пряк и краткосрочен характер. *Взето заедно, П - критериите и Р - критериите измерват отделни моменти от концепцията TQM. Докато П - критериите отразяват тоталността, то Р - критериите отразяват резултата. Това ги прави еднакво важни и неделими [47].*

⁴ Кайдзен е японска управленска концепция за постепенна и продължителна промяна

⁵ Кръговете по качеството са инструмент на организационната промяна на оперативно ниво

3. ОСНОВИ НА КАЧЕСТВОТО

3.1. Концепцията за тотално качество

За първи път терминът „тотално качество” е бил използван в документ на Арманд Файгенбаум на Първата Международна Конференция, посветена на контрола на качеството в Токио през 1969г., поради което той е признат за автор на концепцията за тотално качество. За развитието ѝ огромен принос има Каору Ишикава.

Файгенбаум и Ишикава предлагат противоположни подходи. При **Файгенбаум** той е функционален, с акцент върху отделното звено със специална функция, осъществяващо тотален контрол (отдели за тотален контрол на качеството), докато **Ишикава** застава зад цялостния контрол на качеството “total quality control” - контрол, който обхваща цялата организация - “company – wide quality control”, т.е. включване на всички наети от мениджмънта до работниците в контрола на качеството [114], както и, че „контролът на тоталното качество започва и завършва с обучение” [195]. **Деминг** (1988г.) застава до тезата на Ишикава.

От гледна точка на **концепцията за тотално качество и в управленски аспект качеството на медицинската дейност** е проблем на **системата**: качество на входа (всички видове ресурси), качество на процеса (трансформацията на ресурсите в резултат), качество на изхода (резултата). Качеството засяга всички елементи на управленския цикъл: качество на формулираните цели, качество на вземането на управленско решение, качество на организацията по изпълнението, качество на резултата, качество на оценката (**Борисов, В., 1995**), [17].

Като причина за възникване на Концепцията за Тотално качество се посочва сблъсъкът между двете цели на мениджмънта – «техническата» и «хуманната», известен като “ruptura”, изразяващ се в преход от тактически подход в стратегически. Докато при **техническата цел** (20-те години на XX век) усилията на мениджмънта са насочени към контрола на качеството относно приложената техника за изработване на продукта, **хуманната цел** (70-те години на XX век) поставя в центъра човека с неговите потребности и ценности и участие в производствения процес. Причината за това «скъсване» във възгледите в управлението е възникването на кръжоците по качеството. Последните разрешават три проблема на производството:

сnižаване на разходите (по – малко добавена стойност на непродания продукт), удовлетворяване на потребителя и удовлетворение на персонала, чрез участие на във функциите на организацията [13].

3.1.1. Кръгове по качеството – крайгълен камък на Концепцията за Тотално качество

Каору Ишикава (1962) определя **кръжокът** като малка група, която извършва дейности по управление на качеството на базата на доброволно участие, в рамките на един и същи работен участък. Групата провежда непрекъснато, като част от контрола на качеството (QC) в организацията мероприятия за самоусъвършенстване и взаимно усъвършенстване, управление и подобрене на работния участък, чрез прилагане на методите за управление на качеството. Различните дефиниции разглеждат кръговете по качеството като организационна форма, като конкретен екип и като *инструмент на организационната промяна*, чрез който промяната се осъществява на оперативен ниво. Налице е причинно-следствена връзка: „редуцирането на грешките и подобряването на екипната работа в болниците подобрява качеството на здравното обслужване на пациентите, а то от своя страна намалява грешките и подобрява работата в екип” (Борисов. В., 1995, Борисов, В., 1998) [15, 16].

Обобщено, терминът «кръжок по качеството» се отнася, както до структурата, така и до процеса. Кръжоците по качество позволяват да бъде въввлечен в управлението целият персонал, от висшето ръководство до всички работници. **Постигането на тоталност** се дължи на социално – психологическия аспект на концепцията, който се основава на „**Ефекта на социалната фасилитация**” - повишаване на индивидуалната активност и работоспособност на хората при обединяването им в групи, с обща задача. Коректив на ефекта на социалната фасилитация е „**Ефектът на Рингелман**”, който изразява математическата зависимост от намаляване на средния дял на всеки участник, в резултат на груповата работа, като предполага оптималност на групите от 8 – 12 човека [181].

С внедряването на метода «Кръжоци по качеството» в дадена организация, се изгражда **единна методическа база**, изразяваща се в **цялостно обхващане на членовете на кръжоците по качество**, в обучение по методите на статистическия контрол на качеството, анализ на проблемите

и изработване на оптимални решения. В резултат всеки член на организацията е в състояние да анализира производствените проблеми, да оценява влиянието им върху качеството и ефективността на работата и да дава предложения. В средата на 80-те години всеки японски работник/служител ежегодно е внасял по 5 - 6 предложения за усъвършенстване на производствения процес, от които 60 - 80% са се реализирали на практика [182].

Резултатите от дейността на кръжоците по контрол на качеството имат двоен характер - косвен и икономически. Косвеният ефект се изразява в създаване на морално – психологичен климат, способстващ за мотивация на персонала, а икономическият отчита ежегодните спестявания на японските предприятия, които са от порядъка на 20 - 25 милиона долара.

В края на 80-те години по света, кръжоците по качеството наброяват близо 2 милиона. Повече от 50 страни прилагат тази форма за участие на персонала за подобряването на качеството на продукцията, като 80 - 90% от кръжоците по качество действат в материалната сфера, но навлизат и в други отрасли.

Кръжоците по качество са един от петте елемента, изграждащи базата на Концепцията «Кайдзен».

3.1.2. Същност и измеримост на Тоталното качество

Представата на организацията като мрежа от вътрешни връзки «клиент – доставчик», между които се обменя информация, полуготови продукти и процедури, както за производството, така и за услугите (където еквивалент на продукта е контактът на персонала с клиента), и крайният резултат е удовлетворяване на потребителите, **определя трите елемента на Тоталното качество:** отговорност на всички функции, елиминиране на добавената стойност, която не се продава и участие на всички йерархични нива. Организациите, които изпълняват тези елементи изграждат нова **организационна култура**, свързана с определена **ценностна система и метод**, който да я поддържа и се означават като «тридостигащи».

Моделът на **ценностната система на тоталното качество** включва четири ценности: две, ориентирани към потребителя - «съответствие на спецификациите» и «отдалечаване от спецификациите» и две ориентирани към изпълнителя – «поведение за тотално качество» и «постоянна

превенция». Съответствието със спецификациите (изискванията) е мислене и действия като функция на потребителя. Означават спазване на договор между доставчик и клиент. Приложимо е в сферата на услугите (клиничен опит). Удовлетвореността на потребителите е динамична и изисква непрекъсната актуализация на спецификациите. Тоталното поведение изисква да не се отстъпва на несъответствията чрез постоянна превенция. **Измеримостта на тоталното качество е измерване на удовлетвореността на потребителите, непродаваемата добавена стойност и мотивацията на персонала [13].**

3.2. Принципи и методи на интегрираната система за качеството

3.2.1. Три основни принципа на интегрираната система за качеството

Истински интегрираната система на качеството (Quality Management Systems - QMSs) се основава на **три основни принципа**: фокус върху потребителя, подобряване на процеса и тотално въвлечение (фиг. 5). **Фокусът върху потребителя** обхваща вътрешните и външните нужди на потребителя. **Подобряването на процесите** е важно за всяка организация, за да поддържа растеж. **Тоталното въвлечение** е средството, с което се осъществяват първите два принципа.

Тъй като не съществува нито един правилен начин за интегриране на принципите на качеството в работна среда, са приложими два противоположни подхода: статистически анализ на дейностите и начертаване на заключения от данните чрез цикълът PDCA (Деминг), или корпоративна визия и използване трилогията на Джуран „планиране, контрол и подобряване на качеството (Джуран).

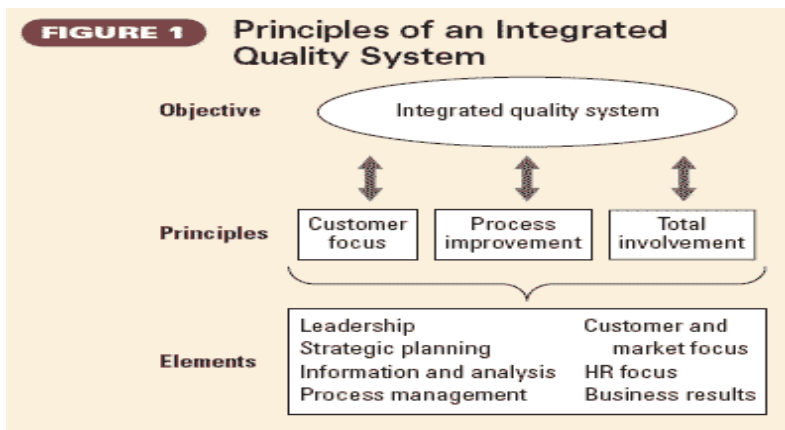


Figure 5 - Principles of an Integrated Quality System, по Grace L. Duffy

Интегрираната система на качеството QMSs е мрежа от взаимно свързани изисквания и съществува като два най – често използвани модела - *Националната програма за критерии на качеството Болдريدж* и *Стандартите от системата за управление на качеството на фамилията ISO 9000 2000*. Моделите представят структурата на QMSs и дефинират качеството по начина, по който то се практикува днес.

3.2.2. Концепцията „TQM”

Идеята на TQM е в непрекъснато усъвършенстване и постигане на качество на продукта/услугата, на работата на персонала и на организацията. с което **същността на TQM покрива трите основни принципа на интегрираната система на качеството (QMSs).**

Процесът на постоянно усъвършенстване се постига посредством два последователно – свързани в причинно - следствена връзка механизма: „Осигуряване на качеството” **Quality assurance (QA)** и „Подобряване на качеството” **Quality improvements (QI)** [127].

QA поддържа необходимото ниво на качеството и дава гаранция на потребителите за нивото, за да получат увереност в дадения продукт. При QI - нивото на качеството се повишава, което води до повишаване на равнището на гаранцията и доверието. Осигуряването се свързва с доверие, увереност в условията и дейностите, които ги създават. Американската асоциация по качеството дефинира QA като «планирани, системни дейности, прилагани в системите за качество така, че изискванията за качество да бъдат изпълнени» [184].

К. Ишикава дефинира процеса на **осигуряване на качеството (QA)** като такова качество на продукта/услугата, че те да бъдат «купувани» от потребителите с увереност и да бъдат използвани дълго време с увереност и задоволство, и посочва **пет градусни елемента** на QA: увереност, удовлетворяване на потребителя, очакване за дълготрайност на продукта, политика на висшето ръководство и участие на всички. «Уверенността» се постига чрез доверие в продукта/услугата и в организацията, която ги произвежда. «Удовлетворяване на потребителя», се изразява в наличие на същинските показатели за качество, което Ишикава сравнява с договор «производител – потребител» [48].

На практика QA се осъществява чрез **два основни принципа**. Отговорността за осигуряване на качеството е на производителя. При производство на продукт/услуга със съвместни усилия, отговорността е съвместна – на производителя и доставчика.

Според Теорията на обезпечение на гаранцията на качеството на медицинската помощ, **осигуряването на качеството в медицинската помощ** съдържа два елемента – разходи и форма на организацията на лечебния процес. (A. Donabedian) [91].

3.3. Подходи за оценка на качеството в контекста на QMSs

В контекста на концепцията TQM, **качеството се оценява по трите променливи – продукт, организация и персонал, чрез съответните им показатели** – удовлетвореност на потребителите, подобряване на финансовите показатели и задоволство на персонала от работата.

3.3.1. Фокус върху потребителя

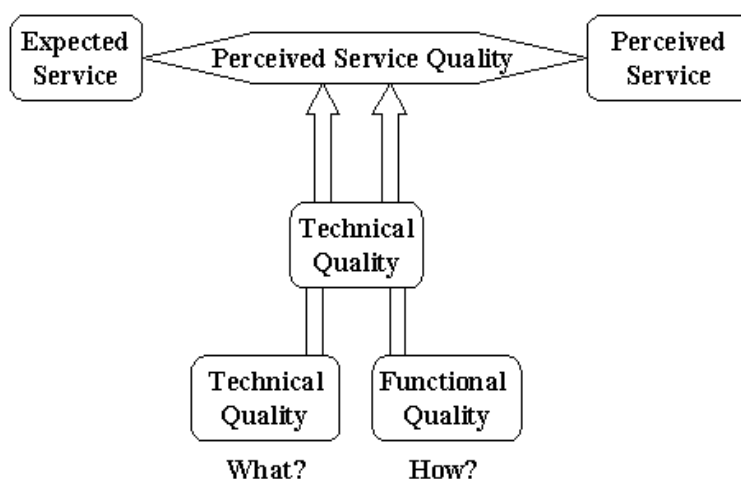
Като бизнес термин понятието „Удовлетворяване на потребностите“, има четири значения: (1) като *мярка* за това как продуктите или услугите доставени от производителите посрещат или надвишават очакванията на потребителите; (2) като *ключов индикатор на функционирането* в рамките на бизнеса; (3) като *част от от 4-те гледни точки на „Балансът Скоркард“* и (4) като *ключов елемент на бизнесстратегия*, в смисъла на основен индикатор в конкурирането между субектите на пазара.

Процесът на формиране на удовлетвореност при потребителя е подчинен на зависимостта „възприятие за качество – удовлетвореност“.

Според **Ли (Lee)** удовлетворението от дадена услуга е резултат от възприятието за качество. **Парасураман (Parasuraman)** счита, че възприятието на качеството се натрупва в резултат на многократни контакти между потребителя и доставчика на услугата, като обобщена удовлетвореност. **Леванеску и Макдаугал (McDaugall, Levesque)** достигат до извода, че качеството на услугата и удовлетвореността от услугата са две различни концепции, между които съществува причинно следствена връзка, като качеството на услугата формира чувството за удовлетвореност.

Съдържанието на зависимостта „възприятие за качествона услугата – удовлетвореност от услугата” се обяснява чрез **Концепцията на Грьонроос (Grönroos)** за същността на услугата съгласно, която същата е съставена от две качества: техническо качество (ключовата изгода за потребителя или какво получават потребителите или техническият резултат от процеса) и функционално качество (качеството на процеса или как потребителите получават техническия резултат, наречено от Грьонроос „израз на представянето на услугата”).

Като допуска, че услугата се доставя на задоволително техническо ниво, както и че измерването на функционалното качество се възприема субективно, Грьонроос внушава идеята, че в контекста на услугата функционалното качество се възприема като по - важно от техническото (Фиг. 7) [151].



Фигура 7 Концепция на Грьонроос за същността на услугата, Източник: Grönroos (1984b, p. 40)

Оценката на двете съставни се влияе от възможността за квалифицирана оценка на «ключовата» изгода от продукта и степента на контакта между потребителя и оказващия услугата. Слабата възможност за оценка и високата контактност акцентуират върху качеството на процеса. *По аналогия, където здравната услуга е високоспециализирана, информацията на пациента е ниска, тежестта на оценката би трябвало да се измести в по – голяма степен към функционалното качество. Качеството на услугата трябва да включва начина по която тя е доставена.*

Леванеску и Макдаугал определят и трети фактор – фактор на възприеманата ценност на услугата (доколко разходите съответстват на получения резултат, а **Форние и Мик** (Fournier, Mick), определят социален фактор. Като следствие на **структурата на същността на услугата, удовлетвореността на потребителя** се представя от три части - качество на ключовите изгоди, качество на процеса на оказаната услуга и възприятие за ценността на услугата, които се формират под влияние на лични, социални и ситуационни фактори. Оценяват се тези три съставни части [66].

Berry and Brodeur (1990г. – 1998г.) - определят „Десет ценности на качеството” (Ten Quality Value), които повлияват поведението на удовлетворяване на потребителите. **Berry (2002г.)** разширява идеята, позната като „Десет области на удовлетворяването” (Ten domains of satisfaction). **Zeithaml et al. (1990)** описва десет ключови категории, наречени детерминанти на качеството на услугата “Service Quality Determinants”. **Parasuraman, Zeithaml и Berry** предлагат пет измерения в Модела на „идеалната” услуга **SERVQUAL** - физическо състояние, надеждност, отзивчивост, увереност, емпатия. **Физическото състояние (tangibles)** включва всичко материално и осезаемо за потребителя на продукта/услугата. **Надеждността (reliability)** е способността на организацията да осъществява това, което е било обещано на потребителя точно и в срок. **Отзивчивостта (responsiveness)** е реакцията на организацията спрямо желанията на потребителя. **Увереността (assurance)** се възприема от потребителя като компетентност от страна на този, който извършва услугата. **Емпатия (empathy)** - стремежът да бъдат

разбрани потребностите на всеки един конкретен потребител и готовността да бъде предоставена индивидуална услуга [36].

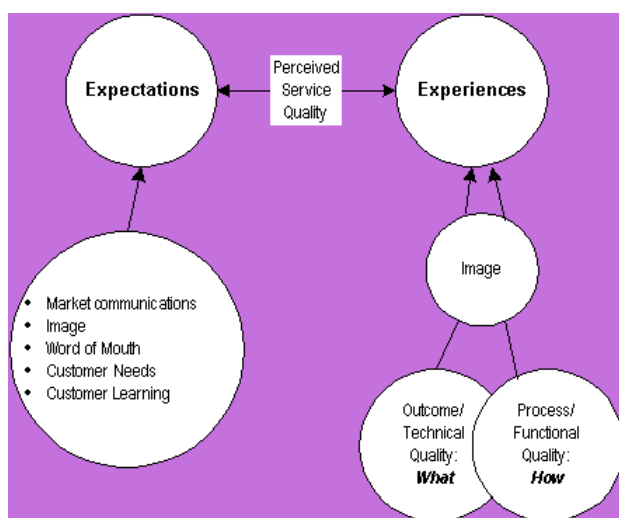
Концепцията за зависимостта „възприятие за качество – удовлетвореност“, е основополагаща в модела на качеството “**Модел Gap**” (Parasuraman, Zeithaml and Berry, 1985г. – 1988г.), който представя структурата на качеството на услугата (фиг.8).



Фигура 8 Модел Gap, Източник: Предводителева, М.,Д., Балаева, О., Х., [89]

Централният елемент в модела са очакванията на потребителя за относителното качество на услугата (**expected service**) и възприятието на потребителя за качеството на предоставената услуга (**perceived service**). Очакваната услуга е субективната представа на потребителя за нивото на качеството на услугата, което би трябвало да му бъде предоставено. Структурата на **expected service** включва: желана услуга “desired service” - нивото на обслужване, което потребителят се надява да получи, “adequate service” - минимално необходимото ниво на очакваната услуга, обезпечаващо удовлетворяване на потребителя и зона на толеранса „zone of tolerance”- степента, до която потребителите са готови да приемат вариациите в качеството на предоставената услуга. Тясната зона е признак за голям опит на потребителя от услугата и е с голяма вероятност на неудовлетвореност или възхита от резултата. Обратно, широката зона, е признак за малък опит на потребителя от услугата, съответно с вероятност на удовлетвореност [136].

Върху двата елемента в модела на качеството на услугата въздействат множество фактори: от страна потребителя – предишният опит, персоналните потребности, комуникацията между потребителите и самото възприятие на потребителя за услугата, а от страна организацията предоставяща услугата – самата предоставена услуга (фиг. 9). Моделът представя основите за измерване на потребителското удовлетворяване, чрез използване на разликата между очакванията на потребителите и опита от възприятията на потребителите т.н. „satisfaction gap”.



Фигура 9 Gronroos' Perceived Service Quality Model, Източник: <http://www.degromoboy.com/cs/gronroos.htm>, [137]

Оценката на удовлетвореността на потребителя от услугата се ограничава до оценката на качеството на услугата, поради по – големия натрупан опит в научните изследвания. Това определя посоката на всички методики.

Методиката на Ламбен, която се счита за успешен метод, предлага процедура за оценка на нивото на удовлетвореност, състояща се от три етапа: оценка на общата удовлетвореност от продукта/услугата, оценка на удовлетвореността по отделните характеристики на продукта/услугата и тяхната важност, и оценка на готовността за повторна „покупка”.

Методиката “SERVQUAL” от Parasuraman, Zeithaml и Berry (1985г.) е най – известният инструмент за измерване на функционалното качество на услугата, приложим за болничната среда и другите услуги в индустрията.

SERVQUAL е проектирана да измери само функционалното качество. Но функционалното качество не може да бъде поддържано без точни диагнози и процедури, поради което техническото качество е във фокуса на настоящите проучвания в редица организации.

3.3.2. Подобряване на качеството на процесите и измерване на представянето на процесите

Процесите са фундаментални блокове на всяка организация. За достигане на тотално качество от организацията, е необходимо да бъдат разбрани и осъзнати двата аспекта – същността на процеса и същността на подобриенето на процеса.

Същността на процеса е да трансформира входящите ресурси в изходни данни, като *добавя стойност*. Тъй като всеки процес е част от по – голям, то малките се разглеждат като мрежи от взаимодействащи си процеси. Резултатите на малките процеси са насочени към вътрешните потребители, а резултатът от цялостния процес на организацията – към външните потребители. От това следва, че *постигането на тотално качество* е равнозначно на *устойчивост* на посрещнатите и надминати нуждите и очакванията на всеки вътрешен и външен потребител.

Под подобряване на процеса трябва да се разбира достигане на ново безпрецедентно добро равнище на изпълнение, което води до повишаване на качеството (Корийков, 1998).

Философията, която е свързана с непрекъснатото подобряване се основава на цикъла PDCA. Идеята е, че всяко действие, чиито резултат е продукт или услуга може да се разглежда като процес, а процесът може да се усъвършенства стъпка по стъпка. Усъвършенстването на процеса е свързано с използване на статистически сигнали, чрез които се извършва оценка на големините на случайните и систематични отклонения на процесите и откриване и коригиране или елиминиране на пораздащите ги причини. При всяко следващо повтаряне на процедурата се постига по – добро разбиране за настройката (еталонната стойност) на процеса и по – малка дисперсия на процеса. Истинският процес на подобряване на качеството започва от момента, при който се достига ново по – ниско равнище на дефектност или значително по – малка дисперсия на процеса [56].

Масаки Имаи предлага два взаимодопълващи се цикъла – за усъвършенстване - PDCA (Plan, Do, Check, Act) и за стандартизация – SDCA (Study, Do, Check, Act). Не е невъзможно да се започне работа по цикъла PDCA ако процесът не е стабилизирал в резултат на прилагане на цикъла SDCA.

Идеята на М. Имаи е свързващо звено между Концепцията „Цикъл на Шухарт – Деминг” и Концепцията „Кайдзен”. Кайдзен – мениджмънтът включва две последователни функции: стабилизиране на текущите процеси - SDCA и усъвършенстване на текущите процеси - PDCA. С функцията „Стабилизиране” се означават дейностите по осигуряване и поддържане на техническите, операционните и организационните стандарти и съответства на цикъла SDCA. С функцията „Усъвършенстване” се подобряват стандартите и съответства на цикъла PDCA. Първо се внедрява цикълът PDCA като механизъм, който осигурява непрекъснатост за поддържане и усъвършенстване на стандартите. Извършените подобрения се стандартизират чрез цикъла SDCA, процесът се стабилизира или се търсят нови цели за подобрения. Така цикълът PDCA се възобновява [187].

3.3.3. Тотално въвличане

По своята същност, тоталното въвличане представлява организационна култура на висше равнище, в центъра на която стои **човешкият фактор**.

Обединяването на идеите на Мейо за „Груповия човек”, идеите за „Човешки отношения”, идеите на Файгенбаум за тотално управление на качеството (TQC) и статистическите методи за контрол на качеството, през 60 - те години на XX век, формира Японския подход за управление, който се основава на системите за управление на качеството (СУК). Носещата платформа на Японския подход в управлението са групите форми за творческо участие (кръгове по качество).

Връзката между управлението на системите и преобразуването на човешкия фактор в смисъла на тоталното му въвличане е представена от Е. Деминг в “The New Economics” - „стилът на управление трябва да бъде подложен на трансформация” и „първата стъпка е трансформацията на отделния човек» (Deming W., “The New Economics”, ch. 4), [123].

Тъй като системата не може да разбере себе си, трансформацията изисква поглед отвън, който Деминг нарича „Система за задълбочено познание” (Deming’s System of Profound Knowledge), която се *проявява чрез четири свързани и взаимодействащи си една с друга части: оценка за системата, познания за вариациите, теория на познанието и психология* [123].

Вероятна връзка с между ролята на **човешкият фактор** в тоталното въвлечение съществува в адаптирания от 70-те и 90-те години на ХХ век модел на Ейбрахам Маслоу за йерархията на потребностите. Идеите на Маслоу надхвърлят известните пет нива на потребности, като включват още три аспекта на мотивацията - себеактуализация (реализиране на личностния потенциал), естетични нужди и нужди на превъзходство (помагане на другите), които са логически свързани.

4. МЕТОДИ ЗА ОЦЕНКА НА КАЧЕСТВОТО

4.1. Същност на оценката на качеството на медицинската помощ и подходи за оценка

Оценката на качеството в здравеопазването е насочена към здравето като обществено благо, посредством „установяване на степента на достигане на целите на здравеопазната система”, от което следва, че „ядро на оценката е установяването на ефективността на здравното обслужване в нейната триединна същност: медицинска, социална и икономическа същност” [17].

Оценката включва трите аспекта на здравеопазната дейност: (1) технически, свързан с нивото на медицинските технологии и медицинските познания, (2) организационен и икономически, свързан с организационната структура на здравеопазването разходите за единица продукти и (3) социално – психологически, свързан с отношенията между медицинските специаист и лекар – пациент (Борисов. В., 1995) [17].

Донабедиан посочва **три подхода на оценка на медицинската грижа**, идентични със съвременните управленски подходи. Подход за оценка на резултатите от медицинската грижа, оценка на самия процес на грижата и „изучаването не на самия процес, а условията/средата, в които се намира той и инструментариумът, на който е продуктът” [125].

В здравеопазването са описани следните методи за оценка на качеството на здравната услуга: оценка чрез стандарти (медицински стандарти, клинични протоколи, клинични пътеки, други нормативни документи), анализ на отчетните данни (отчетни документи по договорена дейност; медицински одит (анализ на информацията отразена в медицинското досие,. (извършва се от НЗОК и ИАМО при МЗ), метод на анкетирането (проучва удовлетворението на пациентите от медицинската дейност) и интуитивни методи (метод Делфи, метод Мозъчна атака) [27].

4.2. Статистически методи - същност на седемте прости метода за оценка на качеството

В Япония статистическите методи се прилагат преди Втората световна война, но истинско развитие получават през 1948г. и се свързват с имената на **Уолтър Шухарт и Каору Ишикава**. Концепцията на Шухарт, касаеща управлението на вариациите, относно разграничаването на двете причини за вариациите – общата, присъща на процеса и специалната/случайна, външна за процеса, както и зависимостта между размера на извадката и редукцията на случайната величина, е фундаментална за всички статистически методи [15, 16, 17]. К. Ишикава приема, че „Разсейване има във всяка дейност” и „Данни, при които няма разсейване, не са неверни”. Даните, при които има разсейване са основа за предварителна статистическа оценка, съответно вземане на управленско решение. Ишикава групира статистическите методи според степента на сложност в три категории: елементарни, междинни и авангардни методи.

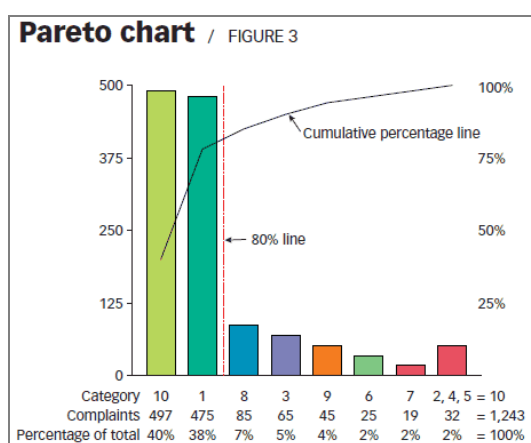
Статистическите методи се използват за инструмент за анализ на качеството и анализ на процесите. **При анализ на качеството** чрез статистически методи се определя съотношението между същинските показатели на качеството и заместителите на качеството. **При анализ на процесите**, се определя отношението между причинните фактори в процеса и резултатите от тях (качество, разходи, производителност на труда) [26]. Налице е тенденция за използване на статистическите методи, както в бизнеса така и в здравеопазването [51].

През 1979г. Съюзът на Японските учени и инженери (JUSE) приема седем прости за използване нагледни методи за анализ на процесите:

Диаграма на Ишикава, Анализ на Парето, Контролни листи, Хистограми, Диаграма на разсейване, Стратификация, Контролни карти. Съчетаното използване на инструментите ги прави по – мощни. Трите метода: Контролни листи, Диаграма на Парето и Диаграма на Ишикава се използват съвместно за оценка и анализ. Решават 80% от проблемите.

Контролните листи са инструмент за събиране на данни и автоматично подреждане, с цел използване на събраната информация за другите методи (Диаграма на Парето и Диаграма на Ишикава). Те са бланки, които съдържат контролируемите параметри. Използват се за оценка (контрол) на качествени и количествени признаци. Графиката на температурата на болния се разглежда като контролен лист [38, 197].

Принципът 80/20 (Анализ на Парето) гласи, че съществува вграден дисбаланс между причини и следствие, вложения и резултати, усилия и постижения. Причините, вложенията и усилията са две категории: много, които имат съвсем малко въздействие и малко, които имат доминиращо въздействие. В здравеопазването, 20 процента от населението и/или 20 процента от всички пациентите изразходват 80 процента от наличните ресурси. През 1950г. Джуран перифразира теорията на италианския икономист Вилфредо Парето, като „Принцип на Парето” или „Правилото 80-20”. Правилото постулира, че „80% от проблемите са резултат от 20% причини”.



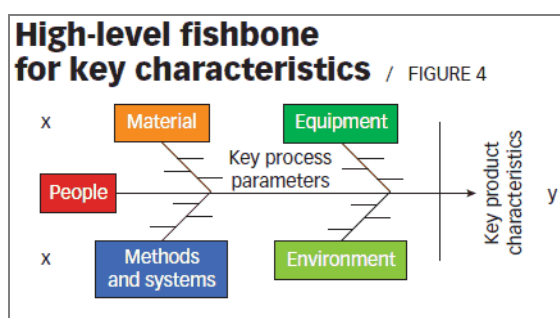
Фигура 10 Диаграма на Парето, източник: Russ Westcott, Quality Progress/2009 January, [153]

Анализът на Парето е универсален инструмент, използван за определяне на приоритети и решаване на проблемите на качеството. Позволява да се ранжират отделните фактори по тяхната значимост, да се отразят и да се отстранят тези причини, които създават най – голям проблем (несъответствия). Резултатите от анализа на Парето се илюстрират чрез Диаграмата на Парето (фиг.10) [149].

Различават се два вида диаграми - по резултат от дейността (качество, себестойност и време/срокове) и по причини (изпълнител на работата, оборудване, метод на работа) [38, 197]. За оценка на процеса е важна областта, очертаваща причините, предизвикващи най – голямо количество грешки. Към тази област се предприемат коригиращи действия.

Диаграмата на Ишикава е начин на картиране (mapping) на ресурсите, които резултат в качеството. Позната е като: Диаграма „Причина – следствие” (**Cause & Effect Diagram**), Диаграма „Рибена кост” (**Fishbone diagram**), Диаграма на Ишикава (**Ishikawa Diagram**) и Инструмент за анализ на дисперсията на процеса (**Tool for analyzing process dispersion**).

Диаграмата илюстрира главната причина и субпричините, водещи до резултат (симптом). Ишикава определя резултата за контрол или подобрене като характеристика на качеството (ключов продукт – Y) и потенциални причини като фактори (X вариации) (фиг.11) [148].



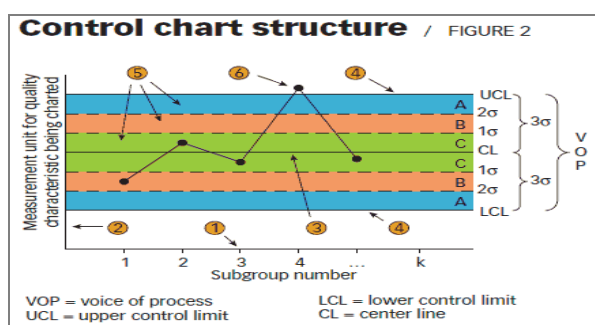
Фигура 11 Диаграма на Ишикава, източник: R. Dan Reid, Quality Progress / 2009 January [148].

Диаграмата може да определи много възможни причини за даден ефект или проблем, посредством Мозъчна атака (Brainstorming session). При услугите главните характеристики на групите включват хора, процеси, политики или технологии. Основната цел на анализа „причина – следствие” е откриването на коренната причина и предприемане на коригиращи действия.

Диаграмата от „Тип 5М“ разглежда компонентите на качеството като: “Човек” (Manpower), “Машина” (Machines), “Материал” (Materials), “Метод” (Methods), “Контрол” (Measurement), а при диаграмата от „Тип 6М” – се добавя компонента „Среда” (Environment).

В контекста на подобряване на качеството се разглежда друг вариант на Диаграмата на Ишикава - **CEDAC – “Cause and Effect Diagram with the Addition of Cards”**. Частта от диаграмата, която отразява резултата, количествено описва даден проблем, а тази, която описва причините, използва два различни по цвят карти – за факти и за идеи за подобрения. Фактите са означени на лявата страна на костите, отразяващи причината, а идеите за подобрене – върху дясната. Идеите са оценени и са селектирани от практиката. Моделът CEDAC е инструмент за оценка и подобрене на процеса [198, 219].

Метод на Контролните карти. Всички статистически методи, изследват зафиксираното състояние на процеса в даден момент. Единствено контролните карти проследяват хода на процеса във времето. Те са инструмент за въздействие на процеса (чрез обратна връзка), когато излезе извън контрол и за предотвратяване на отклоненията от зададените изисквания. Контролните карти са предложени за първи път от Шухарт през 1925г.



Фигура 12 Диаграма на контролна карта, източник: Т., М., Kubiak, Quality Progress / 2009 January [156]

Всяка контролна карта се състои от три основни линии: (фиг.12) централна линия (CL – Center Line), представлява средното значение на характеристиката на контролирания параметър или средното значение на процеса, горно контролно ниво (UCL – Upper Control Level) и долно контролно

ниво (LCL – Lower Control Level), които са максимално допустимите граници на изменението на значението на контролираната характеристика (показател за качество). Контролните граници отстоят на $\pm 3\sigma$ от средното значение на процеса, което се означава като „Глас на процеса“ (VOP – Voice Of Process).

Процесът се счита за контролиран в два случая: (1) когато подгрупите съответстват на средното значение на контролирания параметър и се намират в контролните граници, без други тенденции и (2) при регулярно отстраняване на систематичните грешки (принадлежат на процеса). Случайните се разпределят в съответствие с нормалното Гаусово разпределение.

Метод на Хистограми. Хистограмата е стъпаловидна диаграма, построена по получени за определен период (час, седмица, месец) данни, разпределени в интервали. Броят данни, попаднали във всеки интервал (честота) се изобразява с височината на колоната [197].

Метод на Диаграма на разсейването. Изобразява отношението между причина и следствие. Показва много измервания, показани с точки. Мякката на качеството се намира на едната и ос, а факторите, които влияят на качеството – на другата ос. Целта е отношението между две променливи да бъде представено графично [156].

Метод на стратификация (разслояване). Стратификацията е процес на сортиране на данни, според приети критерии. Резултатите се представят във вид на диаграма или графика. Данните от Стратификацията е основа за другите инструменти: контролни листи, хистограми, диаграма на Парето, диаграма на Ишикава, диаграма на разсейването [38].

Други използвани инструменти са: Flowchart – метод за моделиране на бизнес процесите, Run Chart – графика, чиито данни и промени се нанасят по рзписание, The “5 Whys” – питане „защо“ пет пъти за разкриване на коренната причина за проблема, Scatter Diagram/ Scatterplot – графика, която показва връзката между две променливи.

4.3. Евристични/интуитивни методи

В психологическата и кибернетическата литература под евристични методи се разбират индуктивните методи за решаване на задачите, където откриването и систематизирането на закономерностите се обезпечава чрез средствата на антиципацията (предвиждането) [205].

Експертните методи са качествените техники, които използват експертно мнение. Значението на техниките за качество е голямо в процеса на определяне на стратегическа диагноза на дадена организация и стратегическото и управление. От интерес за здравния сектор са двата варианта на качествените техники: „Техники за генериране на нови идеи”, с цел да генериране на нови идеи (Брейнсторминг и Качествени кръгове) и „Консенсусни техники” с цел постигне на консенсус между експертите (метод Делфи, Номинална група, Конферанси за консенсус) [63].

Като изходни данни за новите инструменти за качеството се използват резултатите от метода Мозъчна атака (Brainstorming) и нейните варианти: Мозъчен щурм, Мозъчна засада и Атака на разсейване. Мозъчна атака се използва за идентификация на възможните причини за неудачите и потенциалните възможности за подобряване на качеството. Процедурата продължава 1 – 1.5 часа., при Мозъчен щурм - 3 – 4 часа, при Мозъчна обсада – от един до няколко работни дни. Може д включва шест „mozъчни таки”, всяка от които е посветна на една от шестте „големи кости на диаграмата на Ишикава, отразяващи факторите които влияят на качеството (manpower, machine, material, method, measurement, media. При Атака на разнасяне анализът е насочен към недостатъците на готови проекти [84].

Методът на „Качествените кръгове” се прилагат в здравеопазването, в отделенията при пациенти с хронични и онкологични заболявания, при пациенти на химиотерапия и хемодиализа. целта е генериране на идеи за от лекарите и пациентите за промени за подобряване на процесите в тези отделения.

В здравеопазването Методът „Делфи” се използва за постигане на консенсус в областта на диагностичните и терапевтични протоколи, в медицинските университети за постигане на консенсус по учебни програми, за определяне на приоритети при обектите на изследване и политиката в областта на качеството. Най - често прилаганата техника в здравеопазването е „Номиналната група”, за стратегически срещи на ръководни екипи и програмни срещи на лекарски комисии.

Методиката „Консенсусни конферанси” е използвана от National Institutes of Health (NIH) в САЩ с цел бързо генериране на решение за протоколите за диагностичната и терапевтичната дейност. Състои се от публични сесии за

открито обсъждане и постигане на консенсус по доклада за анализираната задача от жури [63].

Други методи са: Диаграма на сродството (affinity diagram) Диаграмата на връзките (interrelationship diagram), Дървовидна диаграма (tree diagram) [84, 206,207, 208]

4.4. Стандартизацията като метод за оценка – медицински стандарти, правила за добра медицинска практика и клинични пътеки

В широк смисъл, под стандартизация се разбира процесът на вземане на решения за повтарящи се ситуации в сферата на науката, техниката и икономиката, с цел оптимална систематизация. *Международната организация по стандартизация*, дефинира стандартизацията като дейност, насочена към постигане на оптимална степен на подреденост в дадена област, чрез правила за многократното им прилагане.

Обект на стандартизацията са процесите или продуктите/услугите, или отделни техни характеристики: (материали, оборудване, правила, процедури, функции, методи, термини, понятия, дейности).

Стандартизацията се развива като **динамична система**, защото отразява научно – техническите постижения и изискванията на пазара. Посредством стандартизацията съвременните научно - технически постижения се превръщат в норма и се задоволяват потребностите на потребителите, обновяват се продуктите и услугите, развива се специализацията, уеднаквяват се националните стандарти с международните и използването на ресурсите [96, 90].

Научно - методологичните основи на стандартизацията се изграждат от следните методи: класификация, предпочитаните числа и редове на предпочитаните числа, параметрични редове, унификация, симплификация, агрегиране, комплексна и изпреварваща стандартизация. Поради природата на здравната услуга, за стандартизирането на процесите и продуктите/услугите в здравеопазването, намират приложение методите на класификация и унификация. **Медицинските стандарти** се отнасят до унифициране на процедури и продукти в процеса на оказване на медицинска помощ.

Развитието на стандартизацията и стандартите в здравеопазването в България се основава на общите закономерности и характеристиките на стандартизацията. Фактор за създаване на медицинските стандарти е въвеждането на задължителното здраноосигуряване и изместването на акцента на здравеопазването от екстензивен тип медицински дейности към такива, осигуряващи качество. Допринасящите фактори са: съвременните достижения на медицинската наука и практика, навлизането на нови технологии за диагностика и лечение, глобализацията и във връзка с това необходимостта от постигане на съвместимост и съизмеримост на медицинската дейност и здравеопазването в България с медицинската дейност и здравеопазването на страните от Европейския съюз.

Стандартите оперират с норми на две нива: норми, които осигуряват по високо качество на медицинската дейност (нови диагностично – лечебни – профилактични методи и технологии) и норми със задължителен характер които „дефинират минималния и но адекватен съдържание и обем, под който дадена дейност структура не може да се квалифицира като такава, с всички произтичащи от това правно и финансови последици”.

Видовете медицински стандарти са: международни, национални, локални и правила за добра медицинската практика. Международните стандарти изграждат доктрината на отделна медицинска специалност и са препоръчани от СЗО и международните научни общности на медицинските специалисти.

Качеството на медицинската дейност, разгледано от позицията на медицината базирана на доказателства (evidence based medicine) чрез **правилата за добра клинична практика**, може да бъде дефинирано като „... **съотношението между медицинската наука** (съвременните знания за болестните процеси и за съответните диагностични и терапевтични методи за лечението им) **и медицинската практика** (конкретно приложение на тези знания и методи). Колкото е по – отворена ножицата между наука и практика, толкова по – ниско е качеството и обратно” (Хинков, О., 2007), [112].

В противовес на добрата медицинска практика, **лошата медицинска практика, т.н. малпрактика**, е в резултат на недостатъчност на нормативната уредба и е в правопрпорционална връзка с разходите за

здраве. Изразява се в немарливост, липса на квалификация и извършване на ненужни процедури, води до дублиране на дейности, съответно до нарастване на разходите здравни грижи с 1% до 3% общите разходи на здравните заведения.

Чрез **клиничните пътеки** се реализират стандартите за осигуряване на качеството на медицинската помощ. Разработват се на базата на мултидисциплинарен подход, с консенсусни решения на екип от специалисти [14, 55].

НРД 2001 дефинира КП като «интегриран подход на поведение на различни видове медицински специалисти при лечението на пациенти с определени здравни проблеми» и като «инструмент за вътрешно управление на качеството» [74].

Една всеобхватна дефиниция на КП ди определя като „инструкция за начина на осигуряване на болнични грижи за определен тип пациенти и позволява да се коментират отклоненията от нормата, с цел непрекъснато оценяване и подобряване на работата” (Зл. Петрова, К. Чамов, Ст. Гладилков, 2008) [82].

Принципно, КП са проектирани да **поддържат клиничния мениджмънт**, клиничния и неклиничния мениджмънт на ресурсите, клиничният одит и финансовия мениджмънт. Поддържат прилагането на практика клиничните ръководства и протоколи – съединение между клиничните ръководства и тяхната употреба.

КП могат да бъдат разглеждани като алгоритми, предлагани във **«flow chart format»** - решението за грижата на даден пациент или група пациенти, при дадени условия се осъществява като поредица от съгласувани стъпки (step-wise sequence). За разлика от практическите ръководства, протоколи и алгоритми, КП се осъществяват от мултидисциплинарен екип и имат фокус върху качеството и координацията на грижата.

Разглеждането на **клиничните пътеки като бизнес процеси**, предполага реинженеринг (препроектиране) процедурите, взаимодействието между общопрактикуващите лекари, лабораториите, болниците и клиниките. Фокусът се измества от отделните етапи на лечение към цялостното движение и обслужване на пациента. Взаимствана е **методологията „Casewise”**, която се използва от стотици организации в света като

инструмент за моделиране, анализ и усъвършенстване на бизнес процесите. КП се представят в графичен и текстови формат като взаимосвързани и взаимодействащи си бизнес процеси. Създават се връзки към други източници на информация и шаблони на документи, които използват общопрактикуващите лекари. Идентифицират се възможности за подобрене и се поставят измерители. Създадените модели се публикуват като HTML веб сайт, в който потребителите могат да навигират от области на здравеопазването на високо ниво до детайлно документирани клинични пътеки. Постига се интеграция с електронните здравни досиета на пациентите, на дадена стъпка от клиничната пътека потребителите, пациентското досие се актуализира. Методът “Casewise” е не само начин за препроектиране на КП, но носи елементи на бенчмаркинг [214].

4.5. Бенчмаркинг

Бенчмаркингът е резултат от «естествената еволюция на концепциите» за конкурентния и пазарния анализ, за програмите за качество, измерването на представянето и японските практики. Движещите сили за «бума» на метода са глобалната конкуренция, премиите за качество, революционните подобрения (Джаксън Грейсън мл. председател на International Benchmarking Clearinghouse, САЩ), както и динамичните промени на околната среда.

Бенчмаркингът е продължителен процес на измерване на продукти, услуги и практики спрямо лидерите, позволяващ да бъдат определени най – добрите практики, което води до устойчиво и първекласно представяне.

Известни са **три типа дефиниции** на понятието „Бенчмаркинг” – ограничителни (идентификационни), дескриптивни и прескриптивни [4, 32, 217].

При **ограничителната дефиниция** методът се съпоставя с голямата група инструменти на управлението, свързани с подобряване на качеството на дейността, като се посочват неговите прилики и отлики с тези инструменти. Според класирането на първите пет управленски метода,⁶ за

⁶ Глобално класиране на първите пет управленски метода по честота на използване за 2004г. (стратегическо планиране, управление на потребителските връзки, бенчмаркинг, аутсорсинг, потребителско сегментиране).

2004г. бенчмаркингът е трети по използване и втори по удовлетворение от резултатите от използването им.

Дескриптивните дефиниции с характер на сентенции, които предават философията на подхода: „Бенчмаркингът е систематично сравнение” (Fagerberg.,J., 2001) или „Бенчмаркингът е системен подход към обучение чрез сравнение” (Lofstrom., E., 2002). **Прескриптивните дефиниции** имат справочен и методичен характер. Имат форма на „know how” и описват бенчмаркинга като дейностен процес, стъпки, етапи или процедури, които трябва да се следват. При т.н. **Метафорична (образни) екзистенциални дефиниция**, бенчмаркингът означава две опорни точки: скромност и мъдрост – признание, че някой върши нещо по – добре и да се поучиш и да станеш по - добър. **Творческият бенчмаркинг** (creative benchmarking, Г. Ангелов), се определя като „форма на естествено човешко любопитство, с което се изучават възможностите за сътрудничество и приятелство”.

В зависимост от базата за сравнение, са приети **четири основни типа Бенчмаркинг**: вътрешен, конкурентен, функционален и общ [4, 131, 217, 227].

В зависимост от отчитането на влиянието на пазарните сили и държавната регулация, бенчмаркингът се разглежда като фирмен (за пазарно ориентираните организации), публичен (публични организации), хоризонтален и вертикален. Обединяващият фактор между фирмения и публичния бенчмаркинг е стремежът към усъвършенстване на дейността чрез иновации и философията на бенчмаркинга - търсене на реални образци на добри практики. Разликата е в принципите на подбор на образците. В едни случаи образецът се избира чрез „хоризонтално” сравняване в рамките на дадено множество, а в други – образецът на дейността се задава на основата на централизирано изработени норми (стандарт). Начинът на избор на образците определя бенчмаркинга като „**хоризонтален**” и „**вертикален**”.

В рамките на фирмения и публичния бенчмаркинг могат да се разглеждат други техни варианти: **корпоративен, целеви и статистически**. Корпоративният бенчмаркинг взема за образец друга организация. При целевия бенчмаркинг образците са целите и визиите, а при статистическият – статистическите индикатори за резултатите.

В публичният сектор бенчмаркингът компенсира липсата на свободен пазар, като създава квази - пазарни условия и квази – конкуренция между публичните организации. Съществува в две разновидности: **потребителски стимулиран и държавно налаган**.

Анализът за подобряване на дейността в публичните организации обхваща три области – измерване на изпълнението, управление на ресурсите и бенчмаркинг на дейността. Оценката на дейността на публичните организации се извършва по **два критерия** – ефективно и прозрачно използване на публичните средства и повишаване на удовлетвореността на гражданите при **удовлетворяване на потребностите от публичните услуги**. Прилагат се три подхода на сравнителен анализ за оценка на удовлетворението на потребителя: сравнение на данните от дейността на дадена организация в различни моменти (**диахронно сравнение**), сравнение между данните от дейностите на няколко институции в даден момент (**синхронно сравнение**) и сравнение на данните от дейността на дадена организация с експериментално установени бенчмарки (**метрично сравнение**).

Като цяло, ползата от провеждане на бенчмаркинг се свежда до по - добро разбиране на настоящата позиция, усещането на потребителските нужди, насърчаване на иновациите, развитие на реалистични, стратегически цели, установяване на реалистични планове за действие.

Международният проект за болничен бенчмаркинг е стартиран от фондация Бертелсман през 1998 година. Целта е чрез сравняване на болниците да бъдат открити факторите за успех на дадена болница, както и пренос на идентифицираните параметри от една организация към друга. Методиката на проекта разделя има два аспекта: (1) сравняване на клиничния изход от процедурите и структурата на разходите на клиничните процеси и (2) обучение в най – добрите практики. В проекта участват 20 организации, дотавчици на здравни грижи – Великобритания, Ирландия, Белгия, Швеция, Италия, Полша, ЮАР, Испания, Германия, САЩ.

В България интерес представлява първото обширно бенчмаркинг - проучване „Интегрален болничен бенчмарк индекс”.

4.6. Системи за управление на качеството

Системата за управление на качеството «Quality Management Systems (QMSs) може да бъде дефинирана като **«мрежа от координирани дейности за управление и контрол за продължително подобрене на продуктивността и резултатността на дадено производство»**.. Управлението на качеството позволява да се осигури високо равнище на качеството на продуктите/услугите, чрез управление на производството и обслужването. Сертификацията на QMS не осигурява качество, но осигурява увереност в потребителите и потенциалните потребители, че организацията работи в съответствие с определени изисквания (медицински стандарти, ISO 9001:2000).

Напълно **документираната QMS осигурява две важни изисквания:** изискванията на потребителите (увереност в способността на организацията да доставя желания продукт/ услуга, посрещайки техните нужди и очаквания) и изискванията на организацията (вътрешни и външни). Добрите QMSs не могат да функционират и да подобряват без одит, преглед и оценка.

Одитът (Auditis) е систематичен, независим и документиран процес за получаване на обективни доказателства и за обективна оценка до колко са изпълнени определени критерии. **Прегледът (View)** на QMSs се осъществява един път годишно и покрива следните дейности: резултатът от одита, обратна връзка с потребителите, потвърждение на процеса и продукта, превантивни и корективни действия, последващи действия, промени които биха се отразили на QMSs, препоръки за подобрения. **Оценката (Assessment)** на качеството според стандарт или изискванията на вътрешния одит и преглед е позната като оценка от *“firs party assessment”* или схема на подобрене. Ако външните потребители правят оценка на доставчик според национален или международен стандарт е налице схема от втора страна - *“second party assessment”*. Оценката от независима организация, несвързана с договор между доставчик и потребител - *“independent third party*

4.7. Сравнение между TQM и ISO 9001

TQM е философия на непрекъснато подобрене. ISO 9000 е стандарт на системата за управление на качеството. Заема място в системата, за разгръщане на политиката по качество и верифициране на целите. Приложението на ISO се основава за приложение на TQM. При внедряване

на стандартите ISO, 75% от стъпките се дължат на TQM. Ревизията (1999) на ISO стандартите съдържа удовлетворяване на потребителите и измерване на изискванията. Относно качеството прилагането на TQM е в по - голяма степен проактивно. Промените на стандартите ISO 9001:2000 въвеждат модел на процеса „Process Model”. Според концепцията TQM качеството може да бъде управлявано и това е процесът [124].

5.СВЕТОВЕН ОПИТ ЗА ОЦЕНКА НА КАЧЕСТВОТО НА МЕДИЦИНСКАТА ПОМОЩ

Световният опит за проучване и оценка на качеството на медицинската помощ следва част от индустриалните методи за измерване и управление на качеството на продуктите/услугите, както и тези на социалния маркетинг.

5.1. Системи за проучване на удовлетворение на потребителя

В здравеопазването, наличието на малко поведенчески алтернативи предполага поведенчески послания за успешно представяне на организацията, което обаче не означава оптимално равнище на удовлетвореност. Поради тази причина, данните за удовлетвореността на потребителя са важен индикатор за успеха на организацията, а установяването на система за наблюдение на удовлетвореността на потребителите е част от всекидневната контролна система.

В Кливлънд, местните болници са обединени за проучване на отношението на потребителите, което се провежда на всеки две години. Констатирано е, че „проучването е превърнато в голяма кампания за постигане на по – високо качество от страна на онези болници, които не се справят добре” (Патрик Мактайг, президент на Corbett Health Connect) [59].

Удовлетвореността на потребителите се измерва трудно. Нестопанските организации използват различни методи, за да разберат каква удовлетвореност създават у потребителите. Един от възможните подходи е **създаването на системи за оплаквания и предложения**. При този метод мениджмънтът преодолява три етапа. Първо, приема противоречивата идея, че колкото повече оплаквания има, толкова по-добре, както и да внуши тази идея на цялата йерархична верига. Второ, създаване на системи, които улесняват не/доволните потребители да изразят чувствата си пред организацията. В болницата могат да бъдат

използвани няколко механизма: поставяне в коридора на кутия за предложения, създаване на пациентски анкетни карти, установяване на защитна или омбудсманска система, чрез която да се изслушват оплакванията и да се търси обезщетение. Трето, организацията определя основните категории оплаквания и предприема коригиращи действия при тези от тях, които показват най – големи повтораемост и сериозност, и най – трудна разрешимост.

5.2. Система за подобряване качеството на лекарствотерапията

В световен мащаб нежеланите лекарствени реакции (НЛР), които са резултат на полипрагмазията са водеща причина за смъртността. В САЩ ежегодно се хоспитализират до 8.8 млн. болни, от които 100 - 200 хиляди души загиват вследствие НЛР. Те са четвъртата причина за смъртност след сърдечните заболявания (750 000), рака (530 000) и мозъчния инсулт (150 000) [128].

Структурата на НЛР, се представя като относителен дял на причините, които ги пораждаат: 51.9% на полифармация/полипрагмазия, 48.7% - недооценка на анамнезата, 17.8% - неправилен избор на медикамент, 12.6% - неправилна дозировка, 34% от нежеланите реакции са по вина на лекаря. Полифармацията съставлява 80% от лекарските грешки, поради „неграмотна” комбинация на медикаменти [101, 130].

Икономическият ефект от НЛР е свързан с по - високи разходи, които са болнични разходи. Дължат се на продължителен болничен престой, във връзка с НЛР, които се случват по време на хоспитализацията или са причина за нея. Диагностичната полипрагмазия и болничните разходи поради НЛР определят значението на полипрагмазията за обществото и са основна причина за търсене на методи за оценка на лекарствотерапията.

Научните изследвания, посветени за подобряване на качеството и ефективното управление на лекарствотерапията си поставят за основна задача развитие на **системата за докладване на НЛР** в университетските болници и отчитане ролята на пациентите в докладването на НЛР. Такива системи са развити в редица университетски болници в Германия, Израел, Южна Индия и Тайланд [119, 138, 140, 139, 157].

5.3. Опитът на The Cleveland Clinic

Болницата в Кливлънд, „The Cleveland Clinic” е една от 10-те болници в САЩ, означени като “The Best of the Best” (най – добрите от най – добрите), в годишната класация на болниците в САЩ от 1990г. насам. (U.S. News and World Report). **The Cleveland Clinic Foundation** предлага шест индикатора за сравнение на доставчиците на здравна грижа: credentials, experience, range of services, participation in research and education, patient satisfaction, outcome.

Методът акцентира върху следните критерии: способност на болницата да доставя стандарти на здравна грижа, да е акредитирана към „The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations” (JCAHO)⁷, опит на специалистите, ранжиране на наличните услуги, осигуряване на 24-ва грижа, участия в проучвания и обучение, удовлетвореност на пациентите, индикатори на резултатите като: смъртност, усложнения, честотата на последващо лечение, инфекции, непланирани рехоспитализации. Методът на Cleveland Clinic, който е основан на комуникацията с пациентите, осигурява информираност за лечебните заведения и лекарите, като пациентът е активен фактор в тези взаимоотношения. Формира отговорност и защита на правата на пациентите [153].

5.4. Методология за подобряване на прицесите - Модел DMAIC

Моделът „DMAIC” е представен от University of Iowa Hospitals and Clinics. Философията на модела се основава на аксиомата „Подобряването на представянето е грижа за пациента” (Performance Improvement is Patient Care). Подобряването на представянето се отнася за клиничните и не-клинични процеси. Сама по себе си методология за подобряване на процеса е обективен начин за разрешаване на даден проблем и вземане на решения базирани на данни, най ефективно използване на време, енергия и ресурси

Моделът „DMAIC” включва пет етапа: Define, Measure, Analyze, Improve, Control [212, 213, 214, 215, 216]. При всеки един от етапите се прилагат интуитивните и/или статистически методи за оценка.

5.5. Проектът „Мрежа на качеството на грижата за диабета в Европа” (DIABCARE Quality Network in Europe) – модел на международен бенчмаркинг в областта на хроничните заболявания

⁷ JCAHO – общонародна комисия, овластена да изследва (инспектира) болниците в САЩ

Проектът „Мрежа на качеството на грижата за диабета”, е интегрирана информационна система за мониторинг на грижата за диабета, **златен стандарт** на програмата за дейности от **Декларацията от Сейнт Винсент**. Представява **модел на международен бенчмаркинг в областта на хроничните заболявания**. Ключовите участници на проекта са: „DIABCARE Office EURO”, „DIABCARE Portugal”, „DIABCARE France”, „DIABCARE Bavaria”, „DIABCARE UK”, „DIABCARE Netherlands”, „DIABCARE Norway”, „DIABCARE Italy”, „DIABCARE Sweden”, „DIABCARE Austria”, „DIABCARE Spain”, GSF Research Centre for Health and Environment, FAST Research Institute for Applied Software Technology, Tromso University Hospital, Stavanger Technical College, Technical University of Ilmenau, World Health Organisation (WHO), Regional office for Europe [146].

ГЛАВА ВТОРА - МЕТОДИКА НА ПРОУЧВАНЕТО

От литературния обзор се установява, че в настоящия момент стопанските организации с успех прилагат аналитични и експертни методи за оценка на качеството, разработени на принципите на теоретичната квалиметрия, от които медицинската квалитология изостава.

Процесът на управление на качеството се разглежда като тотален корпоративен фокус на посрещане и често надхвърляне на потребителските очаквания и значимо редуциране на разходите за лошо качество чрез формиране на нова управленска система и корпоративна култура. За повечето организации разходите за лошо качество се изчисляват от 20 до 25 % от годишните продажби. Организацията, която може да дефинира, да измери, да оцени и достигне качество, ще бъде в състояние да спечели и поддържа силно конкурентно предимство.

Разгледаните в литературния обзор методи за оценка на качеството на медицинската помощ не дават възможност за оценка/измерване на качеството от гледна точка на TQM. В настоящия момент не съществува ръководство, предоставящо на здравните мениджъри подробен план (проект) за постигане на качество на здравната услуга чрез управление на процеса на тоталното качество - Total Quality Management Process (TQM) и подобряване на качеството Quality Improvement Process (QIP).

1.Цел на изследването

Целта на настоящата докторска теза е да бъде изработена и представена концепция за оценка на дейността на рационална структура на организация, предоставяща медицинска помощ от гледна точка на TQM.

Методът трябва да бъде адресиран до здравните мениджъри на болнични лечебни заведения. По същество представлява „пътна карта”, с практическа насоченост за достигане и оценка и мониторинг на качеството на здравната услуга в трите аспекта на TQM – фокус върху потребителя,

подобряване на качеството на процесите (измерване на качеството на процесите) и тотално въвличане на персонала в дейностите.

Постигането на тази цел включва решаването на следните **задачи**:

- 1) Представяне на **методологическите основи** на оценката на продукти/услуги и здравни услуги;
- 2) Оценка на качеството чрез измерване на зависимостта между възприятията за медицинската услуга след нейното получаване и очакванията за нея преди получаването ѝ, посредством критериите на методиката SERVQUAL и чрез удовлетвореността на потребителите на медицински услуги, според предлаганата оферта от организациите - лечебни заведения, посредством разработване на **базови анкети**: Анкета „Очаквания“ за медицинска услуга (Приложение № 1), Анкета „Възприятия“ за медицинска услуга (Приложение № 2), Таблица „Глобален коефициент на качеството“ (Приложение № 3) и разработване на подходи за измерване на удовлетворението на потребителите – Анкета „Проучване на удовлетворението на потребителя“ (Приложение № 4), според предлаганата оферта от организацията - лечебно заведение;
- 3) **Определяне на степента на удовлетвореност на потребностите на персонала в лечебното заведение**, чрез изготвяне на Анкетна карта за разработване на мотивационен профил на персонала в ЛЗБП (Приложение № 5);
- 4). **Оценка на процеса - анализ на методиката SERVQUAL.**
- 5). Разработване на **концептуален модел (алгоритъм) на оценка за рационална структура на организация**, предоставяща медицинска помощ и здравни услуги, от гледна точка на концепцията TQM;

Хипотеза № 1: Методиката SERVQUAL като един от разпространените инструменти за оценка на качеството, измерва предимно функционалното качество (качеството на процеса на предоставяне на услугата).

Хипотеза № 2: Качеството на медицинската услуга, измеренио чрез глобалния коефициент на качеството SQI на методиката SERVQUAL, зависи от важността, която ѝ придават потребителите и представянето ѝ по всеки един компонент на офератата на ЛЗБП (зависимост: удовлетворение / изпълнение – SQI)

Хипотеза № 3: Мотивацията на сътрудниците в организацията, като съществена част от концепцията за тотално качество индиректно измерва качеството на медицинската услуга, изразено чрез глобалния коефициент на качеството (SQI) на методиката SERVQUAL.

2.Обект на изследването

Обект на наблюдението е рационална структура на организация, предоставяща медицинска помощ и здравни услуги, като обхватът на експеримента е стеснен до ниво терапевтично отделение.

2.1. За решаване на първата задача е използвана компилация на утвърдена информация от натрупан теоретически и практически опит от различни научни области: мениджмънт, право, квалитология, квалиметрия, икономика, медицина и други. Постановката на тази част е изцяло теоретична. Решението на задачата трябва да даде отговор на следните въпроси: защо е необходимо да се оценява качеството, какво да оценяваме и от къде да тръгнем, каква е същността и структурата на оценката;

2.2. За решаване на втората задача са използвани критериите на инструмента **SERVQUAL (Service Quality)** за определяне на качеството на услугите. Съставени са две базови анкети: за измерване на очакванията на потребителите и за измерване на възприятията за качеството, които са адаптирани към спецификата на медицинската дейност и организацията, и особеностите на услугата, която тя предоставя. Предполага се измерване на качеството на услугата с помощта на количествения показател – «Глобален коефициент на качеството» SQI (Service Quality Index), отразяващ съотношението на възприеманото качество към очакваното качество на услугата. Разчетът на индекса на качеството се основава на резултатите от анкетирането на потребителите на услугата. Критериите на анкетите са универсални за измерване на услугите, адаптирани за лечебни заведения за болнична помощ и пациенти – потребители на здравни услуги.

Разработване на методика за **подходи за измерване на удовлетворението на потребителите:**

• **Методът „Пряко изразено удовлетворение”** има за цел да бъде определено *равнището* на задоволство от лечебното заведение *като*

цяло и по компонентите на офертата му. Въпросникът се разпространява лично (или телефонно интервю или по пощата).

- **Методът „Рейтинг важност/постижение”** има за цел да накара потребителите да класират различните компоненти на офертата на лечебното заведение от гледна точка на два критерия: важноста на всеки компонент и представянето на организацията по всеки един компонент.

2.3. При решаване на третата задача се стъпи върху комплекс от утвърдени в организационната практика мотивационни фактори, формирани въз основа на известните мотивационни модели и теории за мотивацията. Целта е да се диагностицира отношението и оценката на заетите лица към значимостта на мотивационните фактори и към равнището на удовлетвореност на потребностите им спрямо тях.

На всеки един от мотивационните фактори се придава ранг (с ранг 1 се отбелязва най – важният фактор, а с ранг 15 – най – маловажният). Тези значения се събират и се разделят на броя на анкетираните лица, за да се получат относителните тегла, на базата на които се осъществява ранжирането на мотивационните фактори.

2.4. Решаването на четвъртата задача се осъществява, чрез теоретичен анализ на данните от предоставянето на здравна услуга по методиката SERVQUAL).

2.5. При решаване на петата задача за разработването на Концептуален модел на оценка за рационална структура на организация, предоставяща медицинска помощ и здравни услуги, се използват теоретични постановки от концепцията TQM, виждания и изводи на автора.

3.Единици на наблюдение

Логически единици на наблюдението са потребителите на болнични услуги (хоспитализирани пациенти) и предлаганите видове медицински услуги. Технически единици на наблюдението са отделения в ЛЗБП.

Критерий при избор на логическите и техническите единици е принадлежността към хронични заболявания, с цел постигане на адекватност, достоверност и обективност при отговорите и избягване на субективизъм и зависимост.

4.Признаци на наблюдение

Детерминанти за качеството на услугата, коефициенти на качеството по отделните детерминанти (при сравнение на детерминантите по методиката SERVQUAL), мотивационни фактори изграждащи мотивационния профил на персонала, компонентите на офертата на ЛЗБП.

5.Време на наблюдението – еднократно при прилагане на анкетния метод и лонгитудинално, ретроградно при използване на статистическите данни за оценка на дейността.

6.Място на наблюдението - експериментално проучване в лечебно заведение за болнична помощ.

7.Методи на наблюдението

7.1. Анкетен метод

Задачата на анкетния метод е да се направи оценка на качеството на предлаганите медицински услуги в даденото ЛЗ и да се разработят предложения за неговото усъвършенстване, посредством съчетаното прилагане на двата инструмента: Методиката SERVQUAL, и Моделът Gar. За изпълнение на задачата на анкетния метод, са съставени две **базови анкети**:

- Анкета „Очаквания за медицинска услуга”, (Приложение №1);
- Анкета „Възприятия за медицинска услуга”, (Приложение №2);

За **критерии на качеството** на Анкетите „Очаквания за медицинска услуга” и „Възприятия за медицинска услуга” са използвани петте критерия на методиката SERVQUAL, като всеки един критерий е разделен на 4 или 5 подкритерия (общо 22 подкритерия), адаптирани към медицинската услуга и лечебните заведения:

- Q – материалност (осезаемост) - (M1 – M4);
- Q – надеждност (H5 – H9);
- Q – отзивчивост (O10 – O13);
- Q – убеденост (увереност) - (U14 – U17);
- Q – съчувствие (емпатия) - (C18 – C22).

Респондентите отговарят на въпросите с помощта на седембалната скала на Лайкерт («Абсолютно не съгласен» - «Абсолютно съгласен»).

При всеки от детерминантите се отчита **частният индекс на качеството** (ЧИК) - разликата между възприятието и очакваното ниво на услугата. Получените значения се усредняват и се изчислява **общия индекс**

на качеството SQI, т.е. **SQI** е средна величина. За високо качество на предоставената услуга свидетелстват неотрицателното значение на SQI (възприеманото качество на получената услуга се оценява не по ниско от очакваното). Положително значение на общия QSI означава - високо качество. Отрицателното значение на общия QSI – некачествена услуга или наличие на Gap 5 на Модела Gap.

Коефициентите на качеството за всеки подкритерий се изчисляват като отношение на рейтинга на възприятието и рейтинга на очакването по дадения подкритерий (Приложение №4).

ЧИК се интерпретират като значения и резултати.

- *Нулево значение*, на който и да е от ЧИК означава съвпадане на нивото на очакваното качество и нивото на възприятието за качество по този критерий;
- *Негативно значение* – нивото на очакванията превишава нивото на възприеманото качество;
- *Положително значение* - нивото на възприятието за качество превишават нивото на очакванията;
- *Успешен резултат* – считат се положителните и нулевите значения;
- *Удовлетворителен резултат* – негативните ЧИК, максимално приближаващи се до нулевото значение;
- *Неудовлетворителен резултат* - негативните ЧИК, отдалечаващи се от нулевото значение.

Общият QSI предполага няколко направления за анализ:

- Дава отговор на въпроса „Има ли Gap 1?», има ли разрыв между очакванията и възприятията на медицинската услуга;
- Мониторинг на общия QSI (качество на услугата като цяло, която предоставя дадена организация);
- Сравнение на QSI за различните услуги в диверсифициране на дейността на организацията. В случая QSI е елемент на портфейлния анализ;
- Общият QSI на една организация може да се сравнява с общия QSI на друга организация, предоставящи една и съща услуга (бенчмаркинг);
- Общият QSI като критерий за контрол.

Резултатите на двете анкети - „Очаквания за медицинска услуга” и „Възприятия за медицинска услуга” се обобщават в Таблица „Глобален коефициент на качеството SQI” (Приложение №3).

По характер проведените анкети са *преки индивидуални и анонимни*, с оглед гарантиране на достоверност на отговорите.

Подходите за измерване на удовлетворението на потребителите са включени в анкетите: „Пряко изразено удовлетворение” и „Рейтинг важност/постижение” (Приложение № 4).

- **Анкета „Пряко изразено удовлетворение”**- използва пет равнища на удовлетвореност. След получаване на резултатите се изготвя графика за това какъв процент пациенти попада във всяка група. Ако графиката е силно наклонена на ляво – лечебното заведение има проблем в изпълнение на дейността. Ако графиката е наклонена на дясно – мениджмънтът трябва да е доволен, че ръководи отзивчива организация, постигаща целите си да доставя високо задоволство у повечето потребители. Ако графиката е с камбановидна форма, тогава съществува обичайния брой недоволни, безразлични и доволни. Ако разпределението е двугърбо (има два върха), организацията се нуждае от разработване на **втора оферта** за да отговори на потребностите на неудовлетворения пазар, като запази и текущата оферта, за да обслужва удовлетворената група.

- **Анкета „Рейтинг важност/постижение”**

Чрез метода „Рейтинги важност – постижение” потребителите класират различните компоненти на офертата от гледна точка на: (1) важността на всеки компонент и (2) представянето на организацията при всеки компонент. Важността на услугата се оценява по четирибална скала – „изключително важна”, „важна”, „по – малко важна”, „маловажна”. Представянето се оценява по четирибална скала – „отлично”, „добро”, „удовлетворително”, „слабо”. Вземаха се предвид особеността на анкетата, според която оценяването на променливите по четирибална скала, определя изключителната важност и важността на услугата с по- голям ранг „1” и „2”, а по – малката важност и маловажност/изпълнене на услугата с по – малък ранг „3” и „4”, което при тълкуването на статистиките означава, че по – ниските стойности се доближават до предаване на по – голяма важност на компонентите от

офертата и по - добро към отлично изпълнение, докато по – високите стойности, обратно.

7.2 . Документален метод

При проучването са използвани официални документи, съдържащи, **съдържащи медико - статистическа информация.**

7.3 . Статистически методи

За провеждане на изследването са използвани методите на описателната статистика и методите на статистическия извод.

7.3.1. Методи на описателната статистика

Данните от наблюденията са организирани, описани и обобщени, чрез **описателната статистика** и нейните мерки: **централна тенденция на разпределението** (типичният резултат) и **дисперсия на разпределението** (диапазонът на данните).

Значения на основните мерки на **централна тенденция:**

- Средна аритметична величина (Mean) – основна мярка на централната тенденция или средната на разпределението;
- Медиана (Median) – използва се за разпределения с екстремални резултати;
- Мода (Mode) – има реален смисъл, защото отразява стойностите от вариационния ред с най – голямата честота.

Значения на основните мерки на **дисперсия на разпределението:**

- Стандартно отклонение (Std. deviation);
- Вариация;
- Минимална и максимална стойност (Minimum, Maximum);
- Асиметрия (Skewness);
- Ексцес (Kurtosis).

7.3.2. Методи на статистическия извод

Чрез методите на статистическия извод ще се позволи да бъдат направени изводи за надеждността на различията между условията т.е. извод от извадката от резултати – каква е истината за съответната популация.

7.3.3. Графичен анализ

Различните типове графики са подходящи за графично представяне на различни типове променливи. Диаграмите са използвани при независими

променливи от категориен тип (качествени) т.е. когато нивата на независимите променливи нямат количествено отношение едно с друго. Използвана е ординална, скала.

7.3.4. Корелационен анализ

Целта на корелационния анализ е да се провери и представи как два или повече атрибута на дадена система (организация) варират заедно. Силата и посоката на корелацията са определени чрез изчисляване на ранговия коефициент за корелация на Спирман.

7.4. Компютърна обработка на данните

Данните от анкетните карти са кодирани и въведени в програмната система на статистическа обработка SPSS. За анализа на данните са използвани SPSS и програмата Microsoft Office Excel 2007. Резултатите от обработката на анкетните карти са получени чрез прилагане на методите на математическата статистика.

ГЛАВА ТРЕТА - АНАЛИЗ НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ ИЗСЛЕДВАНЕТО

2. МАРКЕТИНГ НА УСЛУГИТЕ – ТЕОРЕТИЧНА ПОСТАНОВКА

1.2. Общият маркетинг и нестопанският маркетинг

Концепциите за оценка на качеството на здравните услуги черпят методични насоки от маркетинга.⁸ Той се разглежда едновременно като управленски метод и като методика за насочване на дадена организация към потребителите, за задоволяване на техните потребности.

Като управленски метод маркетингът е еднакво приложим както за организациите от стопанската сфера, така и за нестопанските организации⁹, (организациите в сферата на здравеопазването и образованието).

За първи път нестопанските организации са започнали да оценяват значението от прилагането на принципите на маркетинга, за постигане на целите си и собственото си оцеляване, в края на седемдесетте години на XX век. Била е осъзната идеята, че за да се постигнат целите е изключително важно да се влияе върху поведението на другите (целевите пазари). Днес маркетинговата идея се възприема като фактор за успеха от агенции като: National Cancer Institute (Национален институт за борба с рака), Американската агенция за международно развитие, както и от Световната банка за спасяване на деца от цял свят, които са в риск да загинат от морбили, недохранване или обезводняване. По данни на Котлър и Андреасен, „През 1987 година на работа в американските болници е имало над 2000 високопоставени служители по маркетинг“.

Нестопанският маркетинг е приложение на принципите на общия маркетинг в нестопанските организации. Ето защо, е необходимо оценяването на качеството на медицинските услуги, предоставени от нестопанските организации (ЛЗ) да се извършва от гледната точка и с инструментите на нестопанския маркетинг.

⁸ Общ маркетинг. Част от него е отделна и легитимна област, наречена „нестопански маркетинг“.

⁹ Статутът на нестопанските организации се определя от наличието на две характеристики - „полза за обществото“, което означава извършването на такива услуги, които не биха били възможни без данъчна субсидия, предлагана от държавата (здравеопазване, образование, научни изследвания) и „гаранция за качество“ - предоставяне на услуги в сфери, в които потребителите не могат да преценят качеството (здравеопазване, образование).

Тази гледна точка е смисълът на ролята на размяната за разбиране на потребителското поведение.

1.2. Централната роля на размяната за разбиране на потребителското поведение и връзката ѝ с моделите „Gap” и „SERVQUAL”

Осъществяването на крайната цел на маркетинговите стратегии – повлияване върху поведението на потребителите е в причинно – следствена връзка с потребностите и включването на потребителите в процес на размяна на продукти и услуги.

Размяната е «инструмент», който променя поведението на потребителя по начина, желан от специалистите по маркетинг. Механизмът на тази поведенческа промяна е включването на потребителя в транзакция, защото той «вярва, че съотношението изгоди/разходи на дадена алтернатива е по – добро от други алтернативи при задоволяването на дадена потребност»(Котлър, Андреасен, 2005). Главната особеност на размяната е нейният реципрочен характер, което означава, че както за „продавача” на услуги, така и за и целевия потребител, изгодите и разходите са взаимни: „Всяка изгода, която потребителят може да извлече от транзакцията представлява разход за продавача, а частта която потребителят плаща (усилия, пари, дарена кръв и др.), представляват изгода за „продавача”.

Процесът на размяна и транзакцията, която произтича от него се предопределя основно от *възприятията на потребителите за ключовите изгоди* и разходите, в по- малка степен от *междудличностните влияния* (пряко влияние чрез мнението на други потребители), това което в Модела си Грьонроос нарича «word of mouth” (дума от уста на уста) и от *възприеманата ефикасност*. Последната означава, че хората предприемат поведенчески действия, само когато са убедени, че поведението им ще постигне желания резултат (ефикасност на резултата) и че могат да постигнат това поведение (самоефикасност). Например при пациентите: « ... че физическите упражнения ще намалят кръвното налягане и, че наистина могат да се сравят с предписаните им упражнения».

Ролята на размяната за разбиране на потребителското поведение е решаваща защото определя тенденцията на оценката -

към оценка на възприетията на това което получава потребителя, а именно: ключовата изгода или резултата, или техническото качество или същинския продукт/услуга. Дава възможност за развитие на Моделите „Gap” (разривите: 1, 4 и 5) и „SERVQUAL”.

1.3.Оценка на услугата в аспекта на нестопанския маркетинг

Нестопанските организации не могат да разчитат на доходите като критерий за представянето си, поради което залагат на други измерители, като *поведението на потребителите* (измерване на промените в отношението и убеждението за организацията като начин да оценят резултатите и да засекат възможни проблеми, изискващи управленски решения). *Такива модели на поведение са: подадени молби и заявления, оплаквания, брой гласове, доброволчество, видове дарения, посещаемост, рециклирана смет, написани писма (до законодателството).*

В някои случаи, както в здравеопазването самата институция може да възпрепятства изразяването на оплаквания. Изследването на Андреасен и Бест¹⁰ установява данни за недоволство от медицинските услуги спрямо останалите услуги и продукти (табл. 13) .

Потребители на услуги/ продукти	Медицински услуги	Всички услуги	Всички продукти
Процент на съобщили за проблема	14.9% ↓	20.9%	20.0%
Процент на оплакали се пред "продавача"	32.7% ↓	42.3%	40.2%
Процент на оплакали се и останали недоволни от реакцията на "продавача"	<u>46.4%</u> ↑	28.75%	23.6%

Таблица № 13 „Влияние на медицинската институция върху обратната връзка с потребителите”, Източник: Котлър Ф., Андреасен Ал., София, 2005 [59]

От таблицата е видно, че потребителите на медицински услуги са имали по – малко проблеми с обслужването, в сравнение с другите услуги и продукти, но едновременно с това са били по – малко склонни да говорят за тях. Когато са го сторили, са установили, че изпълнителите на медицински услуги реагират по – силно от другите производители на продукти и услуги.

¹⁰ по данни на Котлър Ф., Андреасен Ал. в «Стратегически маркетинг за нестопанските организации», ISBN 954-9964-68-X, Издателство „Класика и стил”, София, 2005

1.4. Изводи

Оценката на качеството на резултатите на нестопанските организации се основава на измерването на промяната в отношението и убеждението на потребителите за организацията.

Познанията за мнението на потребителите за предлаганите услуги и за начина, по който те се предоставят, се получават при разработване на маркетинговия план. Източниците на тази информация са прогнозите по отношение на:

- демографската структура на потенциалните потребители (пациенти) на медицински услуги;
- потребностите, свързани със заболяемостта;
- потребностите, свързани с промоцията и профилактиката;
- рисковите фактори при обслужването съвкупности;
- доходите, социално – икономическите фактори;
- култура, поведенчески мотиви;
- отношението на потребителите към здравето и ЛЗ.

2. ХАРАКТЕРИСТИКА НА КОНТИНГЕНТА

2.1. Представяне на „Рационална структура на организация, предоставяща медицинска помощ и здравни услуги”.

Опорната точка при анализа на данните на настоящата докторска теза е разбирането за *маркетинга като идея, решаваща за успеха на организациите със стопанска и нестопанска цел*, което предполага при осъществяването на дейността си дадена организация да изпълни две условия: (1) приложение на най-добрите техники за управление на маркетинга и (2) ориентация към потребителя.

Принципно, приложението на маркетинговите принципи в здравеопазването задължава ЛЗБП да бъде разглеждано като „Рационална структура на организация, предоставяща медицинска помощ и здравни услуги”, където водещите параметри са „Рационална структура на организация” и „Здравни услуги”. В основата си, същността за „Рационална структура на организация” (ЛЗБП), от гледна точка на здравния мениджмънт

и маркетинг, се състои в разбирането за нейната успешност, т.е. организация предоставяща здравна помощ и услуги, в трите основни аспекта на съществуването на всяка организация:

- Планиране на дейността и ресурсите за нея (според потребностите);
- Определяне на функциите, компетенциите и отговорностите на всеки служител в организацията;
- Осъществяване на контрол върху качеството на дейността на всички нива на ЛЗБП по звена: отделения, клинична лаборатория, администрация, помояни звена, с цел синхронизиране на самата дейност.

С оглед ефективността, е необходимо същността на здравната услуга да се разглежда в контекста на нейното качество. С други думи да се търси връзката и баланса между ползата за пациента и използвания ресурс.

Медицинската дейност е обединяващата връзка между двата параметъра, защото организацията съществува посредством тази дейност. Задължителен елемент в управлението на организацията, независимо от нейния мащаб е наличие на стандарти за качество, гъвкав контрол върху качеството на дейността и въвеждане на стимули на здравето обслужване.

При анализа и обсъждането на данните са разгледани две организации (ЛЗБП) – МБАЛ „Д-р Тота Венкова” – Габрово АД и СБАЛББ „Пенчо Семов” – Габрово АД, предоставящи медицински услуги в област Габрово.¹¹

2.5. Характеристика на МБАЛ „Д-р Тота Венкова” АД Габрово

МБАЛ „Д-р Тота Венкова” АД Габрово обслужва населението на община Габрово, което наброява 78 696 души, като от тях до 18 годишна възраст – 15.73%, от 18 до 65 годишна възраст – 67.99% и над 65 годишна възраст - 16.28%. Болницата извършва специализирани медицински дейности, които не се предлагат от останалите ЛЗБП в региона. Броят на обслужваното население за високоспециализирани медицински дейности възлиза на 152 317, от които 25 377 деца.

Анализът на пазара показва голям пазарен дял на болницата:

¹¹ Данни по Доклад „Оценка на болниците в Габровска област”, проект на Световна банка, 2003г.

- 90% за община Габрово;
- 40% за цялата Габровска област;
- 100% за цялата Габровска област, за някои дейности като спешни случаи с активна хирургична интервенция, хирургични интервенции в урологията, офталмологията, УНГ, новородени със спешни терапевтични проблеми, хемодиализа, трансфузионна хематология и инвазивна кардиология;
- 80-90% при хематологичните заболявания, инфекциозни болести, спешна кардиология.

В същото време анализът на пазара показва свободни пазарни сегменти в областта на съдовата хирургия, еднокдневната хирургия, миниинвазивните опретивани и анестезиологични техники, оперативни техники в гинекологията.

2.6. Характеристика на СБАЛББ „Пенчо Семов” – Габрово АД

СБАЛББ „Пенчо Семов” – Габрово АД има предмет на дейност активно лечение на всички форми на туберкулозни заболявания, остри и обострени хронични неспрцифични заболявания на белите дробове. В болницата се лекуват жители на област Габрово – 152 317 души. Болницата е с междуобластни функции и като такава обслужва 2 905 238 души.

Анализът на пазарният дял показва:

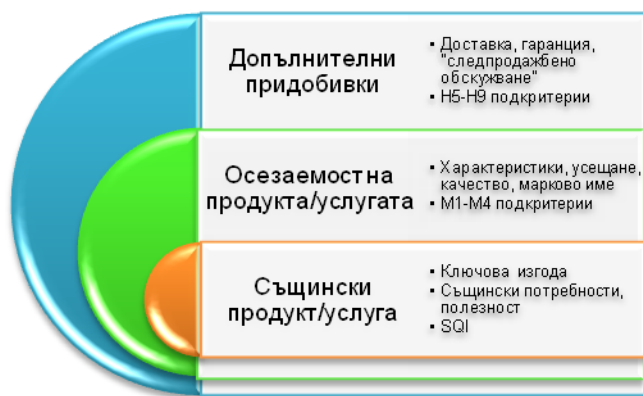
- 10% за община Габрово от всички заболявания;
- 100% за цялата Габровска област за активно лечение на всички форми на туберкулоза, включително мултирезистентна туберкулоза;
- 100% за цялата Габровска област за дейности като: операции с малка сложност и местна анестезия (ФБС), диспансеризация на пациенти с ХНБЗ и специфични заболявания.

2.7. Анализ на подкритериите на анкетата от методиката SERVQUAL

За анализа на подкритериите на методиката SERVQUAL в двете анкети: „Очаквания” за медицинска услуга и „Възприятия” за медицинска услуга, следва, да се има предвид, че те са структурирани по начин, който позволява

да се потърси логическа връзка между тяхното съдържание и научното схващане за структурата на продукта и услугата.

Подкритериите, разгледани в аспекта на трите равнища на концепцията на продукта/услугата: **същина на продукта, осезаемост на продукта и допълнителни придобивки** показва, че те се разпределят съобразно тези три равнища (фиг.14).



Фиг. 14 Три равнища на тоталния продукт/услуга и критериите на методиката SERVQUAL

▪ **Същина на продукта/услугата** е най фундаменталното равнище на продукта/услугата. Отговаря на въпроса: „Каква потребност задоволява този продукт/услуга”? Стремехът на мениджмънта, би трявало да бъде насочен към разкриване на същинските потребности, които продуктът/услугата може да задоволи така, че оценката на качеството да обхване изгодата, а не само набора от характеристики. *Същинските потребности кореспондират с техническото качество по Грьонроос, или твърдите индикатори, или същинското качество по К. Ишикава. Могат да бъдат измерени чрез SQI индексът на методиката SERVQUAL.*

▪ **Осезаемост на продукта/услугата**

Същинският продукт/услуга винаги се предлага в осезаема форма. В стопанския маркетинг са се наложили пет характеристики на осезаемия продукт/услуга: отличителни черти, дизайн, качество, опаковка и марка. за разлика, услугите са неосезаеми. Те не са идентични при услугите в обсега на нестопанския маркетинг. Така пациентът, който се подлага на хирургична интервенция не може да знае предварително съдържанието или стойността

на услугата, защото в нея не участва никакъв осезаем елемент. Потребителят се ръководи от вторична информация като доверие (марково име/акредитация, сертификат, издаден от външна комисия за оценка).

▪ **Допълнителни придобивки (не се анализират в изложението)**

Те са допълнителни характеристики и изгоди, които надхвърлят осезаемия продукт така, че създават допълнителен продукт/услуга. На това ниво се извършва конкуренция. Нестопанските организации обаче трябва да развиват качеството на същинския продукт/услуга.

Връзка на измеренията на услугата с критериите на методиката SERVQUAL и SQI

Подкритериите на петте критерия от методиката SERVQUAL се проявяват като независими променливи в анкетите „Очакване/възприятие на медицинската услуга. Характеризират се с разнородност по отношение на свойствата на услугата. *Зад критериите стоят множество фактори: природата на услугата, психиката на потребителите, потребностите на потребителите, начина по който се представя услугата във външната среда.*

- SQI измерва същинското качество чрез измерване на разликата между възприятията за услугата и очакванията за нея (отнася се за микс от продукти).
- M1 – M2 (Материалност): важноста на този критерий за оценката на качеството, се определя от факта, че наличността на условията на критерия, превръщат неосезаемостта на услугата в осезаемост, т.е. става измерима. Критерият е ориентиран към управление на услугата.
- H5 – H9 (Надеждност): спазване договорни отношения, коректност към вътрешни и външни потребители. Критерият може да оцени и неделимостта на услугата (доколкото услугата е неотделима от източника, който я доставя, в случая медицинското лице/ЛЗБП). Информация за ЛЗБП, каква е визията на ЛЗБП навън.
- U14 – U17 (Уверенност): професионална компетентност и мотивация.

В двете групи критерии О10 – О13 и С18 – С22, условията съдържат обратни твърдения, което вероятно се търси психологически аспект при оценяването и разсейване на отговорите между 1 и 7 (абсолютно съгласен и абсолютно несъгласен).

- О10 – О13 (Отзивчивост): оценява неделимостта на услугата, своевременност и начина на възприятие (като цяло – ЛЗБП или конкретно – персонала. Акцентира на връзката персонал – пациент.
- С18 – С22 (Съчувствие): изразява индивидуален подход, насочена е към потребителя и доколко пациентите осъзнават ролята си в процеса на предоставяне на услугата. Отразява връзките „потребности на пациентите – ЛЗБП” и „потребности на пациентите – персонал”.

2.5. Изводи

Изследването на потребителското поведение като инструмент на нестопанския маркетинг дава възможност на болничните мениджъри да разберат проблемите в ЛЗ – общо и по звена, кои са потребителите и как те възприемат организацията като цяло и медицинските услуги предоставяни от нея. На тази тенденция е посветено анкетното проучване.

3.АНКЕТНО ПРОУЧВАНЕ

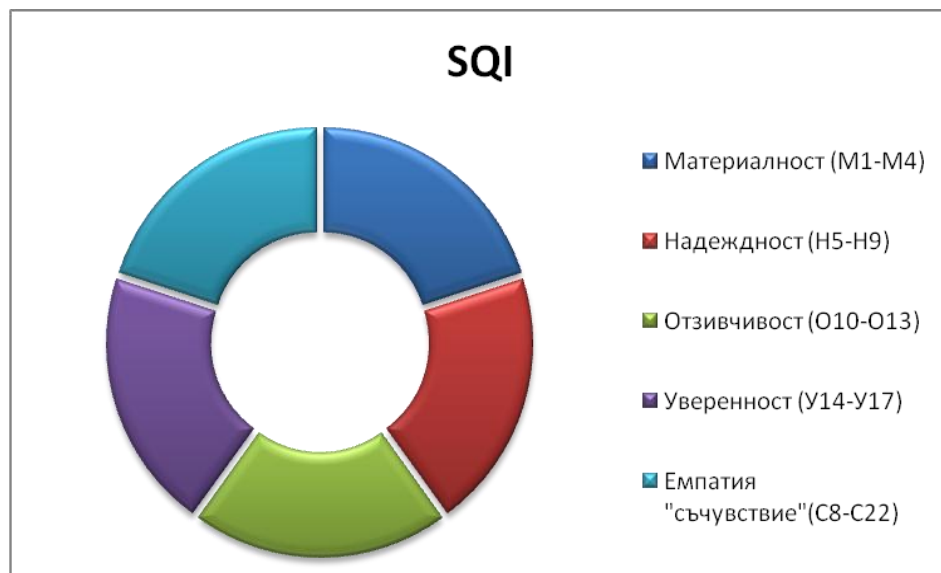
3.1. Приложение на анкетите по методиката SERVQUAL

Целта на анкетното проучване е да се изследва връзката „очаквания – възприятия“ при предоставяне на медицинска помощ на пациентите, от две ЛЗБП - СБАЛББ „Пенчо Семов“ АД Габрово и МБАЛ „Д-р Тота Венкова“ АД Габрово, наричани СБАЛББ и МБАЛ), чрез приложение в практиката на Методиката SERVQUAL и посредством определяне на частните индекси за качество и **глобалния индекс на качество (QSI)**. Изследвани са общо 503 хоспитализирани пациенти, през периода „февруари 2012г. – март 2012г.“, като от тях - 153 в СБАЛББ и 350 в МБАЛ.

Разгледани са 22 променливи (подкритерии) в частта „очаквания“ и 22 променливи (подкритерии) в частта „възприятия“: O1, O2, O3, O4, O5, O6, O7, O8, O9, O10, O11, O12, O13, O14, O15, O16, O17, O18, O19, O20, O21, O22 „Очаквания за медицинската услуга“ и B1, B2, B3, B4, B5, B6, B7, B8, B9, B10, B11, B12, B13, B15, B16, B17, B19, B20, B21, B22 „Възприятия за медицинската услуга“, които образуват петте детерминанти (критерии) за качество: материалност (M1 – M4) надеждност (H5 – H9), отзивчивост(O10 – O13), увереност(U14 – U17) и съчувствие (C18 – C22), съставляващи SQI (фигура №15), както следва:

- M1 Съвременно оборудване на ЛЗБП
- M2 Видимо привлекателно физическо обкръжение на ЛЗБП
- M3 Приятно и спретнато облечен персонал
- M4 Съответствие на външния вид на елементите от физическото обкръжение на типа на предоставяната услуга
- H5 Спазване на договорения (обещания) срок при предоставяне на услугата
- H6 Проява на съчувствие към пациентите при възникване на проблем
- H7 Надеждна репутация на ЛЗ
- H8 Предоставяне на услугата в обещаното време
- H9 Акуратно водене на записите от ЛЗ
- O10 Персоналът на ЛЗ е дисциплииран
- O11 Своевременно предоставяне на услугата от персонала

- O12 Мотивираност у сътрудниците оказват помощ на потребителите
- O13 Бърз отговор на молбата на пациентите от страна на персонала
- Y14 Доверие и взаимно разбиране между персонала и потребителите
- Y15 Отношение на сигурност и безопасност от страна на ЛЗ към потребителите
- Y16 Вежливост на персонала с потребителите
- Y17 Поддръжка на персонала от страна на ръководството за ефективно обслужване на потребителите
- C18 Индивидуален подход на ЛЗ към потребителите
- C19 Проява на лично участие от страна на персонала при решаване на проблемите на потребителите
- C20 Познаване на потребностите на потребителите от страна на ЛЗ
- C21 Ориентираност към проблемите на потребителите от страна на ЛЗ
- C22 Удобни за всички потребители часове за работа



Фигура № 15 Структура на Глобалния коефициент на качеството на услугата – детерминанти

Качеството на медицинските услуги зависи от процеса на сравнение на очакванията за качеството на медицинските услуги до потреблението от потребителите с непосредственото възприятие на услугата в момента и след потреблението. Възприятието на качеството се осъществява по два главни аспекта: (1) какво получава потребителя (технически аспект на качеството) и (2) как потребителя получава медицинската услуга (функционален аспект на качеството). Анализът показва как на практика може бързо и ефективно да бъде измерено качеството на медицинската услуга, посредством инструментът SERVQUAL. Разпределенията са получени чрез статистически пакет SPSS13 и Excel 2007. Резултатите от вариационния анализ по отделно за изследваните ЛЗБП са представени, както следва.

3.1.1. Описание и анализ на критериите и подкритериите от анкетите на методиката SERVQUAL, проведени в СБАЛББ „Пенчо Семов” АД Габрово

Статистиките, описани в таблица № 16 и таблица № 17 представят тенденциите на разпределение на данните за всеки един подкритерий.

Като цяло, се касае за асиметрични разпределения. Значенията на променливите са концентрирани при стойностите 7 и 1 (напълно съгласен и напълно несъгласен). Изключение правят критериите с обратни условия – O10 - O13, O18 – O22, B10 – 13 и B18 – B22. Поради тази причина в случая **средната аритметична стойност** не е критерий за измерване на централната тенденция. Предпочетени са другите две мерки на централната тенденция – мода и медиана. **Модата и медианата** на тези разпределения съвпадат и са равни на 7 което означава, че 50% от анкетиранията са дали отговор «абсолютно съгласен». **Средната аритметична стойност** се проявява чрез SQI индексът. Средната аритметична стойност на популацията μ попада в границите на доверителните интервали на средните при малка стандартна грешка, което указва, че средните на всяка една от средните извадки, са близки до действителната средна на популацията.

№	Критерии	Mean	Confidence interval for Mean	Std. Error	Median
O1	Материалност	6,55	6,34 - 6,76	0,108	7
O2		6,49	6,28 - 6,70	0,105	7
O3		6,65	6,48 - 6,81	0,085	7
O4		6,45	6,30 - 6,60	0,078	7
O5	Надеждност	6,53	6,38 - 6,68	0,078	7
O6		6,43	6,25 - 6,61	0,093	7
O7		6,57	6,44 - 6,70	0,065	7
O8		6,59	6,44 - 6,74	0,077	7
O9		6,55	6,42 - 6,68	0,065	7
O10	Отзивчивост	3,47	3,06 - 3,88	0,208	4
O11		3,43	3,02 - 3,84	0,206	2
O12		3,49	3,05 - 3,93	0,22	1
O13		3,04	2,63 - 3,45	0,207	1
O14	Уверенност	6,39	6,19 - 6,59	0,102	7
O15		6,57	6,41 - 6,72	0,079	7
O16		6,59	6,48 - 6,70	0,056	7
O17		6,55	6,39 - 6,71	0,081	7
O18	Съчувствие	3,94	3,51 - 4,37	0,219	5
O19		3,9	3,49 - 4,32	0,211	4
O20		3,29	2,88 - 3,71	0,211	1
O21		3,35	2,95 - 3,76	0,204	3
O22		3,63	3,19 - 4,06	0,221	3

Таблица № 16 „Резултати от статистическо разпределение на подкритериите в частта „очаквания“ на СБАЛББ

№	Критерии	Mean	Confidence interval for Mean	Std. Error	Median
B1	Материалност	5,96	5,62 - 6,30	0,17	7
B2		5,57	5,41-6,08	0,168	7
B3		6,12	5,85-6,39	0,138	7
B4		5,94	5,65-6,24	0,149	7
B5	Надеждност	6,37	6,18-6,57	0,099	7
B6		6,35	6,15-6,57	0,105	7
B7		6,35	6,15-6,55	0,101	7
B8		6,45	6,25-6,65	0,101	7
B9		6,59	6,42-6,75	0,84	7
B10	Отзивчивост	6,16	5,89-6,43	0,138	7
B11		4,22	3,79-4,64	0,213	4
B12		3,84	3,42-4,26	0,213	4
B13		3,8	3,39-4,22	0,212	4
B14	Уверенност	6,49	6,30-6,68	0,097	7
B15		6,47	6,27-6,67	0,102	7
B16		6,67	6,52-6,82	0,076	7
B17		6,24	6,02-6,45	0,107	7
B18	Съчувствие	6,57	6,39-6,74	0,088	7
B19		4,71	4,28-5,13	0,213	6
B20		3,73	3,30-4,15	0,214	3
B21		3,53	3,11-3,95	0,213	2
B22		6,41	6,23-6,60	0,094	7

Таблица № 17 „Резултати от статистическо разпределение на подкритериите в частта „възприятия” на СБАЛББ

А). Критерий „Материалност” (М1 – М4)

Разглеждаме променливите (подкритериите) на критерия „Материалност” (М1 – М4) в частите му „очаквания” (О1 – О4) и „възприятия” (В1 – В4).

▪ М1 Съвременно оборудване на ЛЗБП:

В частта О1 „Оборудването би трябвало да бъде съвременно”, 132 души от анкетиранията лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 86%. Кумулативният процент от 13,7 отразява останалите отговори с междинните значения (Таблица „О1” СБАЛББ на (Приложение № 6) Структурата на разпределението на подкритерия О1 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 8.

В частта В1 „ЛЗ има съвременно оборудване”, 114 души от анкетиранията лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 74,5%. Кумулативният процент от 25,5% отразява останалите отговори с междинните значения (Таблица „В1” СБАЛББ на (Приложение № 6). Структурата на разпределението на подкритерия В1 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 8.

Изследвана е зависимостта между В1 и SQI чрез непараметрична корелация. Ранговият коефициент на Спирман (ρ), установен емпирично (0,355) е по – голям от теоретичната стойност от 0,16 при 95% и 0,21 при 99% доверителна вероятност. От където следва, че между В1 и SQI има статистически значима (при $p < 0.01$) правопрпорционална връзка.

Коефициентът на качеството на подкритерия М1 в частта О1 (средно аритметичната стойност на всички случаи) е 6,5 а в частта В1 – 5,9, което показва, че очакванията надхвърлят възприятията за този тип услуга (Таблица № 18)

▪ М2 Видимо привлекателно физическо обкръжение на ЛЗБП:

В частта О2 „Елементитенна физическото обкръжение трябва да са привлекателни”, 123 души от анкетиранията лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 80,4%. Кумулативният процент от 19,7 отразява останалите отговори с междинните значения (Таблица „О2” СБАЛББ на Приложение № 6). Структурата на разпределението на подкритерия О2 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 8.

В частта В2 „Елементитенна физическото обкръжение са привлекателни”, 102 души от анкетиранията лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 66,7%. „Кумулативният процент от 33,3% отразява останалите отговори с междинните значения (Таблица „В2” СБАЛББ на Приложение № 6). Структурата на разпределението на подкритерия В2 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 8.

Коефициентът на качеството на подкритерия М2 в частта О2 (средно аритметичната стойност) е 6,5, а в частта В2 – 5,6, което показва, че очакванията надхвърлят възприетията за този тип услуга (Таблица № 18).

▪ **М3 Приятно и спретнато облечен персонал на ЛЗБП**

В частта О3 „Сътрудниците в ЛЗ са длъжни да бъдат добре облечени и спретнати”, 129 души от анкетиранията лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 84,3%. „Кумулативният процент от 15,7% отразява останалите отговори с междинните значения (Таблица „О3” СБАЛББ на Приложение № 6). Структурата на разпределението на подкритерия О3 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 8.

В частта В3 „Сътрудниците в ЛЗ са добре облечени и спретнати”, 102 души от анкетиранията лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 66,7%. „Кумулативният процент от 33,3% отразява останалите отговори с междинните значения (Таблица „В3” СБАЛББ на Приложение № 6).

Структурата на разпределението на подкритерия В3 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 8.

Коефициентът на качеството на подкритерия М3 (средно аритметична стойност) в частта О3 е 6,7 а в частта В3 – 6,1 което показва, че очакванията надхвърлят възприетията за този тип услуга (Таблица № 18).

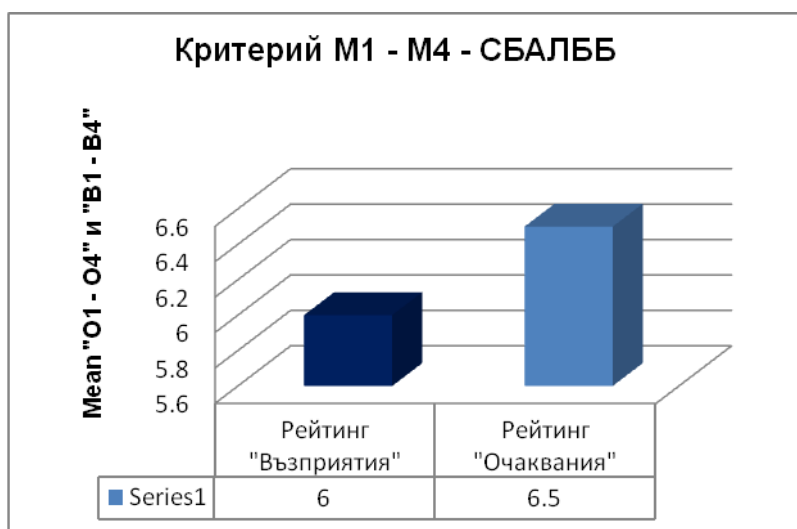
▪ **М4 Съответствие на външния вид на елементите на ЛЗБП**

В частта О4 „Външният вид на елементите на физическото обкръжение на ЛЗ трябва да съответства на типа на представяната услуга”, 96 души от анкетиранията лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 62,7%. Кумулативният процент от 37,3% отразява останалите отговори с междинните значения (Таблица „О4” СБАЛББ на Приложение № 6).

Структурата на разпределението на подкритерия О4 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 8.

В частта В4 „Външният вид на елементите на физическото обкръжение на ЛЗ съответства на типа на представяната услуга”, 99 души от анкетираните лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 64,7%. Кумулативният процент от 35,3% отразява останалите отговори с междинните значения (Таблица „В4” СБАЛББ на Приложение № 6). Структурата на разпределението на подкритерия „В4” е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 8.

Коефициентът на качеството на подкритерия М4 (средно аритметична стойност) в частта О4 е 6.4, а в частта В4 – 5,9, което показва, че очакванията надхвърлят възприятията за този тип услуга (Таблица № 18).



Фиг. 19 Частен коефициент на качеството „Материалност” М1 – М4

Рейтингът на възприятията и рейтингът на очакванията по критерия „Материалност” М1 – М4 (средно аритметичните стойности в аспектите „възприятия” и „очаквания”) е съответно 6,0 и 6,5 (фиг. 19). Частният индекс на качеството за критерия М1- М4 е отрицателен (-0,5), (Таблица № 18).

Б). Критерий „Надежност” (Н5 – Н9)

Разглеждаме променливите (подкритерии) Н5, Н6, Н7, Н8 и Н9 на критерия „Надежност” (Н5 – Н9) в частите му „очаквания” (О1 – О4) и „възприятия” (В1 – В4).

▪ Н5 Спазване на договорения (обещания) срок при предоставяне на услугата

В частта О5 „Когато ЛЗ обещае да предостави услуга в определен срок, то е длъжно да изпълни обещанието”, 114 души от анкетиранията лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 74,5%. Кумулативният процент от 25,5% отразява останалите отговори с междинните значения (Таблица „О5” СБАЛББ на Приложение № 6). Структурата на разпределението на подкритерия О5 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 8.

В частта В5 „Когато ЛЗ обещае да предостави услуга в определен срок, то изпълнява това обещание”, 105 души от анкетиранията лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 68,6%. Кумулативният процент от 31,4% отразява останалите отговори с междинните значения (Таблица „В5” СБАЛББ на Приложение № 6). Структурата на разпределението на подкритерия В5 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 8.

Коефициентът на качеството на подкритерия Н5 (средно аритметичната стойност на всички случаи) в частта О5 е 6.5, а в частта В5 – 6.4, което показва, че очакванията надхвърлят възприятията за този тип услуга (Таблица № 18).

▪ Н6 Проява на съчувствие към пациентите при възникване на проблем

В частта О6 „Когато у потребителя възникне проблем ЛЗ, е длъжно да прояви съчувствие и да се стреми да успокои потребителите”, 111 души от анкетиранията лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 72,5%. Кумулативният процент от 27,5% отразява останалите отговори с междинните значения (Таблица „О6” СБАЛББ на Приложение № 6). Структурата на разпределението на подкритерия О6 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 8.

В частта В6 „Когато у Вас възникне проблем ЛЗ проявява съчувствие и да се стреми да Ви успокои”, 99 души от анкетиранията лица са отговорили

със 7 „абсолютно съгласен” или 64,7%. Кумулативният процент от 35,3% отразява останалите отговори с междинните значения (Таблица „В6” СБАЛББ на Приложение № 6). Структурата на разпределението на подкритерия О6 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 8.

Коефициентът на качеството на подкритерия Н6 (средно аритметичната стойност на всички случаи) в частта О6 е 6.4, а в частта В6 – 6.4, което показва, че очакванията съвпадат с възприятията за този тип услуга (Таблица № 18).

▪ **Н7 Надеждна репутация на ЛЗ**

В частта О7 „ЛЗ е длъжно да има надеждна репутация”, 108 души от анкетираните лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 70,6% и нито един с „абсолютно несъгласен”. Кумулативният процент от 29,4% отразява останалите отговори с междинните значения (Таблица „О7” СБАЛББ на Приложение № 6). Структурата на разпределението на подкритерия О7 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 8.

В частта В7 „ЛЗ има надеждна репутация”, 102 души от анкетираните лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 66%. Кумулативният процент от 33,3% отразява останалите отговори с междинните значения (Таблица „В7” СБАЛББ на Приложение № 6). Структурата на разпределението на подкритерия В7 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 8.

Коефициентът на качеството на подкритерия Н7 (средно аритметичната стойност на всички случаи) в частта О7 е 6.6, а в частта В7 – 6.4, което показва, че очакванията надхвърлят възприятията за този тип услуга (Таблица № 18).

▪ **Н8 Предоставяне на услугата в обещаното време**

В частта О8 „ЛЗ е длъжно да предоставя услугите в обещаното време”, 123 души от анкетираните лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 80,4%. Кумулативният процент от 19,6% отразява останалите отговори с междинните значения (Таблица „О8” СБАЛББ на Приложение № 6). Структурата на разпределението на подкритерия О8 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 8.

В частта В8 „ЛЗ предоставя услугите в обещаното време”, 114 души от анкетираните лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 74,5%.

Кумулативният процент от 25,5% отразява останалите отговори с междинните значения (Таблица „В8” СБАЛББ на Приложение № 6). Структурата на разпределението на подкритерия В8 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 8.

Коефициентът на качеството на подкритерия Н8 (средно аритметичната стойност на всички случаи) в частта О8 е 6.6, а в частта В8 – 6.5, което показва, че очакванията надхвърлят възприятията за този тип услуга (Таблица № 18).

▪ **Н9 Акуратно водене на записите от ЛЗ**

В частта О9 „ЛЗ е длъжно да води записите акуратно”, 108 души от анкетираните лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 70,6% и нито един с „абсолютно несъгласен”. Кумулативният процент от 29,4% отразява останалите отговори с междинните значения (Таблица „О9” СБАЛББ на Приложение № 6). Структурата на разпределението на подкритерия О9 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 8.

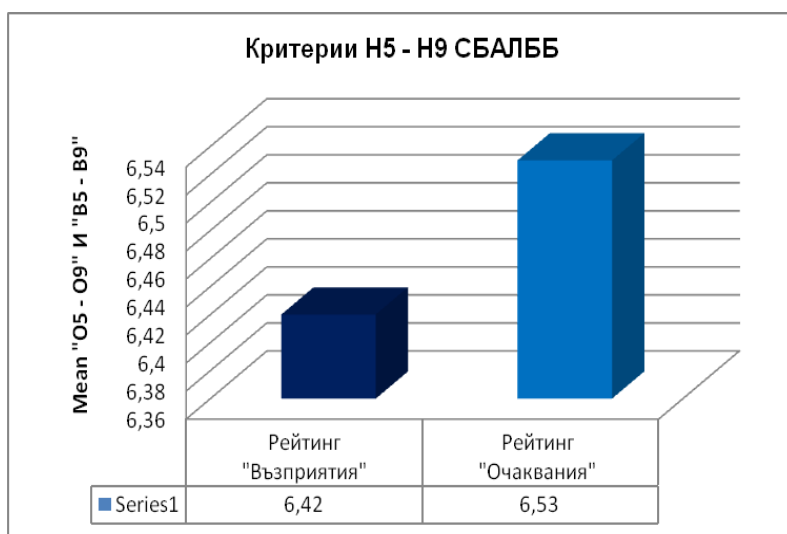
В частта В9 „ЛЗ води записите акуратно”, 117 души от анкетираните лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 76,5%. Кумулативният процент от 23,5% отразява останалите отговори с междинните значения (Таблица „В9” СБАЛББ на Приложение № 6). Структурата на разпределението на подкритерия В9 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 8.

Изследвана е зависимостта между В9 и SQI чрез непараметрична корелация. Ранговият коефициент на Спирман (ρ), установен емпирично (0,255) е по – голям от теоретичната стойност от 0,16 при 95% и 0,21 при 99% доверителна вероятност. От където следва, че между В9 и SQI има статистически значима (при $p < 0,01$) правопрпорционална връзка.

Коефициентът на качеството на подкритерия Н9 (средно аритметичната стойност на всички случаи) в частта О9 е 6.55, а в частта В9 – 6.59, което показва, че очакванията посрещат възприятията за този тип услуга (Таблица № 18).

Рейтингът на възприятията и рейтингът на очакванията по критерия „Надеждност” Н5 – Н9” (средно аритметичните стойности в аспектите „възприятия” и „очаквания”) е съответно 6,42 и 6,53 (фиг. 20). Частният

индекс на качеството за критерия Н5 – Н9 е отрицателен (-0,1), (Таблица № 18).



Фиг. 20 Частен коефициент на качеството „Надеждност Н5 – Н9”

В). Критерий „Отзивчивост” (О10 – О13),

▪ О10 Персоналът на ЛЗ е дисциплииран

В частта О10 „От ЛЗ не следва да се очаква, че ще информира потребителите, кога точно ще бъде предоставена услугата”, 33 души от анкетираните лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 21,6% и 75 с „абсолютно несъгласен”, или 59%. Останалите отговори се разсейват в междинните отговори (Таблица „О10” на Приложение № 6). Структурата на разпределението на подкритерия О10 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 8.

В частта В10 „ЛЗ информира потребителите, кога точно ще бъде предоставена услугата”, 105 души от анкетираните лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 68,6% и 9 с „абсолютно несъгласен” или 5,9%. Останалите отговори се разсейват в междинните отговори (Таблица „В10” на Приложение № 6). Структурата на разпределението на подкритерия В10 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 8.

Коефициентът на качеството на подкритерия О10 (средно аритметичната стойност на всички случаи) в частта О10 е 3,47, а в частта

В10 – 6.16, което показва, че очакванията посрещат възприятията за този тип услуга (Таблица № 18).

▪ **О11 Своевременно предоставяне на услугата от персонала**

В частта О11 „От страна на потребителите е нереалистично да се очаква незабавно представяне на услугата от сътрудниците на ЛЗ”, 33 души от анкетиранията лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 21,6 и 72 с „абсолютно несъгласен”, или 47,1% (Таблица „О11” СБАЛББ на Приложение № 6). Структурата на разпределението на подкритерия О11 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 8.

В частта В11 „Вие не получавате услугата от сътрудниците на ЛЗ незабавно”, 63 души от анкетиранията лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 41,2% и 51 с „абсолютно несъгласен” или 33,3%. (Таблица „В11” СБАЛББ на Приложение № 6). Структурата на разпределението на подкритерия В11 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 8.

Коефициентът на качеството на подкритерия О11 (средно аритметичната стойност на всички случаи) в частта О11 е 3,43, а в частта В11 – 4,22, което показва, че очакванията не надхвърлят възприятията за този тип услуга (Таблица № 18).

▪ **О12 Мотивираност у сътрудниците оказват помощ на потребителите**

В частта О12 „Сътрудниците не винаги са длъжни да изпитват желание да помогнат на потребителите”, 45 души от анкетиранията лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 29,4% и 78 с „абсолютно несъгласен”, или 51%. (Таблица „О12” СБАЛББ на Приложение № 6). Структурата на разпределението на подкритерия О12 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 8.

В частта В12 „Сътрудниците не винаги изпитват желание да помогнат на потребителите”, 45 души от анкетиранията лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 29,4% и 63 с „абсолютно несъгласен” или 41% (Таблица „В12” СБАЛББ на Приложение № 6). Структурата на разпределението на подкритерия В12 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 8.

Коефициентът на качеството на подкритерия О12 (средно аритметичната стойност на всички случаи) в частта О12 е 3,49, а в частта

B12 –3,84, което показва, че очакванията посрещат възприятията за този тип услуга (Таблица № 18).

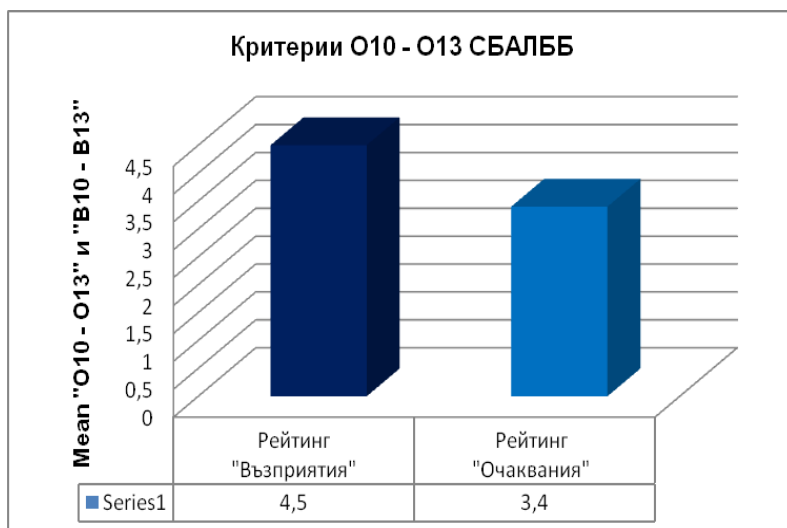
Изследвана е зависимостта между O12 и SQI чрез непараметрична корелация. Ранговият коефициент на Спирман (ρ), установен емпирично (-0,598) е по – голям от теоретичната стойност от 0,16 при 95% и 0,21 при 99% доверителна вероятност. Следователно, мотивацията на персонала може да бъде измерима чрез критерия O12 „Мотивираност у сътрудниците оказват помощ на потребителите“. Между O12 и SQI има статистически значима (при $\rho = 99\%$) силна обратнопропорционална връзка.

- **O13 Бърз отговор на молбата на пациентите от страна на персонала**

В частта O13 „Ако сътрудниците са прекалено заети, за да удовлетворят молбата на потребителите, това е нормално“, 33 души от анкетиранията лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен“ или 21,6% и 84 с „абсолютно несъгласен“, или 54,9% (Таблица „O13“ СБАЛББ на Приложение № 6). Структурата на разпределението на подкритерия O13 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 8.

В частта B13 „Сътрудниците са прекалено заети, за да удовлетворят молбата на потребителите“, 45 души от анкетиранията лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен“ или 29,4% и 63 с „абсолютно несъгласен“ или 41,2% (Таблица „B13“ СБАЛББ на Приложение № 6). Структурата на разпределението на подкритерия B13 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 8.

Коефициентът на качеството на подкритерия O13 (средно аритметичната стойност на всички случаи) в частта O13 е 3,04, а в частта B13 – 3,8, което показва, че очакванията посрещат възприятията за този тип услуга (Таблица № 18).



Фиг 20 Частен коефициент на качеството „Отзивчивост” О10 – О13

Рейтингът на възприятията и рейтингът на очакванията по критерия „Отзивчивост” О10 – О13 е съответно 4,5 и 3,4 (фиг. 21). Частният индекс на качеството за критерия) О10 – О13 е положителен (1,1), (Таблица № 18).

Г). Критерий „Увереност” (У14 – У17)

- **У14 Доверие и взаимно разбиране между персонала и потребителите**

В частта О14 „Потребителите трябва да имат лична причина за доверие в сътрудниците на ЛЗ”, 114 души от анкетираните лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 74,5% и нито един с „абсолютно несъгласен”. Останалите отговори се разсейват в междинните отговори и съставляват кумулативен процент 25,5% (Таблица „О14” СБАЛББ на Приложение № 6). Структурата на разпределението на подкритерия О14 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 8.

В частта В14 „Вие можете да с едоверита на сътрудниците на ЛЗ”, 114 души от анкетираните лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 74,5% и 3-ма с „абсолютно несъгласен” или 2%. Останалите отговори се разсейват в междинните отговори и съставляват кумулативен процент 25,5% (Таблица „В14” СБАЛББ на Приложение № 6). Структурата на разпределението на подкритерия В14 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 8.

Изследвана е зависимостта между B14 и SQI чрез непараметрична корелация. Ранговият коефициент на Спирман (ρ), установен емпирично (0,257) е по – голям от теоретичната стойност от 0,16 при 95% и 0,21 при 99% доверителна вероятност. От където следва, че между B14 и SQI има статистически значима (при $\rho = 99\%$) правопрпорционална връзка.

Коефициентът на качеството на подкритерия U14 (средно аритметичната стойност на всички случаи) в частта O14 е 6,39, а в частта B14 –6,49, което показва, че очакванията посрещат възприятията за този тип услуга (Таблица № 18).

▪ **U15 Отношение на сигурност и безопасност от страна на ЛЗ към потребителите**

В частта O15 „Потребителите трябва да се чувстват в безопасност при общуването си със сътрудниците на ЛЗ”, 123 души от анкетираните лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 80,4% и нито един с „абсолютно несъгласен”. Кумулативният процент от 19,6% отразява останалите отговори с междинните значения (Таблица „O15” СБАЛББ на Приложение № 6). Структурата на разпределението на подкритерия O15 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 8.

В частта B15 „Вие се чувствате в безопасност при общуването си със сътрудниците”, 114 души от анкетираните лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 74,5% и 3-ма с „абсолютно несъгласен” или 2%. Останалите отговори се разсейват в междинните отговори и съставляват кумулативен процент 25,5% (Таблица „B15” СБАЛББ на Приложение № 6). Структурата на разпределението на подкритерия B15 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 8.

Коефициентът на качеството на подкритерия U15 (средно аритметичната стойност на всички случаи) в частта O15 е 6,57, а в частта B15 – 6,47, което показва, че очакванията надхвърлят възприятията за този тип услуга (Таблица № 18).

▪ **U16 Вежливост на персонала с потребителите**

В частта O16 „Сътрудниците на ЛЗ трябва да бъдат вежливи” 105 души от анкетираните лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 68,6% и нито един с „абсолютно несъгласен”. Останалите отговори се разсейват в

междинните отговори и съставляват кумулативен процент 31,4% (Таблица „О16” СБАЛББ на приложение № 6). Структурата на разпределението на подкритерия О16 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 8.

В частта В16 „Сътрудниците на ЛЗ са вежливи”, 123 души от анкетираните лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 80,4% и 3-ма с „абсолютно несъгласен” или 2%. Останалите отговори се разсейват в междинните отговори и съставляват кумулативен процент 19,6% (Таблица „В16” СБАЛББ на приложение № 6). Структурата на разпределението на подкритерия В16 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 8.

Коефициентът на качеството на подкритерия У16 (средно аритметичната стойност на всички случаи) в частта О16 е 6,59, а в частта В16 – 6,67, което показва, че очакванията посрещат възприятията за този тип услуга (Таблица № 18).

▪ **У17 Поддръжка на персонала от страна на ръководството за ефективно обслужване на потребителите**

В частта О17 „Сътрудниците трябва да получават от страна на ЛЗ адекватна поддръжка за добро изпълнение на своята работа”, 120 души от анкетираните лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 78,4% и нито един с „абсолютно несъгласен”. Останалите отговори се разсейват в междинните отговори и съставляват кумулативен процент 21,6% (Таблица „О17” СБАЛББ на Приложение № 6). Структурата на разпределението на подкритерия О17 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 8.

Изследвана е зависимостта между О17 и SQI чрез непараметрична корелация. Ранговият коефициент на Спирман (ρ), установен емпирично (0,168) е по – голям от теоретичната стойност от 0,16 при 95% доверителна вероятност, от където следва, че има статистически значима (при $\rho = 95\%$) правопрпорционална връзка.

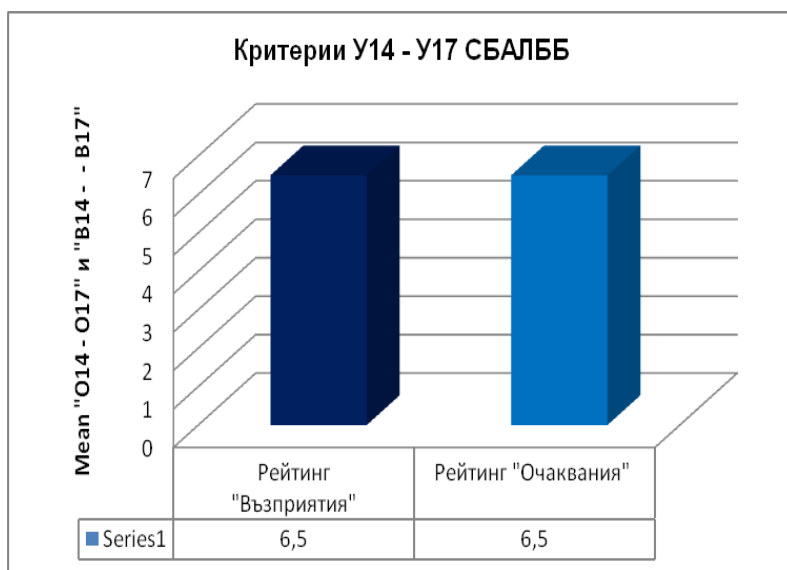
В частта В17 „Сътрудниците на ЛЗ получават от страна на своята организация адекватна поддръжка за добро изпълнение на своята работа”, 90 души от анкетираните лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 58,8% и 6-ма с „абсолютно несъгласен” или 3,9%. Останалите отговори се разсейват в междинните отговори и съставляват кумулативен процент 21,6% (Таблица „В17” СБАЛББ на Приложение № 6). Структурата на

разпределението на подкритерия В17 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 8.

Изследвана е зависимостта между В17 и SQL. чрез непараметрична корелация Ранговият коефициент на Спирман (ρ), установен емпирично (0,185) е по – голям от теоретичната стойност от 0,16 при 95% доверителна вероятност, от където следва, че има значима (при $p = 95\%$) правопрпорционална връзка.

Коефициентът на качеството на подкритерия У17 (средно аритметичната стойност на всички случаи) в частта О17 е 6,55, а в частта В17 – 6,24, което показва, че очакванията не посрещат възприятията за този тип услуга (Таблица № 18).

Рейтингът на възприятията и рейтингът на очакванията по критерия „Уверенност” У14 – У17 е съответно 6,5 и 6,5 (фиг. 22). **Частният индекс на качес твото за критерия) У14 – У17 е положителен (0),** (Таблица № 18)



Фиг 22 Частен коефициент на качеството „Уверенност” У14 – У17

Д). Критерий „Съчувствие” (С18 - С22)

- **С18 Индивидуален подход на ЛЗ към потребителите**

В частта О18 „ От ЛЗ не следва да се очаква проява на индивидуално внимание към потребителите”, 57 души от анкетираните лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 37,3% и 63 с „абсолютно несъгласен” или

41,2% (Таблица „О18” СБАЛББ на Приложение № 6). Структурата на разпределението на подкритерия О18 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 8.

В частта В18 „ЛЗ проявява към Вас индивидуално внимание”, 123 души от анкетираните лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 80,4% и 3-ма с „абсолютно несъгласен” или 2% (Таблица „В18” СБАЛББ на Приложение № 6). Структурата на разпределението на подкритерия В18 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 8.

Коефициентът на качеството на подкритерия С18 (средно аритметичната стойност на всички случаи) в частта О18 е 3,94, а в частта В18 – 6,57, което показва, че очакванията посрещат възприятията за този тип услуга (Таблица № 18).

▪ **С19 Проява на лично участие от стана на персонала при решаване на проблемите на потребителите**

В частта О19 „От сътрудниците не следва да се очаква проява на персонално внимание към потребителите”, 48 души от анкетираните лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 31,4% и 57 с „абсолютно несъгласен” или 37,3% (Таблица „О19” СБАЛББ на Приложение № 6). Структурата на разпределението на подкритерия О19 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 8.

Изследвана е зависимостта между О19 и SQI чрез непараметрична корелация. Ранговият коефициент на Спирман (ρ), установен емпирично (-0,306) е по – голям от теоретичната стойност от 0,16 при 95% и 0,21 при 99% доверителна вероятност. Между О19 и SQI има статистически значима (при $p = 99\%$) силна обратнопропорционална връзка.

В частта В19 „Сътрудниците на ЛЗ проявяват към Вас персонално внимание”, 69 души от анкетираните лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 45,1% и 45 с „абсолютно несъгласен” или 29,4% (Таблица „В19” СБАЛББ на Приложение № 6). Структурата на разпределението на подкритерия В19 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 8.

Коефициентът на качеството на подкритерия С19 (средно аритметичната стойност на всички случаи) в частта О19 е 3,9, а в частта

B19 –4,71, което показва, че очакванията посрещат възприятията за този тип услуга (Таблица № 18).

▪ **C20 Познаване на потребностите на потребителите от страна на ЛЗ**

В частта O20 „Нереалистично е да се очаква от сътрудниците на ЛЗ знания за нуждите на потребителите”, 33 души от анкетиранията лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 21,6% и 78 с „абсолютно несъгласен” или 51% (Таблица „O20” СБАЛББ на приложение № 6). Структурата на разпределението на подкритерия O20 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 8.

В частта B20 „Сътрудниците на ЛЗ не знаят за Вашите нужди”, 48 души от анкетиранията лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 31,4% и 60 с „абсолютно несъгласен” или 39,2% (Таблица „B20” СБАЛББ на приложение № 6). Структурата на разпределението на подкритерия B20 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 8.

Коефициентът на качеството на подкритерия C20 (средно аритметичната стойност на всички случаи) в частта O20 е 3,29, а в частта B20 – 3,73, което показва, че очакванията посрещат възприятията за този тип услуга (Таблица № 18).

▪ **C21 Ориентираност към проблемите на потребителите от страна на ЛЗ**

В частта O21 „Нереалистично е да се очаква, че ЛЗ са ориентирани към интересите на потребителите”, 33 души от анкетиранията лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 21,6% и 75 с „абсолютно несъгласен” или 49% (Таблица „O21” СБАЛББна приложение № 6). Структурата на разпределението на подкритерия O21 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 8.

В частта B21 „ЛЗ не е ориентирано към Вашите интереси”, 42 души от анкетиранията лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 27,5% и 69 с „абсолютно несъгласен” или 45,1% (Таблица „B21” СБАЛББ на Приложение № 6). Структурата на разпределението на подкритерия B21 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 8.

Коефициентът на качеството на подкритерия C21 (средно аритметичната стойност на всички случаи) в частта O21 е 3,35, а в частта

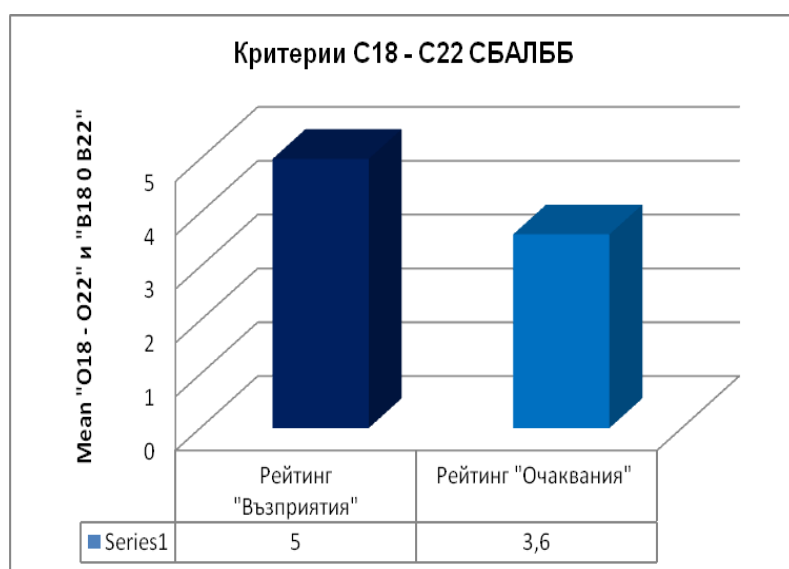
V21 – 3,53, което показва, че очакванията посрещат възприятията за този тип услуга (Таблица № 18).

▪ **C22 Удобни за всички потребители часове за работа**

В частта O22 „От ЛЗ не следва да се очаква удобни за всички потребители часове на работа”, 48 души от анкетираните лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 31,4% и 75 с „абсолютно несъгласен” или 49% (Таблица „O22” СБАЛББ на приложение № 6). Структурата на разпределението на подкритерия O22 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 8.

В частта V22 „Часовете на работа на ЛЗ са удобни за всички потребители”, 111 души от анкетираните лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 72,5% и 3-ма с „абсолютно несъгласен” или 2% (Таблица „V22” СБАЛББ на Приложение № 6). Структурата на разпределението на подкритерия V22 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 8.

Коефициентът на качеството на подкритерия C22 (средно аритметичната стойност на всички случаи) в частта O22 е 3,63, а в частта V22 – 6,41, което показва, че очакванията посрещат възприятията за този тип услуга (Таблица № 18).



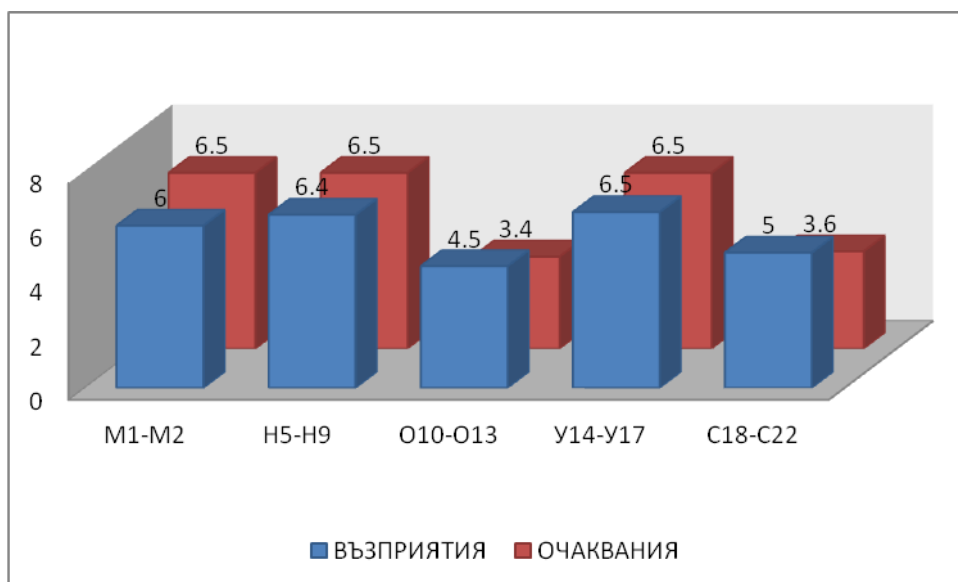
Фиг. 23 Частен коефициент на качеството „Съчувствие” C18 – C22

Рейтингът на възприятията и рейтингът на очакванията по критерия „Съчувствие” C18 – C22 е съответно 5,0 и 3,6 фиг. 23). Частният индекс

на качеството за критерия) C18 – C22 е положителен (1,4), (Таблица № 18).

При единадесет от подкритериите, очакванията за медицинската услуга преди нейното получаване, превишават възприятията за нея след получаването ѝ, т.е. **очакванията > възприятията**: M1, M2, M3 M4, H5, H6, H7, H8, Y15, Y16, Y17, (табл. 18). Това определя отрицателен коефициент на качеството за тези подкритерии. В тези случаи ЧИК могат да бъдат с положително или отрицателно значение, в зависимост от преобладаването на значенията на другите подкритерии, както е при критерия „Уверенност” (Y14 – Y17), ЧИК = 0.

При единадесет от подкритериите, очакванията за медицинската услуга преди нейното получаване, покриват възприятията за нея след получаването ѝ, т.е. **очакванията < възприятията**: H9, O10, O11, O12, O13, Y14, C18, C19, C20, C21, и C22), (табл. 18). Това определя положителен ЧИК. При един подкритерий – H9 очакванията за медицинската услуга преди нейното получаване, съвпадат с възприятията за нея след получаването ѝ, т.е. **очакванията = възприятията**, което определя нулев коефициент на качеството за подкритерия.



Фигура № 24 Обобщена картина на съотношението на рейтинг „възприятие” и рейтинг „очаквания” за медицинската услуга за СБАЛББ

Стойностите на подкритериите определят съотношението между критериите в частите „очаквания“ и „възприятия“, чиято обобщена картина представя (фигура № 24).

Е). Анализ на частните индекси на качеството и глобалния коефициент на качеството SQI за СБАЛББ

Пълните резултати от изследването за СБАЛББ са преведени в таблица № 18 , която представя ЧИК на всеки един критерий и глобалният коефициент за медицинските услуги на цялата болница.

При интерпретацията на ЧИК са използвани два взаимно допълващи се подхода: по значение и по резултат, за чиято цел критериите и техните ЧИК са ранжирани по значимост (таблица 25).

№	Критерии	Ранжиране на ЧИК	Резултат на ЧИК
1	C18 - C22 "Съчувствие"	1,4	успешен
2	O10 - O13 "Отзивчивост"	1,1	успешен
3	У14 -У 17 "Уверенност"	0	успешен
4	H5 - H9 "Надеждност"	(- 0,1)	удовлетворителен
5	M1 - M4 "Материалност"	(- 0,5)	удовлетворителен

Таблица № 25 Ранжиране на частните индекси на качеството по критериите за СБАЛББ

Най – ниският коефициент на качеството е получен по критерий „Материалност“, ЧИК = (- 0,5), а най – високият – по критерий „Съчувствие“, ЧИК = 1,4.

Негативните ЧИК на критериите H5 - H9 "Надеждност" и M1 - M4 "Материалност" се доближават до нулевото значение, което определя резултата по тези критерии като **удовлетворителен** (удовлетворително качество на представяне на медицинските услуги по тези критерии).

Положителните и нулеви значения на ЧИК на критериите У14 -У 17 "Уверенност", O10 - O13 "Отзивчивост" и C18 - C22 "Съчувствие" определя резултата по тези критерии като **успешен** (успешно качество на представяне на медицинските услуги по тези критерии).

Изчисляваме три нови променливи: R O1 22, R B1 22 и SQI. Променливата R O1 22 «Рейтинг на очакване» се изчислява за всеки

човек от болницата (всеки анкетиран пациент) като средна аритметична величина от неговите отговори от O1 до O22. Променливата R B1 22 «Рейтинг на възприятие» се изчислява за всеки човек от болницата (всеки анкетиран пациент) като средна аритметична величина от неговите отговори от B1 до B22 (Таблица №26 и Таблица № 18).

SQL (0,4) = Рейтинг на възприятие (5,7) – Рейтинг на очакване (5,3)

№	Променливи	Mean	Confidence interval of Mean	Std. Error	Median
1.	R_O1_22 «Рейтинг на очакване» "	5,29	5,13 – 5,45	0,814	5,04
2.	R_B1_22 «Рейтинг на възприятие»	5,66	5,51 – 5,82	0,078	5,6
3.	SQL	0,37	0,23 – 0,51	0,069	0,5

Таблица № 26 Статистически разпределения в частите „очаквания” и „възприятия” на СБАЛББ

№	Критерий за качеството	Рейтинг на възприятие	Рейтинг на очаквания	Коефициент на качеството Q
M1	Болницата има съвременна техника и оборудване	5,96	6.55	-0,6
M2	Интериорите на помещенията на болницата са в отлично състояние	5,57	6.49	-0,9
M3	Персоналът на болницата е приятно облечен и спретнат	6.12	6.65	-0,5
M4	Външният вид на информационните матриали (буклети, проспекти) в болницата са привлекателни	5,94	6.45	-0,5
Q МАТЕРИАЛНОСТ (M1 – M4)		6,0	6,5	ЧИК = (- 0.5)
H5	Болницата изпълнява своите обещания да оказва услугата към назначеното време	6.37	6.53	-0,2
H6	Ако потребителите скучайно имат проблеми, болницата се опитва да ги разреши искрено	6.35	6.43	-0,1
H7	Болницата има надеждна репутация	6.35	6.57	-0,2
H8	Услугите на болницата се предоставят на потребителите точно и в срок	6.45	6.59	-0,1
H9	Болницата избягва грешките и неточностите в своите операции	6.59	6.55	0
Q НАДЕЖДНОСТ (H5 – H9)		6,4	6,5	ЧИК = (-0.1)
O10	Персоналът на болницата е дисциплиниран	6.16	3.47	2,7
O11	Персоналът на болницата оказва услугите бързо и оперативно	4,22	3.43	0,8
O12	Персоналът на болницата винаги помага на своите потребители за решаване на техните проблеми	3,84	3.49	0,4
O13	Персоналът на болницата бързо реагира на молбата на потребителите	3.8	3.04	0,8
Q ОТЗИВЧИВОСТ (O10 – O13)		4.5	3,4	ЧИК = (1.1)
Y14	Между потребителите и персонала на болницата съществува атмосфера на доверие и взаимно разбиране	6.49	6.39	0,1
Y15	В отношенията си с болницата потребителите се чувстват безопасно	6.47	6.57	-0,1
Y16	Персоналът на болницата е вежлив с потребителите	6.47	6.59	-0,1
Y17	Ръководството на болницата оказва всякаква поддръжка на персонала за ефективно обслужване на потребителите	6.24	6.55	-0,3
Q УВЕРЕННОСТ/СИГУРНОСТ (Y14 – O17)		6.5	6,5	ЧИК = (0)
C18	Към потребителите в болницата се проявява индивидуален подход	6.57	3.94	2,6
C19	Персоналът на болницата проявява лично участие в решаването на проблемите на потребителите	4,71	3.9	0,8
C20	Персоналът на болницата знае потребностите на своите потребители	3.73	3.29	0,4
C21	Персоналът на болницата се ориентира към проблемите на потребителите	3.53	3.35	0,2
C22	Часовете на работа в болницата са удобни за всички потребители	6.41	3.63	2,8
Q СЪЧУВСТВИЕ (C18 – C22)		5,0	3,6	ЧИК = (1.4)
ГЛОБАЛЕН КОЕФИЦИЕНТ НА КАЧЕСТВОТО (SQI)		5.7	5.3	SQI = (0,4)

Таблица № 18 „Глобален коефициент на качеството – резултати - СБАЛББ”

3.1.2. Описание и анализ на критериите и подкритериите от анкетите на методиката SERVQUAL, проведени в МБАЛ „Д-р Тота Венкова” АД Габрово

№	Критерии	Mean	Confidence interval for Mean	Std. Error	Median
O1	Оборудването в ЛЗ трябва да бъде съвременно	6,17	6,03-6,32	0,073	7
O2	Елементите на физическото обкръжение в ЛЗ трябва да бъде привлекателно	5,85	5,69-6,01	0,082	7
O3	Сътрудниците в ЛЗ са длъжни да бъдат добре облечени и спретнати	6,41	6,30-6,52	0,057	7
O4	Външният вид на елементите на физическото обкръжение на ЛЗ трябва да съответства на типа на представяната услуга	6,0	5,85-6,15	0,077	7
	Материалност				
O5	Когато ЛЗ обещаят да предоставят услуга в определен срок, те са длъжни да изпълнят обещанието	6,24	6,13-6,35	0,056	7
O6	Когато у потребителя възникне проблем, ЛЗ е длъжно да да прояви съчувствие и да се стреми да успокои потребителите	6,27	6,18-6,36	0,045	6
O7	ЛЗ е длъжно да има надеждна репутация	6,47	6,39-6,56	0,043	7
O8	ЛЗ е длъжно да предоставя услугите в обещаното време	6,4	6,30-6,50	0,052	7
O9	ЛЗ е длъжно да води записите (документацията) акуратно (точно)	6,45	6,35-6,54	0,050	7
	Надеждност				
O10	От ЛЗ не следва да се очаква, че ще информира потребителите, кога точно ще бъде предоставена услугата	3,64	3,42-3,86	0,11	4
O11	От страна на потребителите е нереалистично да се очаква незабавно представяне на услугата от сътрудниците на ЛЗ	3,77	3,56-3,99	0,109	4
O12	Сътрудниците не винаги са длъжни да изпитват желание да помонат на потребителите	2,97	2,73-3,21	0,121	1,5
O13	Ако сътрудниците са прекалено заети, за да удовлетворят молбата на потребителите, това е нормално	3,16	2,92-3,40	0,121	2
	Отзивчивост				
O14	Потребителите трябва да имат причина за доверие в сътрудниците на ЛЗ	6,32	6,22-6,42	0,092	7
O15	Потребителите трябва да се чувстват в безопасност при общуването със сътрудниците на ЛЗ	6,38	6,25-6,51	0,066	7
O16	Сътрудниците на ЛЗ трябва да бъдат вежливи	6,79	6,74-6,85	0,029	7
O17	Сътрудниците трябва да получават от страна на ЛЗ адекватна поддръжка за добро изпълнение на своята работа	6,53	6,43-6,63	0,049	7
	Уверенност				
O18	От ЛЗ не следва да се очаква проява на индивидуално внимание към потребителите	3,16	2,92-3,41	0,124	2
O19	От сътрудниците на ЛЗ не следва да се очаква проява на персонално внимание към потребителите	3,27	3,03-3,51	0,124	3
O20	Нереалистично е да се очаква от сътрудниците на ЛЗ знания за нуждите на потребителите	2,97	2,76-3,17	0,106	2
O21	Нереалистично е да се очаква, че ЛЗ са ориентирани към интересите на потребителите	3,27	3,04-3,50	0,116	3
O22	От ЛЗ не следва да се очаква удобни за всички потребители часове на работа	3,37	3,12-3,62	0,127	2,5
	Съчувствие				

№	Критерии	Mean	Confidence interval for Mean	Std. Error	Median
B1	ЛЗ има съвременно оборудване	5,95	5,80-6,11	0,080	7
B2	Елементите на физическото обкръжение на ЛЗ са привлекателни	5,03	4,81-5,25	0,112	6
B3	Сътрудниците на ЛЗ са добре облечени и спретнати	6,23	6,10-6,36	0,066	7
B4	Външният вид на елементите на физическото обкръжение на ЛЗ съответстват на типа на предоставяните услуги	5,19	5,02-5,37	0,089	6
Материалност					
B5	Когато обещае да предостави услуга в определен срок, то изпълнява това обещание	5,65	5,49-5,81	0,081	6
B6	Когато у Вас възникне проблем, ЛЗ проявява съчувствие и се стреми да Ви успокои	5,77	5,62-5,91	0,074	6
B7	ЛЗ има надеждна репутация	5,8	5,64-5,96	0,081	6
B8	ЛЗ представя услугите в обещаното време	5,8	5,63-5,97	0,085	6
B9	ЛЗ води записите (документацията) акуратно (точно)	5,96	5,83-6,09	0,066	6
Надеждност					
B10	ЛЗ информира потребителите, кога точно ще бъде предоставена услугата	5,65	5,49-5,81	0,082	6
B11	Вие не получавате услугата от сътрудниците на ЛЗ незабавно	2,92	2,70-3,14	0,113	2
B12	Сътрудниците на ЛЗ не винаги изпитват желание да помогнат на потребителите	3,04	2,80-3,28	0,12	2
B13	Сътрудниците на ЛЗ са прекалено заети, за да удовлетворят молбата на потребителите	2,99	2,78-3,20	0,108	2
Отзивчивост					
B14	Вие можете да се доверите на сътрудниците на ЛЗ	5,65	5,49-5,80	0,079	6
B15	Вие се чувствате в безопасност при общуването със сътрудниците	5,54	5,39-5,68	0,057	6
B16	Сътрудниците на ЛЗ са вежливи	5,77	5,61-5,94	0,084	6
B17	Сътрудниците на ЛЗ получават от страна на своята организация адекватна поддръжка за добро изпълнение на своята работа	5,41	5,23-5,60	0,096	6
Увереност					
B18	ЛЗ проявява към Вас индивидуално внимание	5,26	5,05-5,47	0,107	6
B19	Сътрудниците на ЛЗ не проявяват към Вас персонално внимание	3,53	3,31-3,74	0,108	4
B20	Сътрудниците на ЛЗ не знаят за Вашите нужди	2,75	2,53-2,97	0,111	2
B21	ЛЗ не е ориентирано за Вашите интереси	2,89	2,67-3,10	0,11	2
B22	Часовете на работа на ЛЗ са удобни за всички потребители	5,69	5,54-5,86	0,084	6
Съчувствие					

Таблица № 27 „Резултати от статистическо разпределение на подкритериите в частта „Очаквания” на МБАЛ

Таблица № 28 „Резултати от статистическо разпределение на подкритериите в частта „възприятия” на МБАЛ

Статистиките, описани в таблица № 27 и таблица № 28 представят тенденциите на разпределение на данните за всеки един подкритерий при МБАЛ.

Касае се за асиметрични разпределения. И тук както при СБАЛББ, значенията на променливите са концентрирани около стойностите 7 и 1 (напълно съгласен и напълно несъгласен). Изключение правят критериите с обратни условия – О10 - О13, О18 – О22, В10 – 13 и В18 – В22. Поради тази причина в случая **средната аритметична стойност** не е критерий за измерване на централната тенденция. Предпочетени са другите две мерки на централната тенденция – мода и медиана. **Модата и медианата** на тези разпределения съвпадат и са равни на 7 което означава, че 50% от анкетиранияте са дали отговор «абсолютно съгласен». **Средната аритметична стойност** се проявява чрез SQI индексът. Средната аритметична стойност на популацията μ попада в границите на доверителните интервали на средните при малка стандартна грешка, което указва, че средните на всяка една от средните извадки, са близки до действителната средна на популацията

Б). Критерий „Материалност” (М1 – М4)

Разглеждаме променливите (подкритерии) М1, М2, М3 и М4, на критерия „Материалност” (М1 – М4) в частите му „очаквания” (О1 – О4) и „възприятия” (В1 – В4).

▪ М1 Съвременно оборудване на ЛЗБП:

В частта О1 „Оборудването би трябвало да бъде съвременно”, 223 души от анкетиранияте лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 63,7% и нито един с 1 „абсолютно несъгласен”. Останалите отговори се разсейват в междинните отговори и съставляват кумулативен процент 36,3% (Таблица „О1” МБАЛ на Приложение № 7). Структурата на разпределението на подкритерия О1 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 9.

Изследвана е зависимостта между О1 и SQI чрез непараметрична корелация. Ранговият коефициент на Спирман (ρ), установен емпирично (0,110) е по – голям от теоретичната стойност от 0,10 при 95% доверителна вероятност. От където следва, че между О1 и SQI има статистически значима (при $\rho = 95\%$) правопрпорционална връзка.

В частта В1 „Елементитенна физическото обкръжение са привлекателни”, 176 души от анкетираните лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 50,3%, 11 с 1 „абсолютно несъгласен” или 3,1%. Останалите отговори се разсейват в междинните отговори и съставляват кумулативен процент 49,7% (Таблица „В1” МБАЛ на Приложение № 7). Структурата на разпределението на подкритерия В1 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 9.

Изследвана е завизимостта В1 и SQI, чрез непараметрична корелация. Ранговият коефициент на Спирман (ρ), установен емпирично (0,200) е по – голям от теоретичната стойност от 0,10 при 95% и 0,15 при 99% доверителна вероятност. От където следва, че между В1 и SQI има статистически значима (при $\rho = 95\%$) правопрпорционална връзка.

Коефициентът на качеството на подкритерия М1 (средно аритметичната стойност на всички случаи) в частта О1 е 6,17, а в частта В1 – 5,95, което показва, че очакванията надхвърлят и не посрещат възприятията за този тип услуга (Таблица № 29).

▪ **М2 Видимо привлекателно физическо обкръжение на ЛЗБП:**

В частта О2 „Елементитенна физическото обкръжение трябва да са привлекателни”, 176 души от анкетираните лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 50,3% и 11 с 1 „абсолютно несъгласен” или 3,1%. Останалите отговори се разсейват в междинните отговори и съставляват кумулативен процент 49,7% (Таблица „О2” МБАЛ на Приложение № 7). Структурата на разпределението на подкритерия О2 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 9.

В частта В2 „Елементитенна физическото обкръжение са привлекателни”, 128 души от анкетираните лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 36,6%, 47 с 1 „абсолютно несъгласен” или 13,4%. Останалите отговори се разсейват в междинните отговори и съставляват кумулативен процент 63,4% (Таблица „В2” МБАЛ на Приложение № 7). Структурата на разпределението на подкритерия В2 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 9.

Коефициентът на качеството на подкритерия М2 в частта О2 е 5,9, а в частта В2 – 5,0, което показва, че очакванията надхвърлят и не посрещат възприятията за този тип услуга (Таблица № 29).

▪ **М3 Приятно и спретнато облечен персонал на ЛЗБП**

В частта О3 „Сътрудниците в ЛЗ са длъжни да бъдат добре облечени и спретнати”, 246 души от анкетираните лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 70,3% и нито един с „абсолютно несъгласен”. Останалите отговори

се разсейват в междинните отговори и съставляват кумулативен процент 29,7% (Таблица „О3” МБАЛ на Приложение № 7). Структурата на разпределението на подкритерия О3 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 9.

В частта В3 „Сътрудниците в ЛЗ са добре облечени и спретнати”, 186 души от анкетираните лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 53,1% и нито един с 1 „абсолютно несъгласен”. Останалите отговори се разсейват в междинните отговори и съставляват кумулативен процент 46,9% (Таблица „В3” МБАЛ на Приложение № 7). Структурата на разпределението на подкритерия В3 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 9.

Коефициентът на качеството на подкритерия М3 в частта О3 е 6.4, а в частта В3 – 6.2, което показва, че очакванията надхвърлят и не посрещат възприятията за този тип услуга (Таблица № 29).

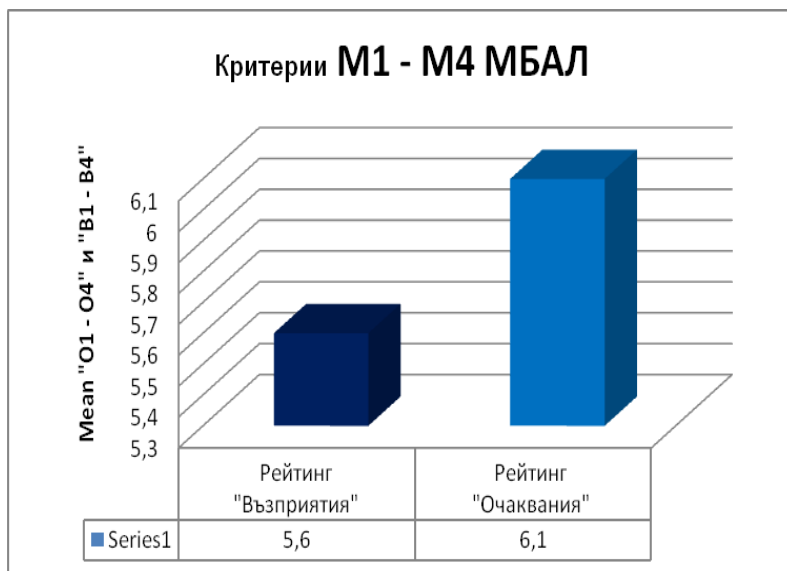
▪ **М4 Съответствие на външния вид на елементите на ЛЗБП**

В частта О4 „Външният вид на елементите на физическото обкръжение на ЛЗ трябва да съответства на типа на представяната услуга”, 198 души от анкетираните лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 56,6% и нито един с „абсолютно несъгласен”. Останалите отговори се разсейват в междинните отговори и съставляват кумулативен процент 43,4% (Таблица „О4” МБАЛ на Приложение № 7). Структурата на разпределението на подкритерия О4 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 9.

В частта В4 „Външният вид на елементите на физическото обкръжение на ЛЗ съответства на типа на представяната услуга”, 69 души от анкетираните лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 19,7%, и 12 с 1 „абсолютно несъгласен” или 3,4%. Останалите отговори се разсейват в междинните отговори и съставляват кумулативен процент 80,3% (Таблица „В4” МБАЛ на Приложение № 7). Структурата на разпределението на подкритерия В4 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 9.

Коефициентът на качеството на подкритерия М4 (средно аритметичната стойност на всички случаи) в частта О4 е 6,0, а в частта В4 – 5,19, което показва, че очакванията надхвърлят възприятията за този тип услуга (Таблица № 29).

Рейтингът на възприятията и рейтингът на очакванията по критерия „Материалност” М1 – М4 е съответно 5,6 и 6,1 (фиг. 30). Частният индекс на качеството за критерия М1- М4 е отрицателен (-0,5), (Таблица № 29).



Фиг. 29. Частен коефициент на качеството „Материалност” М1 – М4 - МБАЛ

Б). Критерий „Надежност” (Н5 – Н9)

Разглеждаме променливите (подкритерии) Н5, Н6, Н7, Н8 и Н9 на критерия „Надежност” (Н5 – Н9) в частите му „очаквания” (О1 – О4) и „възприятия” (В1 – В4).

- **Н5 Спазване на договорения (обещания) срок при предоставяне на услугата:**

В частта О5 „Когато ЛЗ обещае да предостави услуга в определен срок, то е длъжно да изпълни обещанието”, 197 души от анкетиранията лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 36,3% и нито един с „абсолютно несъгласен”. Останалите отговори се разсейват в междинните отговори и съставляват кумулативен процент 32,6% (Таблица „О5” МБАЛ на Приложение № 7). Структурата на разпределението на подкритерия О5 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 9.

В частта В5 „Когато ЛЗ обещае да предостави услуга в определен срок, то изпълнява това обещание”, 106 души от анкетиранията лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 30,3% и 12 с абсолютно несъгласен или 3,4%. Останалите отговори се разсейват в междинните отговори и съставляват кумулативен процент 69,7% (Таблица „В5” МБАЛ на Приложение № 7). Структурата на разпределението на подкритерия В5 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 9.

Коефициентът на качеството на подкритерия Н5 (средно аритметичната стойност на всички случаи) в частта О5 е 6,24, а в частта В5 – 5,65, което

показва, че очакванията надхвърлят и не посрещат възприятията за този тип услуга (Таблица № 29).

▪ **Н6 Проява на съчувствие към пациентите при възникване на проблем**

В частта О6 „Когато у потребителя възникне проблем ЛЗ, е длъжно да прояви съчувствие и да се стреми да успокои потребителите”, 162 души от анкетиранията лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 46,3% и нито един с 1 „абсолютно несъгласен”. Останалите отговори се разсейват в междинните отговори и съставляват кулумилативен процент 53,7% (Таблица „О6” МБАЛ на Приложение № 7). Структурата на разпределението на подкритерия О6 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 9.

В частта В6 „Когато у Вас възникне проблем ЛЗ проявява съчувствие и се стреми да Ви успокои”, 105 души от анкетиранията лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 30%, и 12 с 1 „абсолютно несъгласен” или 3,4%. Останалите отговори се разсейват в междинните отговори и съставляват кулумилативен процент 70% (Таблица „В6” МБАЛ на Приложение № 7). Структурата на разпределението на подкритерия В6 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 9.

Коефициентът на качеството на подкритерия Н6 (средно аритметичната стойност на всички случаи) в частта О6 е 6,27, а в частта В6 – 5,77, което показва, че очакванията надхвърлят възприятията за този тип услуга (Таблица № 29).

▪ **Н7 Надеждна репутация на ЛЗ**

В частта О7 „ЛЗ е длъжно да има надеждна репутация”, 222 души от анкетиранията лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 63,4% и нито един с „абсолютно несъгласен”. Останалите отговори се разсейват в междинните отговори и съставляват кулумилативен процент 36,6% (Таблица „О7” МБАЛ на Приложение № 7). Структурата на разпределението на подкритерия О7 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 9.

В частта В7 „ЛЗ има надеждна репутация”, 139 души от анкетиранията лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 39,7% и 12 с „абсолютно несъгласен” или 3,4%. Останалите отговори се разсейват в междинните отговори и съставляват кулумилативен процент 60,3% (Таблица „В7” МБАЛ на Приложение № 7). Структурата на разпределението на подкритерия В7 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 9.

Коефициентът на качеството на подкритерия Н7 (средно аритметичната стойност на всички случаи) в частта О7 е 6,47, а в частта В6 – 5,8, което показва, че очакванията надвишават възприятията за този тип услуга (Таблица № 29).

▪ **Н8 Предоставяне на услугата в обещаното време**

В частта О8 „ЛЗ е длъжно да предоставя услугите в обещаното време”, 232 души от анкетиранията лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 66,3% и нито един с „абсолютно несъгласен”. Останалите отговори се разсейват в междинните отговори и съставляват кумулативен процент 33,7% (Таблица „О8” МБАЛ на Приложение № 7). Структурата на разпределението на подкритерия О8 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 9.

В частта В8 „ЛЗ предоставя услугите в обещаното време”, 163 души от анкетиранията лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 46,6% и 12 с „абсолютно несъгласен” или 3,4%. Останалите отговори се разсейват в междинните отговори и съставляват кумулативен процент 69,7% (Таблица „В8” МБАЛ на Приложение № 7). Структурата на разпределението на подкритерия В8 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 9.

Коефициентът на качеството на подкритерия Н8 (средно аритметичната стойност на всички случаи) в частта О8 е 6,4, а в частта В8 – 5,8, което показва, че очакванията надхвърлят и не посрещат възприятията за този тип услуга (Таблица № 29).

▪ **Н9 Акуратно водене на записите от ЛЗ**

В частта О9 „ЛЗ е длъжно да води записите акуратно”, 234 души от анкетиранията лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 66,9% и нито един с „абсолютно несъгласен”. Останалите отговори се разсейват в междинните отговори и съставляват кумулативен процент 33,1% (Таблица „О9” МБАЛ на Приложение № 7). Структурата на разпределението на подкритерия О9 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 9.

Изследвана е завизимостта между О9 и SQI чрез непараметрична корелация. Ранговият коефициент на Спирман (ρ), установен емпирично (-0,161) е по – голям от теоретичната стойност от 0,10 при 95% и 0,15 при 99% доверителна вероятност. От където следва, че между О9 и SQI има статистически значима (при $\rho = 99\%$) обратнопропорционална връзка.

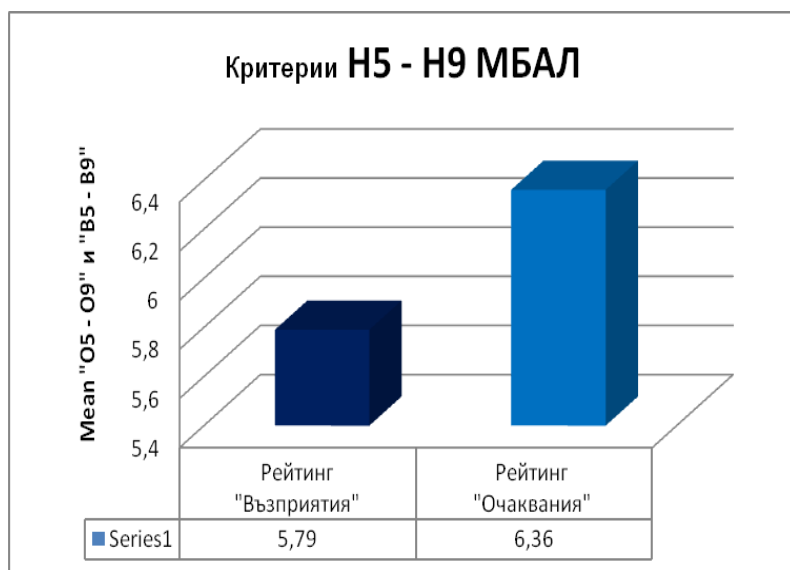
В частта В9 „ЛЗ води записите акуратно”, 127 души от анкетиранията лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 36,3% и 12 с „абсолютно несъгласен” или 3,4%. Останалите отговори се разсейват в междинните отговори и съставляват

кулумилативен процент 33,1% (Таблица „В9” МБАЛ на Приложение № 7). Структурата на разпределението на подкритерия В9 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 9.

Изследвана е зависимостта между В9 и SQI чрез непараметрична корелация. Ранговият коефициент на Спирман (ρ), установен емпирично (0,308) е по – голям от теоретичната стойност от 0,10 при 95% и 0,15 при 99% доверителна вероятност. От където следва, че между В9 и SQI има статистически значима (при $\rho = 95\%$) правопрпорционална връзка.

Коефициентът на качеството на подкритерия Н9 (средно аритметичната стойност на всички случаи) в частта О9 е 6,45, а в частта В9 – 5,96, което показва, че очакванията надхвърлят и не посрещат възприятията за този тип услуга (Таблица № 29).

Рейтингът на възприятията и рейтингът на очакванията по критерия „Надеждност” Н5 – Н9 е съответно 5,79 и 6.36 (фиг. 31). **Частният индекс на качеството за критерия Н5 – Н9 е отрицателен (- 0,6), (Таблица № 29).**



Фиг. 31 Частен коефициент на качеството „Надеждност” Н5 – Н9 – МБАЛ

В). Критерий „Отзивчивост” (О10 – О13),

▪ О10 Персоналът на ЛЗ е дисциплииран

В частта О10 „От ЛЗ не следва да се очаква, че ще информира потребителите, кога точно ще бъде предоставена услугата”, 22 души от анкетираните лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 6,3% и 116 с 1 „абсолютно несъгласен”, или 33,1%. Останалите отговори се разсейват в

междинните отговори и съставляват кумулативен процент 93,7% (Таблица „О10” МБАЛ на Приложение № 7). Структурата на разпределението на подкритерия О10 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 9.

В частта В10 „ЛЗ информира потребителите, кога точно ще бъде предоставена услугата”, 94 души от анкетираните лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 26,9% и 12 с „абсолютно несъгласен” или 3,4%. Останалите отговори се разсейват в междинните отговори и съставляват кумулативен процент 73,1% (Таблица „В10” МБАЛ на Приложение № 7). Структурата на разпределението на подкритерия В10 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 9.

Коефициентът на качеството на подкритерия О10 (средно аритметичната стойност на всички случаи) в частта О10 е 3,64, а в частта В10 – 5,65, което показва, че очакванията посрещат възприятията за този тип услуга (Таблица № 29).

▪ **О11 Своевременно предоставяне на услугата от персонала**

В частта О11 „От страна на потребителите е нереалистично да се очаква незабавно представяне на услугата от сътрудниците на ЛЗ”, 22 души от анкетираните лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 6,3% и 105 с „абсолютно несъгласен”, или 30%. Останалите отговори се разсейват в междинните отговори и съставляват кумулативен процент 93,7% (Таблица „О11” МБАЛ на Приложение № 7). Структурата на разпределението на подкритерия О11 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 9.

В частта В11 „Вие не получавате услугата от сътрудниците на ЛЗ незабавно”, 11 души от анкетираните лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 3,1% и 151 с „абсолютно несъгласен” или 43,1%. Останалите отговори се разсейват в междинните отговори и съставляват кумулативен процент 96,9% (Таблица „В11” МБАЛ на Приложение № 7). Структурата на разпределението на подкритерия В11 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 9.

Коефициентът на качеството на подкритерия О11 (средно аритметичната стойност на всички случаи) в частта О11 е 3,77, а в частта В11 – 2,92, което показва, че очакванията надхвърлят възприятията за този тип услуга (Таблица № 29).

▪ **О12 Мотивираност у сътрудниците оказват помощ на потребителите**

В частта О12 „Сътрудниците не винаги са длъжни да изпитват желание да помогнат на потребителите”, 23 души от анкетираните лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 6,6% и 175 с „абсолютно несъгласен”, или 50%.

Останалите отговори се разсейват в междинните отговори и съставляват кумулативен процент 93,4% (Таблица „О12” МБАЛ на Приложение № 7). Структурата на разпределението на подкритерия О12 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 9.

В частта В12 „Сътрудниците не винаги изпитват желание да помогнат на потребителите”, 33 души от анкетираните лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 9,4% и 140 с „абсолютно несъгласен” или 40%. Останалите отговори се разсейват в междинните отговори и съставляват кумулативен процент 90,6% (Таблица „В12” МБАЛ на Приложение № 7). Структурата на разпределението на подкритерия В12 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 9.

Коефициентът на качеството на подкритерия О12 в частта О12 е 2,97, а в частта В12 – 3,04, което показва, че очакванията посрещат възприятията за този тип услуга (Таблица № 29).

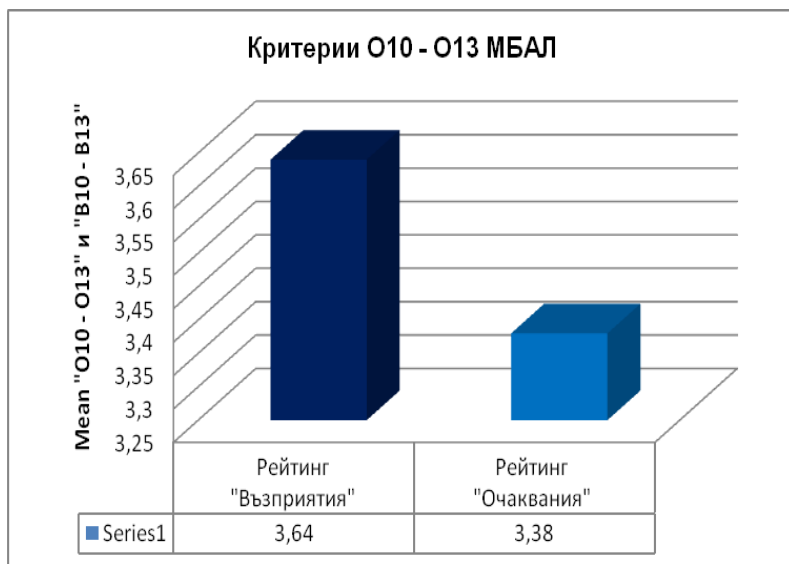
▪ **О13 Бърз отговор на молбата на пациентите от страна на персонала**

В частта О13 „Ако сътрудниците са прекалено заети, за да удовлетворят молбата на потребителите, това е нормално”, 34 души от анкетираните лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 9,7% и 152 с „абсолютно несъгласен”, или 43,4%. Останалите отговори се разсейват в междинните отговори и съставляват кумулативен процент 90,3% (Таблица „О13” МБАЛ на Приложение № 7). Структурата на разпределението на подкритерия О13 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 9.

В частта В13 „Сътрудниците са прекалено заети, за да удовлетворят молбата на потребителите”, 22 души от анкетираните лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 6,3% и 130 с „абсолютно несъгласен” или 37,1%. Останалите отговори се разсейват в междинните отговори и съставляват кумулативен процент 93,7% (Таблица „В13” МБАЛ на Приложение № 7). Структурата на разпределението на подкритерия В13 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 9.

Коефициентът на качеството на подкритерия О13 в частта О13 е 3,16, а в частта В13 – 2,98, което показва, че очакванията посрещат възприятията за този тип услуга (Таблица № 29).

Рейтингът на възприятията и рейтингът на очакванията по критерия „Отзивчивост” О10 – О13 е съответно 3,64 и 3,38 (фиг. 32). Частният индекс на качеството за критерия) О10 – О13 е положителен (0,3), (Таблица № 29).



Фиг. 32 Частен коефициент на качеството „Отзивчивост“ О10 – О13 - МБАЛ

Д). Критерий „Увереност“ (У14 – У17)

▪ У14 Доверие и взаимно разбиране между персонала и потребителите

В частта О14 „Потребителите трябва да имат лична причина за доверие в сътрудниците на ЛЗ“, 207 души от анкетираните лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен“ или 59,1% и нито един с несъгласен. Останалите отговори се разсейват в междинните отговори и съставляват кумулативен процент 40,9% (Таблица „О14“ МБАЛ на Приложение № 7). Структурата на разпределението на подкритерия О14 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 9.

В частта В14 „Вие можете да с едоверита на сътрудниците на ЛЗ“, 82 души от анкетираните лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен“ или 23,4% и 23 с „абсолютно несъгласен“ или 6,6%. Останалите отговори се разсейват в междинните отговори и съставляват кумулативен процент 76,6% (Таблица „В14“ МБАЛ на Приложение № 7). Структурата на разпределението на подкритерия в14 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 9.

Изследвана е зависимостта между В14 и SQI, чрез непараметрична корелация. Ранговият коефициент на Спирман (ρ), установен емпирично (0,306) е по – голям от теоретичната стойност от 0,10 при 95% и 0,15 при 99% доверителна вероятност. От където следва, че между В14 и SQI има статистически значима (при $\rho = 99\%$) правопрпорционална връзка.

Коефициентът на качеството на подкритерия У14 в частта О14 е 6,32 а в частта В14 – 5,65, което показва, че очакванията надхвърлят и не посрещат възприятията за този тип услуга (Таблица № 29).

▪ **У15 Отношение на сигурност и безопасност от страна на ЛЗ към потребителите**

В частта О15 „Потребителите трябва да се чувстват в безопасност при общуването си със сътрудниците на ЛЗ”, 230 души от анкетираните лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 65,7% и 12 с 1 „абсолютно несъгласен” или 3,4. Останалите отговори се разсейват в междинните отговори и съставляват кумулативен процент 34,3% (Таблица „О15” МБАЛ на Приложение № 7). Структурата на разпределението на подкритерия О15 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 9.

В частта В15 „Вие се чувствате в безопасност при общуването си със сътрудниците”, 57 души от анкетираните лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 16,3% и 12 с 1 „абсолютно несъгласен” или 3,4%. Останалите отговори се разсейват в междинните отговори и съставляват кумулативен процент 83,7% (Таблица „В15” МБАЛ на Приложение № 7). Структурата на разпределението на подкритерия В15 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 9.

Коефициентът на качеството на подкритерия У15 в частта О15 е 6,38, а в частта В15 – 5,54, което показва, че очакванията надхвърлят и не посрещат възприятията за този тип услуга (Таблица № 29).

▪ **У16 Вежливост на персонала с потребителите**

В частта О16 „Сътрудниците на ЛЗ трябва да бъдат вежливи” 302 души от анкетираните лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 86,3% и нито един с „абсолютно несъгласен”. Останалите отговори се разсейват в междинните отговори и съставляват кумулативен процент 13,7% (Таблица „О16” МБАЛ на Приложение № 7). Структурата на разпределението на подкритерия О16 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 9.

В частта В16 „Сътрудниците на ЛЗ са вежливи”, 174 души от анкетираните лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 49,7% и 12 с 1 „абсолютно несъгласен” или 3,4%. Останалите отговори се разсейват в междинните отговори и съставляват кумулативен процент 50,3% (Таблица „В16” МБАЛ на Приложение № 7). Структурата на разпределението на подкритерия В16 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 9.

Коефициентът на качеството на подкритерия У16 в частта О16 е 6,79, а в частта В16 – 5,77, което показва, че очакванията надхвърлят и не посрещат възприятията за този тип услуга (Таблица № 29).

▪ **У17 Поддръжка на персонала от страна на ръководството за ефективно обслужване на потребителите**

В частта О17 „Сътрудниците трябва да получават от страна на ЛЗ адекватна поддръжка за добро изпълнение на своята работа”, 267 души от анкетиранията лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 76,3% и нито един с „абсолютно несъгласен”. Останалите отговори се разсейват в междинните отговори и съставляват кумулативен процент 23,7% (Таблица „О17” МБАЛ на Приложение № 7). Структурата на разпределението на подкритерия О17 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 9.

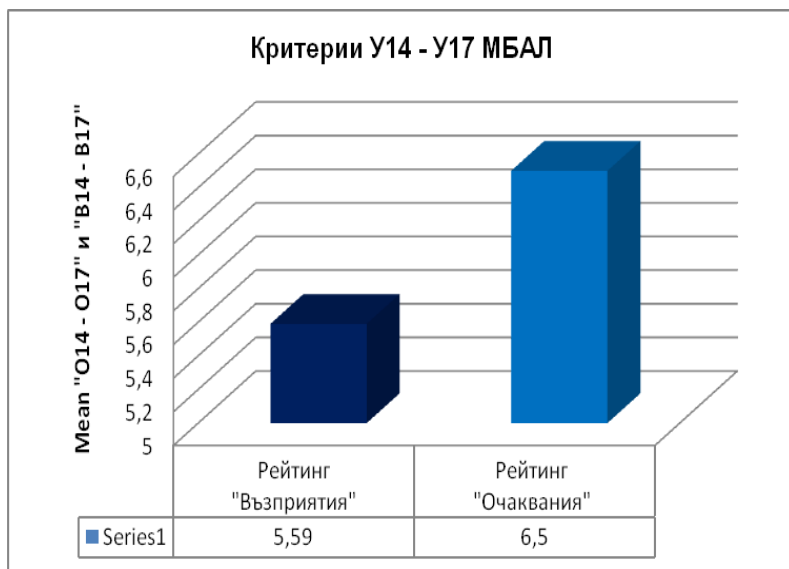
Изследвана е зависимостта между О17 и SQI чрез непараметрична корелация. Ранговият коефициент на Спирман (ρ), установен емпирично (0,179) е по – голям от теоретичната стойност от 0,10 при 95% и 0,15 при 99% доверителна вероятност. От където следва, че между О17 и SQI има статистически значима (при $\rho = 99\%$) правопрпорционална връзка.

В частта В17 „Сътрудниците на ЛЗ получават от страна на своята организация адекватна поддръжка за добро изпълнение на своята работа”, 152 души от анкетиранията лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 43,4% и 23 с 1 „абсолютно несъгласен” или 6,6%. Останалите отговори се разсейват в междинните отговори и съставляват кумулативен процент 56,6% (Таблица „В17” МБАЛ на Приложение № 7). Структурата на разпределението на подкритерия В17 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 9.

Изследвана е зависимостта между В17 и SQI чрез непараметрична корелация. Ранговият коефициент на Спирман (ρ), установен емпирично (0,504) е по – голям от теоретичната стойност от 0,10 при 95% и 0,15 при 99% доверителна вероятност. От където следва, че между В17 и SQI има статистически значима (при $\rho = 99\%$) правопрпорционална връзка.

Коефициентът на качеството на подкритерия У17 в частта О17 е 6,53, а в частта В17 – 5,41, което показва, че очакванията надхвърлят и не посрещат възприятията за този тип услуга (Таблица № 29).

Рейтингът на възприятията и рейтингът на очакванията по критерия „Уверенност” У14 – У17 е съответно 5,59 и 6,5 (фиг. 33). **Частният индекс на качес твоето** за критерия) У14 – У17 е отрицателен (- 0,9) (Таблица № 29).



Фиг. 33 Частен коефициент на качеството „Уверенност“ У14 – У17 - МБАЛ

Д). Критерий „Съчувствие“ (С18 - С22)

▪ С18 Индивидуален подход на ЛЗ към потребителите

В частта О18 „От ЛЗ не следва да се очаква проява на индивидуално внимание към потребителите“, 46 души от анкетираните лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен“ или 13,1% и 163 с 1 „абсолютно несъгласен“ или 46,6%. Останалите отговори се разсейват в междинните отговори и съставляват кумулативен процент 86,9% (Таблица „О18“ МБАЛ на Приложение № 7). Структурата на разпределението на подкритерия О18 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 9.

В частта В18 „ЛЗ проявява към Вас индивидуално внимание“, 152 души от анкетираните лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен“ или 43,4% и 45 с „абсолютно несъгласен“ или 12,9%. Останалите отговори се разсейват в междинните отговори и съставляват кумулативен процент 56,6% (Таблица „В18“ МБАЛ на Приложение № 7). Структурата на разпределението на подкритерия В18 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 9.

Коефициентът на качеството на подкритерия С18 в частта О18 е 3,16, а в частта В18 – 5,26, което показва, че очакванията посрещат възприятията за този тип услуга (Таблица № 29).

▪ С19 Проява на лично участие от стана на персонала при решаване на проблемите на потребителите

В частта О19 „От сътрудниците не следва да се очаква проява на персонално внимание към потребителите“, 47 души от анкетираните лица са отговорили със 7

„абсолютно съгласен” или 13,4% и 151 с „абсолютно несъгласен” или 43,1%. Останалите отговори се разсейват в междинните отговори и съставляват кулумилативен процент 86,6% (Таблица „О19” МБАЛ на Приложение № 7). Структурата на разпределението на подкритерия О19 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 9.

Изследвана е зависимостта между О19 и SQI чрез непараметрична корелация. Ранговият коефициент на Спирман (ρ), установен емпирично (-0,498) е по – голям от теоретичната стойност от 0,10 при 95% и 0,15 при 99% доверителна вероятност. От където следва, че между О19 и SQI има статистически значима (при $\rho = 99\%$) обратнопропорционална връзка.

В частта В19 „Сътрудниците на ЛЗ проявяват към Вас персонално внимание”, 23 души от анкетираните лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 6,6% и 106 с „абсолютно несъгласен” или 30,3%. Останалите отговори се разсейват в междинните отговори и съставляват кулумилативен процент 93,4% (Таблица „В19” МБАЛ на Приложение № 7). Структурата на разпределението на подкритерия В19 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 9.

Изследвана е зависимостта между В19 и SQI, чрез непараметрична корелация. Ранговият коефициент на Спирман (ρ), установен емпирично (-0,260) е по – голям от теоретичната стойност от 0,10 при 95% и 0,15 при 99% доверителна вероятност. От където следва, че между В19 и SQI има статистически значима (при $\rho = 99\%$) обратнопропорционална връзка.

Коефициентът на качеството на подкритерия С19 в частта О19 е 3,27, а в частта В19 – 3,53, което показва, че очакванията посрещат възприятията за този тип услуга (Таблица № 29).

▪ **С20 Познаване на потребностите на потребителите от страна на ЛЗ**

В частта О20 „Нереалистично е да се очаква от сътрудниците на ЛЗ знания за нуждите на потребителите”, 12 души от анкетираните лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 3,4% и 128 с „абсолютно несъгласен” или 36,6%. Останалите отговори се разсейват в междинните отговори и съставляват кулумилативен процент 96,6% (Таблица „О20” МБАЛ на Приложение № 7). Структурата на разпределението на подкритерия О20 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 9.

В частта В20 „Сътрудниците на ЛЗ не знаят за Вашите нужди”, 11 души от анкетираните лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 3,1% и 152 с „абсолютно несъгласен” или 43,4%. Останалите отговори се разсейват в междинните отговори и съставляват кулумилативен процент 96,9% (Таблица „В20”

МБАЛ на Приложение № 7). Структурата на разпределението на подкритерия В20 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 9.

Коефициентът на качеството на подкритерия С20 в частта О20 е 2,97, а в частта В20 – 2,75, което показва, че очакванията надхвърлят и не посрещат възприятията за този тип услуга (Таблица № 29).

▪ **С21 Ориентираност към проблемите на потребителите от страна на ЛЗ**

В частта О21 „Нереалистично е да се очаква, че ЛЗ са ориентирани към интересите на потребителите”, 34 души от анкетиранията лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 9,7% и 127 с „абсолютно несъгласен” или 36,3%. Останалите отговори се разсейват в междинните отговори и съставляват кумулативен процент 90,3% (Таблица „О21” МБАЛ на Приложение № 7). Структурата на разпределението на подкритерия О21 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 9.

В частта В21 „ЛЗ не е ориентирано към Вашите интереси”, 11 души от анкетиранията лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 3,1% и 152 с „абсолютно несъгласен” или 43,4%. Останалите отговори се разсейват в междинните отговори и съставляват кумулативен процент 96,9% (Таблица „В21” МБАЛ на Приложение № 7). Структурата на разпределението на подкритерия В21 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 9.

Коефициентът на качеството на подкритерия С21 в частта О21 е 3,27, а в частта В21 – 2,89, което показва, че очакванията надхвърлят възприятията за този тип услуга (Таблица № 29).

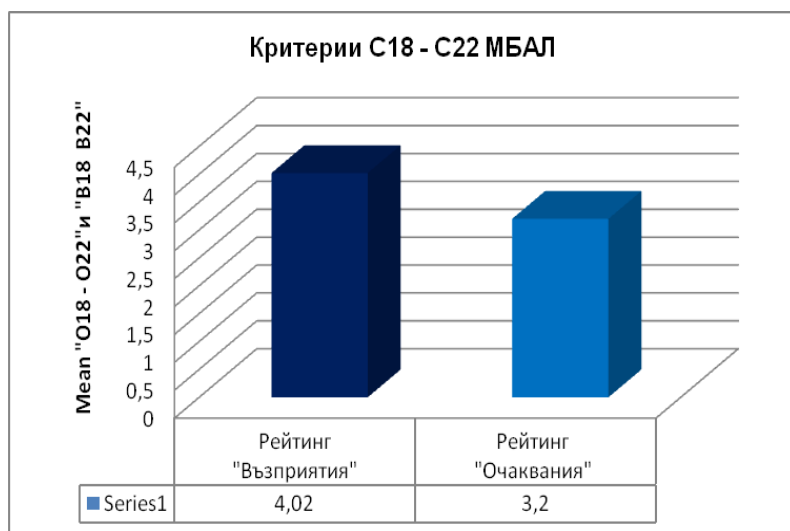
▪ **С22 Удобни за всички потребители часове за работа**

В частта О22 „От ЛЗ не следва да се очаква удобни за всички потребители часове на работа”, 47 души от анкетиранията лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 13,4% и 139 с „абсолютно несъгласен” или 39,7%. Останалите отговори се разсейват в междинните отговори и съставляват кумулативен процент 86,6% (Таблица „О22” МБАЛ на Приложение № 7). Структурата на разпределението на подкритерия О22 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 9.

В частта В22 „Часовете на работа на ЛЗ са удобни за всички потребители”, 162 души от анкетиранията лица са отговорили със 7 „абсолютно съгласен” или 46,3% и 12 с „абсолютно несъгласен” или 3,4%. Останалите отговори се разсейват в междинните отговори и съставляват кумулативен процент 53,7% (Таблица

„B22” МБАЛ на Приложение № 7). Структурата на разпределението на подкритерия B22 е представена чрез секторна диаграма в Приложение № 9.

Коефициентът на качеството на подкритерия C22 в частта O22 е 3,37, а в частта B22 – 5,69, което показва, че очакванията посрещат възприятията за този тип услуга (Таблица № 29).

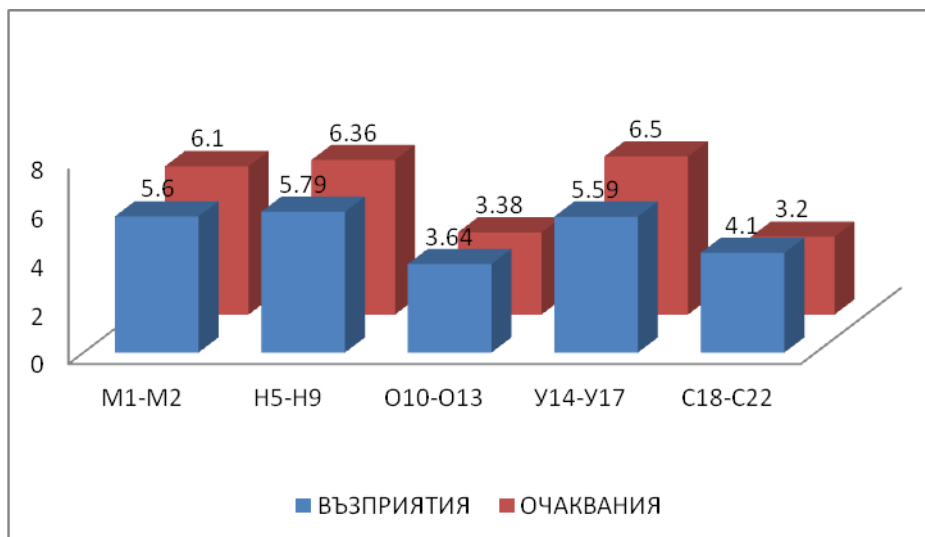


Фиг. 34 Частен коефициент на качеството „Съчувствие” C18 – C22 - МБАЛ

Рейтингът на възприятията и рейтингът на очакванията по критерия „Съчувствие” C18 – C22 е съответно 4,02 и 3,20(фиг. 34). Частният индекс на качеството за критерия) C18 – C22 е положителен (0,82), (Таблица № 29).

При седемнадесет от подкритериите, очакванията за медицинската услуга преди нейното получаване, превишават възприятията за нея след получаването ѝ, т.е. **очакванията > възприятията**, (M1, M2, M3, M4, H5, H6, H7, H8, H9, O11, O13, U14, U15, U16, U17, C20, C21). Това определя отрицателен коефициент на качеството за тези подкритерии. В тези случаи ЧИК могат да бъдат с положително или отрицателно значение, в зависимост от преобладаването на значенията на другите подкритерии, както е при критериите „Отзивчивост” (O10 – O13) и „Съчувствие” (C18 – C22).

При пет от подкритериите, очакванията за медицинската услуга преди нейното получаване, покриват възприятията за нея след получаването ѝ, т.е. **очакванията < възприятията**, (O10, O12, C18, C19, C22). Това определя дял към положителен ЧИК.



Фигура № 35 Обобщена картина на съотношението на рейтинг „възприятие“ и рейтинг „очаквания“ за медицинската услуга за МБАЛ

Стойностите на подкритериите определят съотношението между критериите в частите „очаквания“ и „възприятия“, чиято обобщена картина представя графиката на фигура №35.

Е). Анализ на частните индекси на качеството и глобалния коефициент на качеството SQI

Пълните резултати от проучването за СБАЛББ са преведени в таблица №29, която представя ЧИК на всеки един критерий и глобалният коефициент за медицинските услуги на цялата болница.

При интерпретацията на ЧИК са използвани два взаимно допълващи се подхода: по значение и по резултат, за чиято цел критериите и техните ЧИК са ранжирани по значимост (таблица № 36).

№	Критерии	Ранжиране на ЧИК	Резултат на ЧИК
1	C18 - C22 "Съчувствие"	0,8	успешен
2	O10 - O13 "Отзивчивост"	0,3	успешен
3	M1 – M4 „Материалност"	(-0,5)	удовлетворителен
4	H5 - H9 "Надеждност"	(-0,6)	удовлетворителен
5	Y14 – Y17 „Уверенност"	(-0,9)	неудовлетворителен

Таблица № 36 Ранжиране на частните индекси на качеството по критерии за МБАЛ

Най – ниският коефициент на качеството е получен по критерий "Уверенност", ЧИК = (- 0,9), а най – високият – по критерий „Съчувствие“, ЧИК = 0,8. Положителните и нулеви значения на ЧИК на критериите C18 - C22 "Съчувствие" и O10 – O13 „Отзивчивост“ определя резултата по тези критерии като **успешен**

(успешно качество на представяне на медицинските услуги по тези критерии. Негативните ЧИК на критериите М1 - М4 "Материалност" и Н5 – Н9 „Надеждност” се доближават до нулевото значение, което определя резултата по тези критерии като **удовлетворителен** (удовлетворително качество на представяне на медицинските услуги по тези критерии), докато значението на критерия У14 - У17 „Уверенност” се доближава до (-1), което го определя като **неудовлетворителен** (неудовлетворително качество на представяне на медицинските услуги по този критерий).

Изчисляваме три нови променливи: R O1 22, R B1 22 и SQI. Променливата R O1 22 «Рейтинг на очакване» се изчислява за всеки човек от болницата (всеки анкетиран пациент) като средна аритметична величина от неговите отговори от O1 до O22. Променливата R B1 22 «Рейтинг на възприятие» се изчислява за всеки човек от болницата (всеки анкетиран пациент) като средна аритметична величина от неговите отговори от B1 до B22. SQI – Глобален коефициент на качеството = рейтинг на възприятие – Рейтинг на очакване (Таблица № 37 и Таблица и (Таблица № 29).

$SQI (-02) = \text{Рейтинг на възприятие } (4,9) - \text{Рейтинг на очакване } (5,1)$

№	Променливи	Mean	Confidence interval of Mean	Std. Error	Median
1.	R_O1_22 «Рейтинг на очакване» "	5,08	4,99 – 5,17	0,04	4,86
2.	R_B1_22 «Рейтинг на възприятие»	4,93	4,81 – 5,04	0,05	5,04
3.	SQI	(-0,154)	(-0,271) – (-0,037)	0,05	0,13

Таблица № 37 Статистически разпределения в частите „очаквания” и „възприятия” на МБАЛ

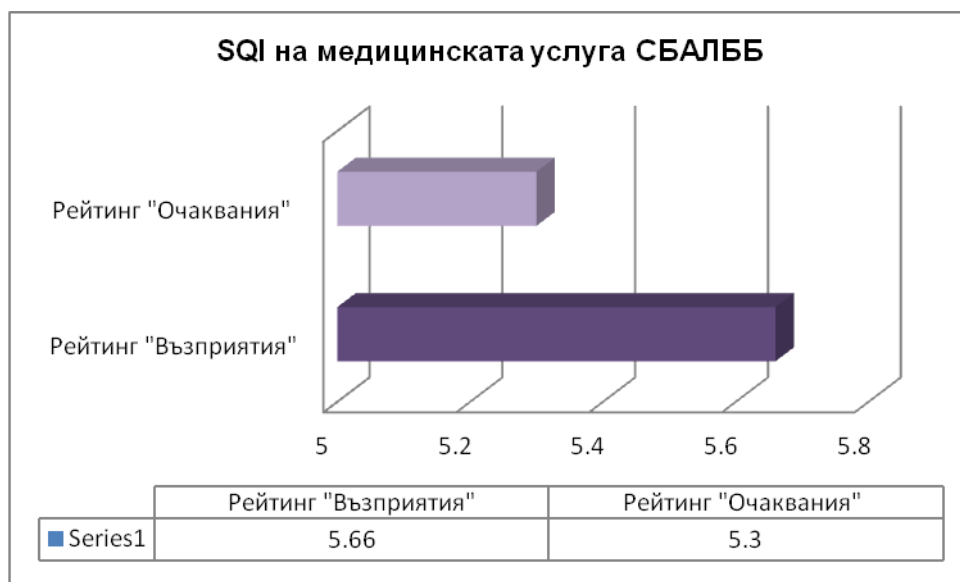
№	Критерий за качеството	Рейтинг на възприятие	Рейтинг на очаквания	Коефициент на качеството Q
M1	Болницата има съвременна техника и оборудване	5,95	6,17	-0,2
M2	Интериорите на помещенията на болницата са в отлично състояние	5,03	5,85	-0,8
M3	Персоналът на болницата е приятно облечен и спретнат	6,23	6,41	-0,2
M4	Външният вид на информационните материали (буклети, проспекти) в болницата са привлекателни	5,19	6,0	-0,8
Q МАТЕРИАЛНОСТ (M1 – M4)		5,6	6,1	ЧИК = (- 0,5)
H5	Болницата изпълнява своите обещания да оказва услугата към назначеното време	5,65	6,24	-0,6
H6	Ако потребителите скучайно имат проблеми, болницата се опитва да ги разреши искрено	5,77	6,27	-0,5
H7	Болницата има надеждна репутация	5,8	6,47	-0,6
H8	Услугите на болницата се предоставят на потребителите точно и в срок	5,8	6,4	-0,6
H9	Болницата избягва грешките и неточностите в своите операции	5,96	6,45	-0,5
Q НАДЕЖДНОСТ (H5 – H9)		5,79	6,36	ЧИК = (-0,6)
O10	Персоналът на болницата е дисциплиниран	5,65	3,64	2,0
O11	Персоналът на болницата оказва услугите бързо и оперативно	2,92	3,77	-0,9
O12	Персоналът на болницата винаги помага на своите потребители за решаване на техните проблеми	3,04	2,97	0,1
O13	Персоналът на болницата бързо реагира на молбата на потребителите	2,98	3,16	-0,2
Q ОТЗИВЧИВОСТ (O10 – O13)		3,64	3,38	ЧИК = (0,3)
Y14	Между потребителите и персонала на болницата съществува атмосфера на доверие и взаимно разбиране	5,65	6,32	-0,7
Y15	В отношенията си с болницата потребителите се чувстват безопасно	5,54	6,38	-0,8
Y16	Персоналът на болницата е вежлив с потребителите	5,77	6,79	-1,0
Y17	Ръководството на болницата оказва всякаква поддръжка на персонала за ефективно обслужване на потребителите	5,41	6,53	-1,0
Q УВЕРЕННОСТ/СИГУРНОСТ (Y14 – Y17)		5,59	6,5	ЧИК = (- 0,9)
C18	Към потребителите в болницата се проявява индивидуален подход	5,26	3,16	2,1
C19	Персоналът на болницата проявява лично участие в решаването на проблемите на потребителите	3,53	3,27	0,3
C20	Персоналът на болницата знае потребностите на своите потребители	2,75	2,97	-0,2
C21	Персоналът на болницата се ориентира към проблемите на потребителите	2,89	3,27	-0,4
C22	Часовете на работа в болницата са удобни за всички потребители	5,69	3,37	2,3
Q СЪЧУВСТВИЕ (C18 – C22)		4,02	3,20	ЧИК = (0,8)
ГЛОБАЛЕН КОЕФИЦИЕНТ НА КАЧЕСТВОТО (SQI)		4,9	5,1	SQI = (-0,20)

Таблица № 29 „Глобален коефициент на качеството – резултати - МБАЛ

3.1.3. Сравнителен анализ на SQI между двете ЛЗБП

Проучването, извършено в СБАЛББ и МБАЛ във връзка с прилагане на методиката SERVQUAL за оценка на качеството на медицинската услуга **показва различни резултати на частните и глобалните индекси на качеството.**

При **СБАЛББ** медицинската дейност, измерена чрез SQI е с положително значение и съставлява 0,4 бала (**SQI = 0,4**), което указва, че възприятието на пациентите за качеството на предоставяната от болницата услуга превишава нивото на очакванията им (фигура № 38) *Според SQI като цяло резултатът на услугите, които предоставя СБАЛББ се определя като успешен или високо качество.*



Фигура № 38 SQI на СБАЛББ

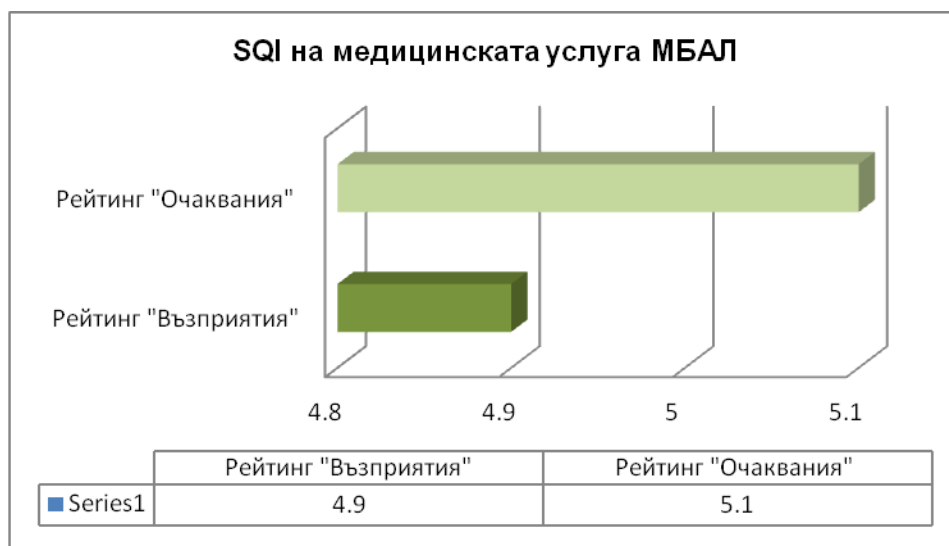
Не съществува разрыв между очаквания и възприятия (разрив Gap 5 от Модела «Gap»), поради което посоката на анализа при положителното значение на SQI е в поддържане на нивото на качеството и търсене на възможности за подобрене на качеството дейностите по критерии и подкритерии.

От таблица № 18 „Глобален коефициент на качеството” (SQI) за СБАЛББ, е видно, че подкритериите: M1, M2, M3, M4, H5, H6, H7, H8, Y15, Y16 и Y17, са с отрицателно значение, но приближаващо се до нулево, което означава, че очакванията за услугата съвсем малко превишават възприемането ѝ и като цяло, тя е успешна. В смисъла на концепцията TQM тези подкритерии трябва да

бъдат обект на непрекъснато подобрене на качеството, в бъдеще. Необходимо е организацията да се стреми да стесни максимално пространството на разрива Гар 5. Предвид зависимостта на този разрив от останалите разриви: Гар 1, Гар 2, и Гар 3 на Модела «Гар» следва, да се подобри представата на мениджмънта за предпочитанията на потребителите за услугата. Същият да „преведе” гласа на потребителите в стандартите за предоставяне на услугата на езика на техническото изпълнение на услугата (локални и национални медицински стандарти), както и реализацията им на практика (вътрешен контрол).

При **МБАЛ** медицинската дейност, измерена чрез ключовия показател SQI е с отрицателно значение, което указва, че очакванията превишават възприятията за услугата, но резултатът се счита за удовлетворителен - частните коефициенти за качество се доближават към нулевото значение, при $SQI = (-0,2)$. Медицинската услуга като цяло се оценява като успешна.

Значението на SQI определя, че разрывът Гар 5 от Модела «Гар» между очаквания и възприятия, при МБАЛ е по – голям в сравнение със същия при СБЛББ.



Фигура № 39 SQI на МБАЛ

Независимо, че и за двете болници чрез резултатите на SQI, качеството на предоставяните медицински услуги се приема като успешно, възприеманата в многопрофилната болница услуга изостава спрямо очакваната, значително (фигура № 39), което се дължи на влиянието на отрицателните значения на

подкритериите: M1, M2, M3, M4, H5, H6, H7, H8, H9, O11, O13, U14, U15, U16, U17, C20 и C21 (таблица № 29).

Също както и при СБАЛББ, МБАЛ трябва да прави регулярно преглед на изискванията, свързани с продукта, въвеждане на мерки за комуникация с потребителите по отношение на информацията за продукта, запитвания, договори изпълнение на пръчки и обратна връзка с пациентите.

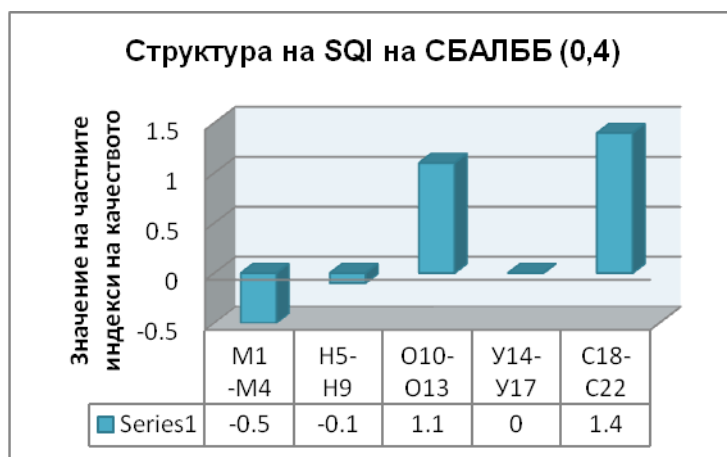
За анализа на SQI са важни не само значението и резултата му, но и неговата структура.

Частните индекси на качеството могат да имат различен знак от SQI. Положителното значение на частния индекс информира за това, че потребителите са удовлетворени по дадения критерий в по – голяма степен отколкото се е очаквало. Това не винаги е добре. От една страна, високият частен индекс може да възникне, поради излишна организация – безкрайно количество процедури и потребление на безкрайно количество ресурси – състояние, в мениджмънта известно като „ентропическа смърт“. Това предполага мярка на всичко: в документирането на процедурите, стандартизация на процесите и продукцията, разходи за подготовка на персонала, измерване и анализ, контрол и тестване. Анализирани и стандартизиране на човешкия опит, който да бъде информационно достъпен и повторно използван. Ефективното избягване на ентропическата смърт на организацията е възможно само с максимално въвличане на персонала.

От друга страна, изразеният висок ЧИК може да се разглежда като ниво на качеството, което организацията е в състояние да обезпечи и до, които могат да нарастват другите индекси на другите критерии, за да се получи високо и при това еднородно по всички критерии качество на предоставената услуга.

Отрицателното значение на ЧИК сигнализира, че потребителите не са във възторг от получената услуга по дадения критерий. Ситуацията изисква допълнителен анализ. Решаващо се явява разглеждането на критериите, „виновни“ за неудовлетворителното качество.

Структурата на SQI на разглежданите ЛЗБП показва нееднородност на качеството на медицинските услуги – успешни SQI, но с множество отрицателни значения на ЧИК , по – силно изразено за МБАЛ (фигура № 41 и фигура № 40).



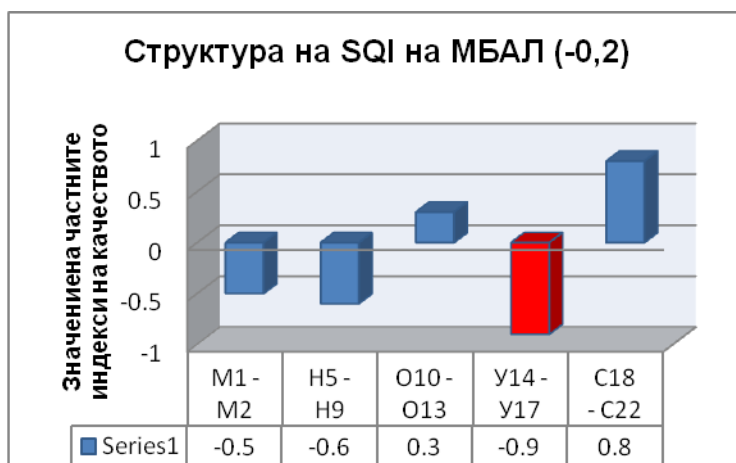
Фигура № 40 Структура на QSI на СБАЛББ

Причините се дължат на по – големият пазарен сегмент, диверсификацията на медицинските услуги, по – големите тежест на случаите и спешността, влиянието на демографските фактори във връзка с хроничните заболявания и по - слабото присъствие на държавното регулиране.

За двете ЛЗБП компенсиращите подкритерии (с най – висока стойност) са C18 – C22, което се тълкува като прецедент. От една страна, означава познаване на потребностите и нуждите на потребителите - основополагащо за придаване на такива характеристики на услугата, осигуряващи нейното качество, а от друга наличието на разрыв между очаквания и възприятие доказва, че критерият не може да бъде напълно „компенсиращ“ за останалите критерии.

Следователно, представата на мениджмънта за услугата изисква системност в осигуряването на качеството.

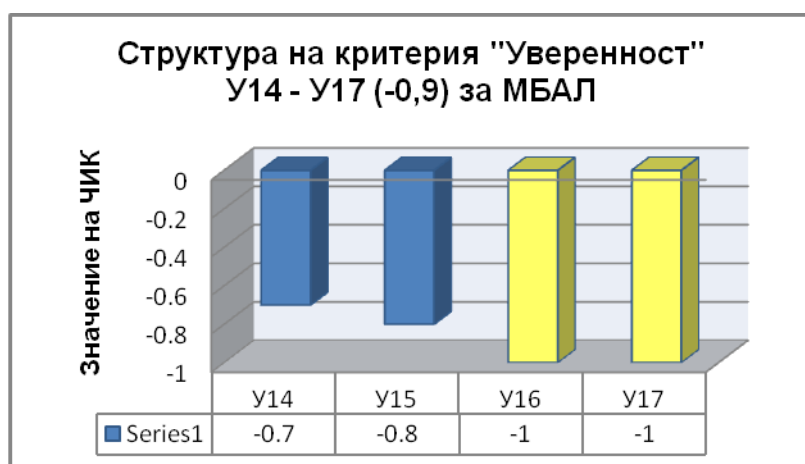
Позицията на критерия "Уверенност" при МБАЛ със значение на ЧИК, клонящ към (-1) означава неудовлетворително качество по този критерий, което изисква задълбочен анализ (фигура № 41). Подкритериите формиращи структурата на критерия „Уверенност“ се свързват с доверие, безопасност, вежливост и поддръжка на персонала от ръководството (фигура № 42).



Фигура № 41 Структура на SQI на МБАЛ

Доверието (Y14), безопасността (Y15), и ангажираността на висшето ръководство (Y17) в дадената услуга са градивни елементи на осигуряването на качеството, което е същността на управлението на качеството. Следователно, чрез оценяването на подкритериите Y14, Y15, Y17, се получава информация за степента на осигуреност за качеството на услугата от организацията. Обратно, нивото на QA на услугата се определя нивото на управление на качеството в тази организация.

Зад доверието стоят дългогодишните усилия на организацията за осигуряване на качеството, което пряко кореспондира с изграждането на професионалната компетентност и мотивацията на човешките ресурси за това. **Този факт даде повод за разширяване на обхвата на проучването в посока на изследване на удовлетворяване на персонала и създаване на мотивационен профил на двете изследвани ЛЗБП.**



Фигура № 42 Структура на критерия „Уверенност” (Y14 – Y17) за МБАЛ

Изводи:

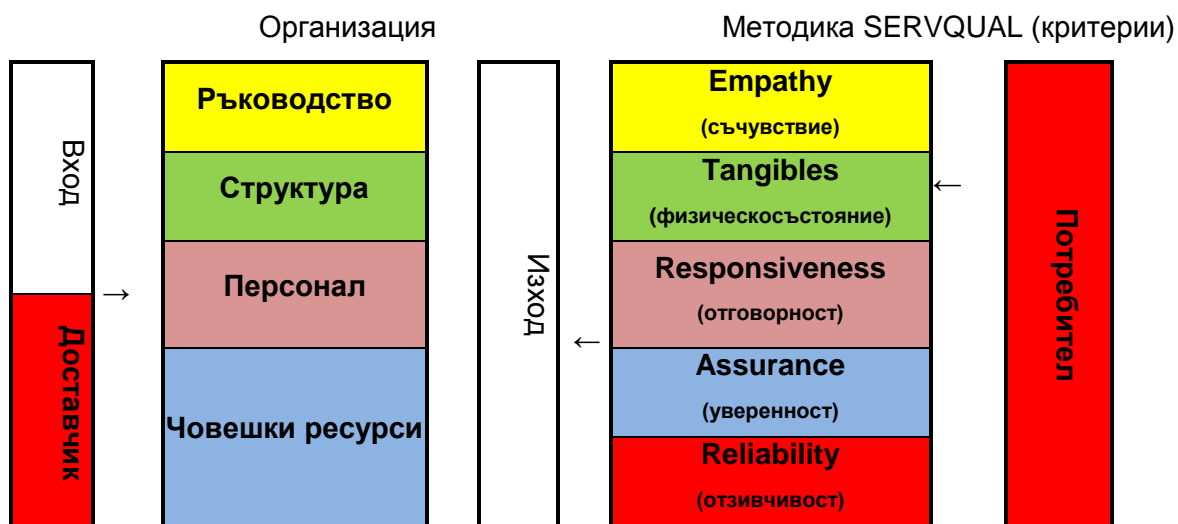
Проучването в двете ЛЗБП доказва корелационна зависимост между качеството на медицинската услуга - SQI и очакванията и SQI и възприятията за нея. Връзката е статистически значима и правопрпорционална при O1, O17, O19, B1, B9, B14, B17 и статистически значима и обратнопропорционална при O19 и B19.

Като се изхожда от факта, че SQI = B – O следва, че SQI се увеличава (качеството расте), когато B расте – има по добро възприятие за услугата, по – добро изпълнение на услугата. Това обяснява значимата права връзка между SQI и B. От проучването следва, че нарастването на O води до намаляване на SQI. Как да се обясни статистически значимата правопрпорционална зависимост между SQI и O? Очакванията са по – големи, когато потребителят е информиран (тип “word of mouth”), има по – големи потребности и минал опит. Тогава положителната връзка между SQI и O, е възможна само при значително по – голямо ниво на възприятие на услугата. Следователно, възприятието за услугата (представянето) е като „буфер”, за очакванията. Трябва да се поддържа на многократно и трайно високо равнище. Обратната зависимост между QSI и O19 и B19 може да означава работа в екип, грешка или неразбиране на въпроса от страна на пациентите.

3.1.4. Методиката SERVQUAL като измерител на функционалното и техническото качество

При емпирични изследвания на някои организации¹² за адаптиране на скалата от методиката SERVQUAL в болнична среда е установено, че функционалното качество не може да бъде поддържано без точни диагнози и процедури, т.е. без техническото качество. Това поставя под съмнение тезата за възможностите на методиката като измерител единствено на функционалното качество и налага въпроса: „Възможно ли е чрез детерминантите на методиката SERVQUAL да бъдат измерени двата вида качество според модела на Грьонроос - функционалното и техническото”?

¹² The Joint Communication for Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO)



Фигура № 43 Съответствие и припокриване на критериите от методиката SERVQUAL и елементите на организацията

Хипотетично допускаме възможността за сравнение (проектиране или наслагване) на всяка една детерминанта на методиката SERVQUAL с/върху даден елемент на организацията ¹³. Фигура № 43 представя връзката между детерминантите на методиката SERVQUAL и елементите на организацията, като съответствието и припокриването между тях е отразено с еднакъв цвят.

- Детерминантата Tangibles (физическо състояние), която включва всичко материално и осезаемо за потребителя на продукта/услугата, като оборудване, персонал, комуникации и материали, удобства и изглед, би следвало да съответства на **структурата (вътрешната среда)**;
- Детерминантата Reliability (надеждност) като способност да се представи обещаната услуга сигурно и в срок, предполага изпълнение на договорни отношения с доставчици и потребители, както и осигуряване на качеството. По този начин детерминантата се свързва с **подпроцесите и целия процес**;
- Детерминантата Responsiveness (отзивчивост), като реакция на организацията на желанията на потребителя, отразява **контакта на потребителя с персонала** и организацията чрез вежливост и

¹³ Организацията се разглежда като социална система, изградена от различни елементи, между които съществуват връзки и взаимозависимости. Елементите и връзките изграждат вътрешната ѝ среда.

доверие в персонала, чувство за безопасност в отношенията с организацията;

- Детерминантата Assurance (уверенност) се възприема от потребителя като компетентност от страна на този, който извършва услугата. Кореспондира с **човешките ресурси**, които трябва да притежават изискуемите способности и знания за представяне на услугата;
- Детерминантата Empathy (емпатия) съответства на висшето ръководство и включва усилията да бъдат разбрани потребностите на всеки един конкретен потребител, и готовността да бъде предоставена индивидуална услуга. Третира **обратната връзка** на ръководството с потребителите.

В резултат от проектирането на съдържанието на детерминантите върху елементите на организацията следва, че всяка една от тях се „отразява” на ключово място и *оценява определен тип отношения*, възникващи между елементите, както на вътрешната среда на организацията, така и между елементите на организацията и външната среда. Например: детерминантата Tangibles като дава представа за структурата, може да е отговорна за отношенията между по – малките звена и подпроцесите. Reliability (надеждност) е отговорна за отношенията «организация – доставчик» и «организация - потребител». Responsiveness (отзивчивост) – отношенията, формиращи се при контакта с потребителя , поради което вероятно е ключов измерител. Assurance (уверенност) изразява отношението „потребител – човешки ресурси, респективно професионалното ниво. Empathy (емпатия) – отношението на ръководството към потребителите (обратна връзка).

„Приравняването” на детерминантите на методиката SERVQUAL с даден тип отношения в организацията на вътрешната и външната ѝ среда, определя „участието” (значението) им при създаването на услугата. Това означава, че тези детерминанти се отразяват върху основните нива на организацията: в потенциала на процеса, в структурата и в човешките ресурси. От това следва твърдението, че детерминантите от методиката SERVQUAL имат двуяка природа – от една страна, замислени като критерии, те са измерители на качеството на дейността, но от друга – могат да се разглеждат като ценности, които трябва да са налични през цялото време, за да се осъществява тази дейност. Така по косвен път, *те могат да се разглеждат като съставни*

компоненти както на структурата, така и на отношенията и на процеса, предоставящ услугата, едновременно.

Два аргумента подкрепят тази теза: (1) компонентите на процеса и (2) трансформацията на процеса. Компонентите могат да бъдат класифицирани, според т.н. „Седем М“ (seven M's): (1) materials/материали (материали, компоненти или документи, участващи в процеса); (2) manpower/човешки ресурси (човешки фактор); (3) methods/методи (проектиране на продукта или процеса и оперативни процедури); (4) machines/машини (инструменти и оборудване, използвани в процеса); (5) measurement/измерване (техники и инструменти, използвани за събиране на данни за представянето на процеса); (6) maintenance/поддържане (система за доставяне и грижа за компонентите на процеса, включително и обучение на хора); (7) management/управление (политика, роли и околна среда).

Тези компоненти се променят непрекъснато. Една личност се заменя с друга, материалите преминават от един в друг доставчик, машината се променя, плановете и програмите, също. Необходимо е да се споменене, че целта на при тоталното управление на качеството е да направи тези компоненти лесно заменими, поради което трансформацията им не води до дестабилизация и негативно влияние върху изпълнението на процеса.

Като се има предвид, че ролята на процеса е да трансформира входящите ресурси в изходни данни, като добавя стойност фокусирайки се върху тоталното организиране на качеството, което се осъществява чрез „Триадата за качеството” - структура, процес, резултат (и околната среда), от йерархическата им подчиненност и взаимодействие (резултатът наследва процеса, а процесът – структурата) следва, че във всеки един критерий биха се отразили зависимостите на цялата верига. Това предполага, че измервайки резултата, се измерва процеса, а измервайки процеса, измерваме структурата. *Потенциалът на човешкият ресурс се проявява в процеса на неговото потребление и в процеса на производство на продукта/услугата да създава стойност над собствената ѝ стойност (добавена), което е в основата на тоталното организиране на качеството и взаимовръзката „резултат – процес – структура”. Или трансформацията на процеса се дължи на трансформацията на работната сила на вложените усилия.* В този смисъл, предоставянето на дадена услугата не е единствено самият контакт между

доставчика и потребителя. В контакта се фокусират невидимите за потребителя фактори: технологии, професионално знания и умения, оборудване, комуникации, които се усещат като резултат (въздействие/ промяна). По същество те са ресурси, които процесът преобразува в резултат. Следователно на нивото на производствения процес и на нивото на предоставяне на услугата, двете качества - функционалното и техническото, се изравняват. *Те трябва да се разглеждат като едно цяло, защото трансформацията на ресурсите не би могла да се осъществи без структура, съответно - да се добави стойност.* Извън производствения процес, двата вида качество биха могли да се проявяват като самостоятелни феномени. Ето защо, методиката SERVQUAL се явява измерител не само на функционалното качество, за което е проектирана, но и на техническото качество на услугата.

3.1.5. SWOT анализ на процеса, на предоставяне на функционалното качество на медицинската услуга, на разглежданите ЛЗБП

ЧИК могат да бъдат критерии за определяне на силните и слабите страни в дейността на организацията. (Таблица 7 и Таблица 8). Тези ЧИК, чиито значения са положителни или отрицателни, но са близки до нулевото значение определят силните страни на организацията. Значенията на ЧИК, отрицателни далеч от нулевото значение, определят слабите страни на организацията. Възможностите са факторите на външната среда, които могат да променят ЧИК към положително (по – високо) значение. Заплахите са факторите на външната среда, които могат да променят ЧИК към отрицателно (по – ниско) значение (промяна в потребностите на потребителите, поява на нови продукти и технологии, медикаменти, подходи за диагностика и лечение, промени в здравната политика и законодателство, промяна в ценностите на обществото и качеството на живот), (фигура 44, таблица 45 и таблица 46).

S	W
ЧИК: стойности (+) или (-), но близки до 0	ЧИК: стойности <0 или (-), но близки до 1
O	T
Фактори на външната среда, които променят ЧИК към (+) и към по – високо значение	Фактори на външната среда, които променят ЧИК към (-) и към по – ниско значение

Фигура 44 Адаптиране на методиката SERVQUAL към SWOT анализ

SWOT анализ СБАЛББ	
<p>Силни страни / S</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ O10 – <i>отговорност и дисциплина</i> на персонала; ▪ O11 - <i>оперативност</i> при оказване на услугите; ▪ O12 и O13 – <i>своевременност</i> (реакция на персонала към проблемите на пациентите); ▪ C22 - <i>достъп до ЛЗБП</i>; ▪ C18 – <i>индивидуален подход</i> от ЛЗБП към потребителите; ▪ C19 - <i>лично участие на персонала</i> в решаването на проблемите на потребителите; ▪ C20 и C21 - <i>познаване и ориентация на ЛЗБП и персонала към потребностите на пациентите</i>; ▪ У14 – <i>доверие</i> между пациентите и персонала; 	<p>Слаби страни / W</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ M1 – наличие в ЛЗБП на <i>съвременна техника и оборудване</i>; ▪ M2 – състояние на интериора на помещенията; ▪ M3 – <i>външен вид на персонала</i>; ▪ M4 – възприемливост на информационните материали; ▪ H7 – надеждна <i>репутация</i> на ЛЗБП; ▪ У17 – <i>поддръжка на персонала</i> от страна на ръководството;
<p>Възможности / O</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Проучване на нови технологии, променящи взаимодействието между потребителите, доставчиците и служителите, с цел подобряване репутацията на ЛЗБП; ▪ Участие в проекти и програми за борба с ТБК; 	<p>Заплахи / T</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Конкуренция от други ЛЗ, предоставящи медицински услуги по отношение на заболяванията на белодробната система и специално ТБК; ▪ Въвеждане на иновативни продукти от страна на конкурентите; ▪ Недостатъчна мотивация на персонала;
SWOT анализ МБАЛ	
<p>Силни страни / S</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ C22 - <i>достъп до ЛЗБП</i>; ▪ M1-наличие в ЛЗБП на <i>съвременна техника и оборудване</i>; ▪ C18 – проява на <i>индивидуален подход</i> от ЛЗБП към потребителите; ▪ C19 - <i>лично участие на персонала</i> на ЛЗБП в решаването на проблемите на потребителите; ▪ O10 – <i>отговорност и дисциплина</i> на персонала; 	<p>Слаби страни / W</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ M2 и M4 - състояние на интериора на помещенията и <i>привлекателност</i> във външния вид на информационните материали на ЛЗБП; ▪ H6 – <i>своевременност и искреност</i> при разрешаване на проблемите на пациентите от страна на ЛЗБП; ▪ O11 и H5 – <i>оперативност</i> при оказване на услугите; ▪ H9 - <i>неточности</i> в извършването на операциите; ▪ У14 - <i>доверие</i> между пациентите и персонала; ▪ У15 – <i>безопасност</i> на пациентите; ▪ У16 – <i>вежливост</i> към пациентите; ▪ У17 – <i>поддръжка на персонала</i> от страна на ръководството;
<p>Възможности / O</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Промяната в демографската структура в региона, с тенденция застаряване и свързаната с нея заболеваемост - възможност за поддържане на продуктивния микс по отношение на обхвата (дължината и ширината на продуктивния микс) на медицинските услуги; ▪ Проучване на нови технологии, с цел подобряване на качеството на медицинската услуга; ▪ Международно сътрудничество за обмен на технологии и медицински специалисти. 	<p>Заплахи / T</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Въвеждане на иновативни продукти от страна на конкурентните ЛЗБП; ▪ Недостатъчна мотивация на персонала; ▪ Липса на промяна в законодателството по отношение на специализацията на лекарите; ▪ Управление на процесите и операциите в ЛЗБП;

Таблица 45 „СБАЛББ” и Таблица 46 ”МБАЛ” - SWOT анализ на медицинската дейността, измерена чрез подкритериите на методиката SERVQUAL

3.2. Данни от проучване чрез методите „Пряко изразено удовлетворение” и „Рейтинги важност – постижения” в ЛЗБП

3.2.1. Резултати от приложение на метода „Пряко изразено удовлетворение”

А). СБАЛББ „Пенчо Семов” АД Габрово

Изследваме пет главни променливи, като част от офертата на ЛЗБП: (1) Изразено удовлетворение "като цяло", (2) Изразено удовлетворение "оборудване", (3) Изразено удовлетворение "диагностика и лечение", (4) Изразено удовлетворение "информираност", (5) Изразено удовлетворение "вътрешен ред" (Приложение № 4).

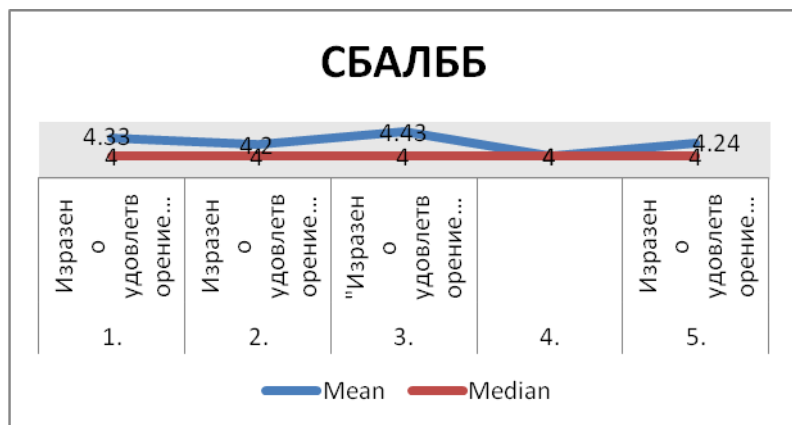
№	Променливи	Mean	Confidence interval of Mean	Std. Error	Median
1.	Изразено удовлетворение "като цяло"	4,33	4,10 – 4,57	0,118	4
2.	Изразено удовлетворение "оборудване"	4,20	3,94 – 4,45	0,125	4
3.	Изразено удовлетворение "диагностика и лечение"	4,43	4,25 – 4,61	0,090	4
4.	Изразено удовлетворение "информираност"	4,02	3,72 – 4,31	0,147	4
5.	Изразено удовлетворение "вътрешен ред"	4,24	4,02 – 4,45	0,107	4

Таблица № 47 „Резултати от статистическо разпределение на променливите по метода „Пряко изразено удовлетворение” – СБАЛББ

Касае се за асиметрично – дясно изтеглено положително разпределение на значенията на средните аритметични стойности, които са по – големи от медианата (таблица № 47 и фигура №48). Стойностите им около 4, показват, че по – голямата част – над 80% от анкетираните лица са отговорили с „доволен” и „много доволен”, по всяка една от позициите на офертата, на което се дължи и асиметрията. Приложение № 10 Честотни разпределение „Изразено удовлетворение СБАЛББ). Доверителните интервали на изчислените средни стойности на променливите от извадката показва, че средната стойност за всяка една от тези променливи в популацията - μ попада в обхвата на тези стойности

(интервалите съдържат истинската средна аритметична стойност на популацията).

При наклонената надясно графика, мениджмънтът на ЛЗБП (фигура № 48), може да е доволен, че организация постига целите си да доставя медицински услуги с високо качество и да предизвиква удовлетворение у потребителите (Приложение № 12 – Кръгови диаграми от проведена анкета „Изразено удовлетворение СБАЛБ“).



Фигура № 48 Съотношение „средна аритметична величина – медиана“ на променливите по метода „Пряко изразено удовлетворение“ – СБАЛБ

Б). МБАЛ „Д-р Тота Венкова“ АД Габрово

Изследваме пет главни променливи, част от офертата на ЛЗБП: (1) Изразено удовлетворение "като цяло", (2) Изразено удовлетворение "оборудване", (3) Изразено удовлетворение "диагностика и лечение", (4) Изразено удовлетворение "информираност", (5) Изразено удовлетворение "вътрешен ред" (Приложение № 4).

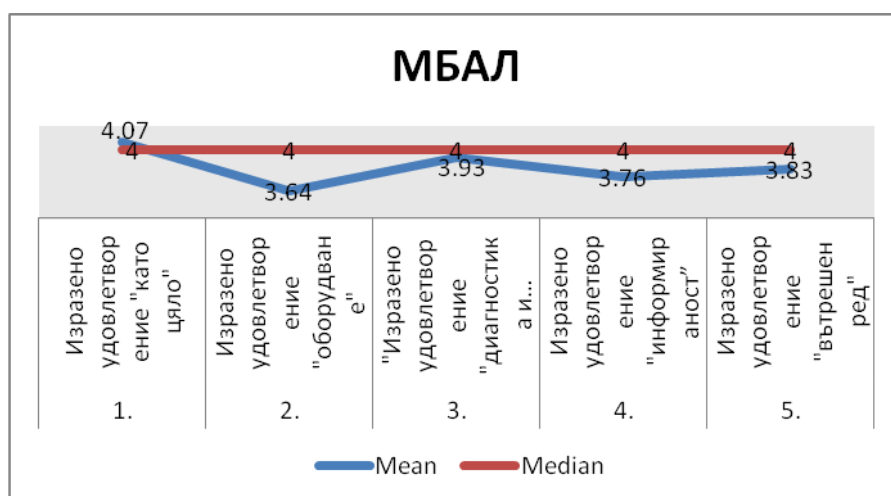
Касае се за асиметрично – ляво изтеглено положително разпределение на значенията на средните аритметични стойности, които са по – малки от медианата (таблица № 49 и фигура № 50). Най – голяма част от анкетираните лица – 60 – 70% по всеки компонент от офертата, са отговорили с „доволен“, но голяма част с „недоволен“, което резултира върху значението на средните аритметични стойности. По компонентите „Изразено удовлетворение "диагностика и лечение" и „ Изразено удовлетворение "вътрешен ред", 10% от анкетираните лица са отговорили с „недоволен“, а по компонентата „Изразено удовлетворение "информираност" – 16,6% с „недоволен“ (Приложение № 11 Честотни разпределение „Изразено удовлетворение МБАЛ). Доверителните интервали на

изчислените средни стойности на променливите от извадката показва, че средната стойност за всяка една от тези променливи в популацията - μ попада в обхвата на тези стойности (интервалите съдържат истинската средна аритметична стойност на популацията).

№	Променливи	Mean	Confidence interval of Mean	Std. Error	Median
1.	Изразено удовлетворение "като цяло"	4,07	4,01 – 4,12	0,028	4,0
2.	Изразено удовлетворение "оборудване"	3,64	3,55 – 3,73	0,046	4,0
3.	Изразено удовлетворение "диагностика и лечение"	3,93	3,84 – 4,01	0,041	4,0
4.	Изразено удовлетворение "информираност"	3,76	3,66 – 3,86	0,049	4,0
5.	Изразено удовлетворение "вътрешен ред"	3,83	3,75 - 3,92	0,042	4,0

Таблица № 49 „Резултати от статистическо разпределение на променливите по метода „Пряко изразено удовлетворение” – МБАЛ

При наклонената наляво графика, мениджмънтът на ЛЗБП (Фигура № 50) трябва да помисли за подобряване на офертата, в частите „диагностика и лечение”, „вътрешен ред” и „информираност”, за да отговори на потребностите на неудовлетворените потребители, като същевременно запази този аспект от офертата си, който обслужва удовлетворените потребители (Приложение № 13 - Кръгови диаграми от проведена анкета „Изразено удовлетворение” МБАЛ).



Фигура № 50 Съотношение „средна аритметична величина – медиана” на променливите по метода „Пряко изразено удовлетворение” – МБАЛ

3.2.2. Резултати от приложение на метода „Рейтинги важност – постижение”

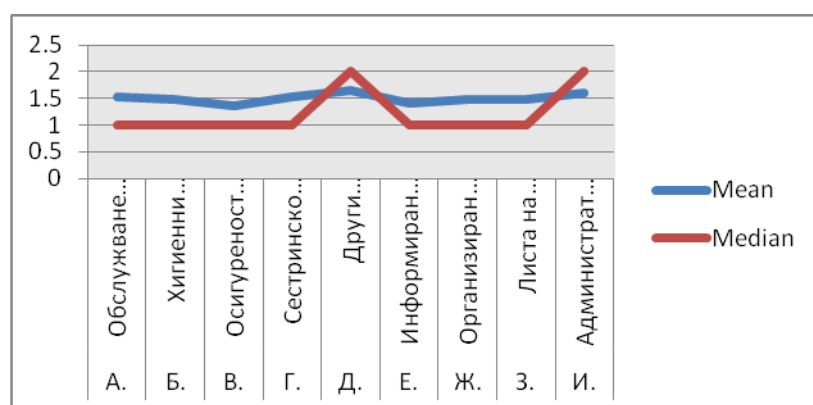
Измерителят „Пряко изразено удовлетворение” не измерва важността за потребителите на лошото изпълнение по компонентите на офертата на организацията. Това налага анализ от гледна точка на (1) важността на всеки един компонент и (2) колко добре се справя организацията по всеки компонент.

Анализът по метода „Рейтинги важност – постижение” включва три направления: (1) важността на всеки компонент от офертата, (2) нивото на изпълнение на всеки компонент и (3) анализ на приоритетните компоненти. Вземаха се предвид особеността на анкетата, според която оценяването на променливите по четирибална скала, определя изключителната важност и важността на услугата с по-голям ранг „1” и „2”, а по – малката важност и маловажност/изпълнение на услугата с по – малък ранг „3” и „4”, което при тълкуването на статистиките означава, че по – ниските стойности се доближават до придаване на по – голяма важност и по - добро към отлично изпълнение, докато по – високите стойности, обратно.

А). СБАЛББ „Пенчо Семов” АД Габрово

а.) Рейтинг „Важност”

Касае се за асиметрично – дясно изтеглено положително разпределение на значенията на средните аритметични стойности, които са по – големи от медианата (таблица № 51 и фигура № 52).



Фигура № 52 Рейтинг „Важност” - СБАЛББ

Стойностите им около 1,5 показват, че по – голямата част от анкетираните лица – между 52% и 64% са отговорили с „изключително важно” по всяка една от позициите на офертата, на което се дължи и асиметрията. Изключение правят позициите Д „Други видове обслужване: рентген, лаборатория» и И

«Административен офис – учтивост на служителите при не/заплащане на услугата при работа със ЗЗО», където средните стойности на променливите са над 1,6. По двете позиции 51% от анкетираните лица са отговорили с ранг 2 „важен“ и оттук по – високата стойност на медианата 2 (Приложение № 14). Доверителните интервали на изчислените средни стойности на променливите от извадката показва, че средната стойност за всяка една от тези променливи в популацията - μ попада в обхвата на тези стойности (интервалите съдържат истинската средна аритметична стойност на популацията).

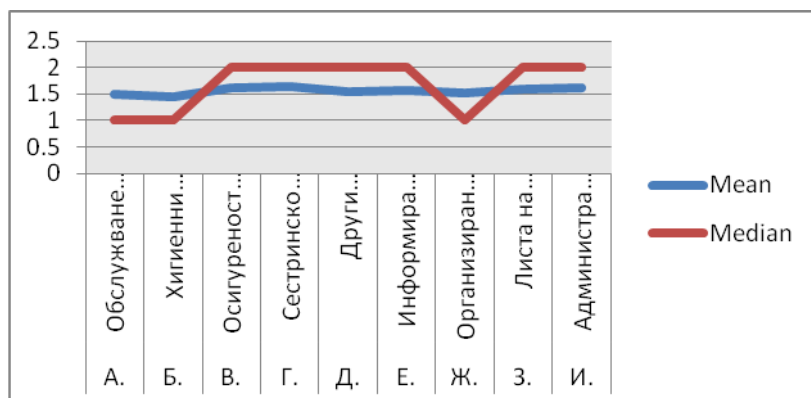
*При наклонената надясно графика (фигура № 52), мениджмънтът на ЛЗБП би трябвало да си направи извода, че пациентите придават изключителна важност на компонентите на офертата, съответно имат по –богат минал опит със системата на здравеопазване, което ще се отрази на по – големите им очаквания. **В тази посока се търси и връзката на аспекта „важност“ с SQI.***

б.) Рейтинг „Постижение”

Касае се за асиметрично – ляво изтеглено положително разпределение на значенията на средните аритметични стойности, които са по – малки от медианата (таблица № 51 и фигура № 53). Стойностите им около 1,6 показват, че част от анкетираните лица – от 47% до 51%, за позициите В, Г, Д, Е, З, И, са отговорили с „добро”, за изпълнението по всяка една от позициите на офертата, на което се дължи и асиметрията (Приложение № 14). Значенията средните аритметични по позициите А „Обслужване в приемната” и Б „Хигиенни условия” съответно 1,49 и 1,45 и медиана 1, показват, че анкетираните лица са оценили изпълнението по тези позиции като „отлично” – с относителна честота 58,8% и 60,8%. По останалите позиции анкетираните лица са отговорили с ранг 2 „добре” и отук по – високата стойност на медианата 2. Доверителните интервали на изчислените средни стойности на променливите от извадката показва, че средната стойност за всяка една от тези променливи в популацията - μ попада в обхвата на тези стойности (интервалите съдържат истинската средна аритметична стойност на популацията).

№	Променливи	Важност				Представяне			
		Mean	Confidence interval of Mean	Std. Error	Median	Mean	Confidence interval of Mean	Std. Error	Median
А.	Обслужване в приемната	1,53	1,33 – 1,73	0,098	1	1,49	1,31 – 1,67	0,090	1
Б.	Хигиенни условия	1,49	1,32 – 1,66	0,086	1	1,45	1,28 – 1,62	0,085	1
В.	Осигуреност с човешки ресурси с висока клинична компетентност	1,37	1,22 – 1,52	0,074	1	1,61	1,41 – 1,80	0,097	2
Г.	Сестринско обслужване	1,53	1,35 – 1,71	0,090	1	1,65	1,46 – 1,83	0,092	2
Д.	Други видове обслужване: рентген, лаборатория	1,65	1,46 – 1,83	0,092	2	1,55	1,39 – 1,71	0,081	2
Е.	Информираност за лечението и назначенията	1,41	1,26 – 1,56	0,075	1	1,57	1,41 – 1,73	0,080	2
Ж.	Организиране и вътрешен ред – достъпност и своевременност	1,47	1,33 – 1,61	0,071	1	1,51	1,35 – 1,67	0,081	1
З.	Листа на чакащите при хронични заболявания	1,49	1,35 – 1,63	0,071	1	1,59	1,41 – 1,77	0,089	2
И.	Административен офис – учтивост на служителите при не/заплащане на услугата при работа със ЗЗО	1,61	1,43 – 1,79	0,089	2	1,63	1,42 – 1,83	0,101	2

Таблица № 51 Статистически разпределения по рейтингите „важност“ и „представяне“ на СБАЛББ



Фигура № 53 Рейтинг „Постижение” – СБАЛББ

При наклонената наляво графика (фигура № 53), мениджмънтът на ЛЗБП би трябвало да си направи извода, че пациентите оценяват представянето по компонентите на услугата по – скоро като добро, отколкото като отлично. **В тази посока се търси и връзката на аспекта „представяне” с SQI.**

в.) Анализ на приоритетните компоненти в СБАЛББ

За оценка на съотношението „важност – представяне” по компонентите на офертата на двете ЛЗБП са разгледани тези компоненти, които имат най – голяма тежест в резултата от дейността: В. „Осигуреност с човешки ресурси с висока клинична компетентност”, Г. „Сестринско обслужване”, Е. „Информираност за лечението и назначенията”, Ж. „Организиране и вътрешен ред – достъпност и своевременност”, З. „Листа на чакащите при хронични заболявания”.

▪ В. „Осигуреност с човешки ресурси с висока клинична компетентност”

45,1% от анкетираните лица са оценили компетентността на лекарите като изключително важна и като отлично представяне, а 19,6% - като изключително важна и като добро представяне, 3,9% като важно и отлично представяне и 23,5% като важно и добро представяне. Въпреки високият процент от 49,0% на представяне на услугата по компонента, се счита, че очакванията са по – големи от възприемането на услугата (Приложение № 16 и Приложение № 18).

Г. „Сестринско обслужване”

39,1% от анкетиранията лица са оценили компетентността на медицинските сестри като изключително важна и като отлично представяне, а 11,8% - като изключително важна и като добро представяне. 3,9% като важно и отлично представяне и 37,3% като важно и добро представяне. Представянето по този компонент е преценено като отлично от около 43,1% и добро в 51,0%, и като изключително важно – 52,95 и важно – 43,1%, което определя превишаване на очакванията спрямо възприятията за сестринското обслужване (Приложение № 16 и Приложение № 18).

Е. „Информираност за лечението и назначенията”

47,1% от анкетиранията лица считат, че е изключително важно да бъдат информирани за назначенията и лечението си и преценяват, че са отлично информирани, а други 11,8% като добре информирани и нито едно от анкетиранията лица не е посочило обслужването по този компонент като маловажно. 11,8% - като изключително важна и като добро представяне и 37,3% като важно и добро представяне, 2% като изключително важно, но задоволително като изпълнение. Резултатът по компонента „информираност” е прецедент, предвид високият процент 60,8% на оценка като изключително важен. *Пациентът е потенциално активна страна в лечебната дейност!* (Приложение № 16 и Приложение № 18).

Ж. „Организиране и вътрешен ред – достъпност и своевременност”

Компонентът е изцяло организационен. 52,9% от анкетиранията лица са посочили отлично представяне и 52,9% - изключителна важност, което означава, че изпълнението по компонента „достъпност и своевременност” на медицинската услуга оправдава очакванията на пациентите (Приложение № 16 и Приложение № 18).

З. „Листа на чакащите при хронични заболявания”

51,0% от анкетиранията лица счита, че листата на чакащите при хронично заболяване е изключително важна. 47,15% определят изпълнението като отлично и 49,0% като добро. Но по 2% от пациентите оценяват изпълнението като удовлетворително и слабо, но важно, което е сигнал за мениджмънта.

В резултат на анализа на приоритетните компоненти, профилът на потребителя на медицински услуги на СБАЛБ се определя като: като потребител, който преценява като изключително важни лекарската

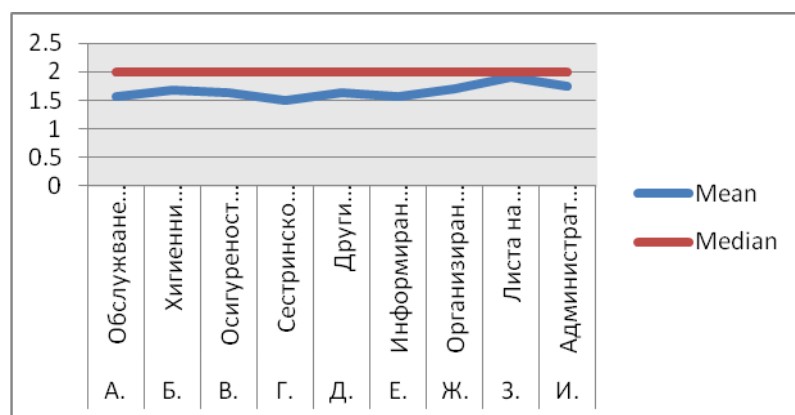
компетентност и сестринското обслужване, недостатъчно информиран за лечението и назначенията, но активен и който има достъп до леченото заведение.

Б). МБАЛ „Д-р Тота Венкова” АД Габрово

а.) Рейтинг „Важност”

Касае се за асиметрично – ляво изтеглено положително разпределение на значенията на средните аритметични стойности, които са по – малки от медианата (таблица № 54 и фигура № 55). Стойностите им се доближават до медианата – 2. Това показва, че почти всички анкетирани лица – относителна честота от 50,6% до 76,6% са придали „важно” значение на всяка една от позициите на офертата, на което се дължи и асиметрията (Приложение № 15).

Доверителните интервали на изчислените средни стойности на променливите от извадката показва, че средната стойност за всяка една от тези променливи в популацията - μ попада в обхвата на тези стойности (интервалите съдържат истинската средна аритметична стойност на популацията).

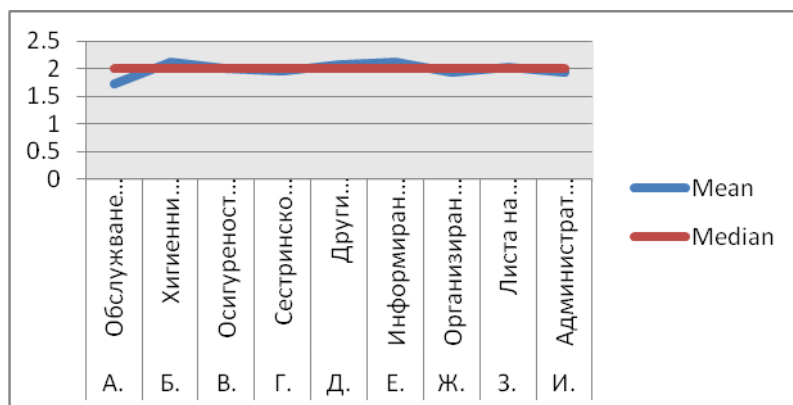


Фигура № 55 Рейтинг „Важност” – МБАЛ

При наклонената надясно графика (фигура № 55) „Важност - МБАЛ, мениджмънтът на ЛЗБП би трябвало да си направи извода, че пациентите придават важност на компонентите на офертата, съответно имат по – богат минал опит със системата на здравеопазване, което ще се отрази на по – големите им очаквания

б.) Рейтинг „Постижение”

Касае се за лека асиметрия наляво, почти симетрично разпределение на значенията на средните аритметични стойности, които почти съвпадат с медианата (таблица № 54 и фигура № 56), което е свързано с незначителни значения на стандартните грешки. Стойностите им около 2 показват, че анкетираните лица са оценили изпълнението по всяка една от позициите на офертата като „добро”, като относителните честоти са в обсега 56,9% - 80,3% (Приложение № 15).



Фигура № 56 Рейтинг „Постижение” – МБАЛ

Доверителните интервали на изчислените средни стойности на променливите от извадката показва, че средната стойност за всяка една от тези променливи в популацията - μ попада в обхвата на тези стойности (интервалите съдържат истинската средна аритметична стойност на популацията).

При наклонената наляво графика (фигура № 56) „Постижение” - МБАЛ, мениджмънтът на ЛЗБП би трябвало да си направи извода, че пациентите оценяват представянето по компонентите на услугата по – скоро като добро, отколкото като отлично.

№	Променливи	Важност				Представяне			
		Mean	Confidence interval of Mean	Std. Error	Median	Mean	Confidence interval of Mean	Std. Error	Median
А.	Обслужване в приемната	1,57	1,52 – 1,62	0,026	2	1,73	1,69 – 1,78	0,024	2
Б.	Хигиенни условия	1,67	1,62 – 1,72	0,025	2	2,13	2,06 – 2,20	0,036	2
В.	Осигуреност с човешки ресурси с висока клинична компетентност	1,64	1,59 – 1,69	0,026	2	2,00	1,96 – 2,05	0,24	2
Г.	Сестринско обслужване	1,51	1,45 – 1,56	0,027	2	1,95	1,90 – 2,04	0,035	2
Д.	Други видове обслужване: рентген, лаборатория	1,64	1,59 – 1,69	0,026	2	2,07	2,02 – 2,12	0,024	2
Е.	Информираност за лечението и назначенията	1,56	1,51 – 1,62	0,027	2	2,13	2,07 – 2,20	0,033	2
Ж.	Организиране и вътрешен ред – достъпност и своевременност	1,70	1,64 – 1,76	0,031	2	1,93	1,89 – 1,98	0,024	2
З.	Листа на чакащите при хронични заболявания	1,90	1,85 – 1,95	0,025	2	2,03	1,98 – 2,09	0,026	2
И.	Административен офис – учтивост на служителите при не/заплащане на услугата при работа със ЗЗО	1,74	1,68 – 1,80	0,031	2	1,93	1,87 – 1,99	0,031	2

Таблица № 54 Статистически разпределения по рейтингите „важност“ и „представяне“ на МБАЛ

в.) „Анализ на приоритетните компоненти” МБАЛ

За оценка на съотношението „важност – представяне” по компонентите на офертата на двете ЛЗБП са разгледани тези компоненти, които имат най – голяма тежест в резултата от дейността: В. „Осигуреност с човешки ресурси с висока клинична компетентност”, Г. „Сестринско обслужване”, Е. „Информираност за лечението и назначенията”, Ж. „Организиране и вътрешен ред – достъпност и своевременност”, З. „Листа на чакащите при хронични заболявания”.

▪ В. „Осигуреност с човешки ресурси с висока клинична компетентност”

10,0% от анкетиранията лица са оценили компетентността на лекарите като изключително важна и като отлично представяне, а 22,9% - като изключително важна и като добро представяне. 6,9% като важно и удовлетворително представяне и 56,9% като важно и добро представяне. Високият процент от 79,7% на добро представяне на услугата по компонента, се счита, че възприемането на услугата по този компонент посреща очакванията (Приложение № 17и Приложение № 19).

▪ Г. „Сестринско обслужване”

20,0% от анкетиранията лица са оценили компетентността на медицинските сестри като изключително важна и като отлично представяне, а 16,3% - като изключително важна и като добро представяне. 13,1% като изключително важна и удовлетворително представяне, 6,9% като важна и удовлетворително представяне (Приложение № 17 и Приложение № 19). Това сигнал за мениджмънта по отношение на мотивираността на медицинските сестри.

▪ Е. „Информираност за лечението и назначенията”

10,3% от анкетиранията лица считат, че е изключително важно да бъдат информирани за назначенията и лечението си и преценяват, че са отлично информирани. 69,7% са добре информирани като за 23,4% от тях е изключително важно. 3,4% от пациентите, за които важно да бъдат информирани за лечението си и назначенията, се чувстват лошо информирани. Необходимо е мениджмънтът на лечебното заведение да проучи тази част от потребителите по възраст, заболявания и звената, където са оказва медицинската помощ (Приложение № 17 и Приложение № 19).

Ж. „Организиране и вътрешен ред – достъпност и своевременност”

Компонентът е изцяло организационен. 13,1% от анкетираните лица са посочили отлично представяне и изключителна важност, а 80,3% добро представяне, от които 19,7% придават изключителна важност на компонента „достъпности своевременност” на медицинската услуга (Приложение № 17 – и Приложение № 19).

З. „Листа на чакащите при хронични заболявания”

10,0% от анкетираните лица счита, че листата на чакащите при хронично заболяване е изключително важна и отлично представяне. 76,6% - като добро представяне, от които 73,1% като важно и 3,4% като изключително важно. 13,4% от пациентите считат, че изпълнението на компонента „листа на чакащите при хронични заболявания” е задоволително при общо 6,8% важности изключителна важност на услугата, което е сигнал за мениджмънта (Приложение № 17 и Приложение № 19).

В резултат на анализа на приоритетните компоненти, профилът на потребителя на медицински услуги на МБАЛ се определя като: като потребител, който преценява като важни лекарската компетентност и сестринското обслужване, добра осигуреност от човешки ресурси – лекари, но недостатъчна мотивираност на сестринския персонал, недостатъчно информиран за лечението и назначенията, и който има достъп до леченото заведение.

3.2.3. Изводи

Ако се приеме, че в смисъла на аспекта „важност” на услугата се съдържа мнелият опит на потребителя, следва, че този аспект включва очакванията за услугата, а аспектът „представяне” – възприятията за услугата. При сравняване на значенията на средните аритметични стойности на аспектите „важност” и „представяне” от Таблица № 50 (СБАЛББ) и Таблица № 53 (МБАЛ) следва, че представянето (възприятията) на медицинската услуга превишават важността (очакванията) за медицинската услуга. Разликите между двете ЛЗБП са само количествени.

Общата констатация, е че анкетата „Рейтинги важност – постижение” може да бъде допълващ инструмент към методиката SERVQUAL за оценка на качеството на услугата, ползваща се със

същата универсалност. Това дава основание да се търси зависимост между качеството и важността на услугата и качеството и представянето.

3.2.4. Изследване на зависимостта между качеството, измерено чрез SQI по методиката SERVQUAL и важността и изпълнението на офертите на ЛЗБП

Изследвана е връзката между установеното качество (SQI) на медицинската услуга чрез методиката SERVQUAL и резултатите от проучването чрез метода «Рейтинг важност – постижение». Допуска се, че *«Качеството на медицинската услуга, измерено чрез глобалния коефициент на качеството SQI на методиката SERVQUAL, зависи от важността, която ѝ придават потребителите и представянето ѝ по всеки един компонент на офертата на ЛЗБП»*. Поради асиметричното разпределение на значенията на средните аритметични стойности на разгледаните качествени променливи „важност“ и „изпълнение“, е предпочетено изследване чрез непараметричен тест – изчисление на рангов коефициент на корелация на Спирман.

А). СБАЛББ „Пенчо Семов” АД Габрово

Изследвани са зависимостта между SQI и променливата „важност“ за всеки един компонент от офертата на ЛЗБП и зависимостта между SQI и променливата „представяне“ за всеки един компонент от офертата на ЛЗБП, както и зависимостите между SQI и всички компоненти в аспекта „важност“ и в аспекта „представяне“, чрез непараметрична корелация (Таблица № 57).

№	Spearman 1,000	r	Spearman 1,000	r
1.	А - важност	(-0,249)	А - представяне	0,408
2.	Б - важност	0,042	Б - представяне	0,359
3.	В - важност	0,049	В - представяне	0,381
4.	Г - важност	0,031	Г - представяне	0,362
5.	Д - важност	0,015	Д - представяне	0,461
6.	Е - важност	(-0,036)	Е - представяне	0,242
7.	Ж - важност	0,042	Ж - представяне	0,488
8.	З - важност	(-0,012)	З - представяне	0,385
9.	И - важност	0,245	И - представяне	0,465

Таблица № 57 Корелационни коефициенти на зависимостите между SQI и компонентите по променливите „важност и „представяне“ - СБАЛББ

Изчислените стойности на корелационния коефициент на Спирман за компонентите в аспекта „важност” показват липса на зависимост между SQI и важността на услугата по компоненти, с изключение на И „Административен офис – учтивост на служителите при не/заплащане на услугата при работа със ЗЗО”, докато стойностите на корелационния коефициент на Спирман за компонентите в аспекта „представяне” показват значима положителна зависимост. Следователно, по – доброто изпълнение на услугата по тези компоненти правопрпорционално ще рефлектира върху по – добри стойности на SQI, респективно, на по – добро качество на услугата като цяло.

Степента на корелационната зависимост между офертата на ЛЗБП като цяло в аспекта „важност” и SQI е статистически значима и обратнопропорционална: r (А, Б, В, Г, Д, Е, З, И) - важност $\rho = (-0,037)$, а в аспекта „представяне” е статистически значима и правопрпорционална: r (А, Б, В, Г, Д, Е, З, И) - представяне $\rho = 0,493$.

Това означава, че представянето (възприятията за услугата от потребителите на СБАЛББ) надвишава важността (очакванията) за нея. Пациентите не са имали големи очаквания за услугата и минал опит, но изпълнението ѝ е посрещнало техните потребности.

Б. МБАЛ „Д-р Тота Венкова” АД Габрово

Изследвани са зависимостта между SQI и променливата „важност” за всеки един компонент от офертата на ЛЗБП и зависимостта между SQI и променливата „представяне” за всеки компонент от офертата на ЛЗБП, както и зависимостите между SQI и всички компоненти в аспекта „важност” и в аспекта „представяне”, чрез непараметрична корелация (Таблица № 58).

№	Spearman 1,000	r	Spearman 1,000	r
1.	А - важност	0,182	А – представяне	(-0,200)
2.	Б - важност	0,314	Б - представяне	(-0,507)
3.	В - важност	0,510	В - представяне	(-0,300)
4.	Г - важност	0,694	Г - представяне	(-0,275)
5.	Д - важност	0,623	Д - представяне	(-0,135)
6.	Е - важност	0,553	Е - представяне	(-0,443)
7.	Ж - важност	0,525	Ж - представяне	(-0,085)
8.	З - важност	0,392	З - представяне	0,079
9.	И - важност	0,476	И - представяне	(-0,188)

Таблица № 58 Корелационни коефициенти на зависимостите между SQI и компонентите по променливите „важност и „представяне” - МБАЛ

Изчислените стойности на корелационния коефициент на Спирман за компонентите в аспекта „важност“ показва значима права зависимост между SQI и важността на услугата по компоненти, докато стойностите на корелационния коефициент на Спирман за компонентите в аспекта „представяне“ показват статистически значима обратнопропорционална зависимост за компонентите А „Обслужване в приемната“, Б „Хигиенни условия“, В „Осигуреност с човешки ресурси с висока клинична компетентност“ Г „Сестринско обслужване“, Е „Информираност за лечението и назначенията“, И „Административен офис – учтивост на служителите при не/заплащане на услугата при работа със ЗЗО“. Следователно, по тези компоненти очакванията за услугата надхвърлят възприятията за услугата.

Степента на корелационната зависимост между офертата на ЛЗБП като цяло в аспекта „важност“ и SQI е статистически значима и правопропорционална r (А, Б, В, Г, Д, Е, Ж, З, И) - важност $r = 0,662$, а в аспекта „представяне“ е статистически значима и обратнопропорционална: r (А, Б, В, Г, Д, Е, З, И) - представяне $r = (-0,463)$. Като цяло, може да очаква по – ниско ниво (удовлетворително) на качеството на офертата на МБАЛ, а с това и в ниска степен на удовлетворение на потребителите. Пациентите са имали големи очаквания за услугата и монал опит, но изпълнението ѝ не е посрещало техните потребности, цялостно.

3.2.5. Изводи:

1. Резултатите доказват значима корелационна зависимост между SQI и рейтинги важност – представяне, съответно зависимост: „удовлетворение / изпълнение – SQI“.

2. Посоката на зависимостта зависи от представянето (явява се по – силен аспект). Той може да компенсира очакванията и важността за услугата, поради недостатъчна информираност за нея.

3. Резултатите за двете ЛЗБП са различни, което произтича от различния характер на офертите им. Продуктът, който предлага СБАЛББ е тясно специализиран, ориентиран към един стабилен сегмент от здравния пазар. От значение за по – доброто възприятие на услугата е присъствието на държавна регулация. Продуктът на МБАЛ е насочен към сегмент от пазара,

характеризиращ се с нехомогенност на потребностите (включва целия спектър на патологията), разнородна възрастова структура на потребителите, голяма спешност и обем.

3.3. Данни, получени от приложение на анкети – мотивационен профил на персонала

3.3.1. Проучване в СБАЛББ „Пенчо Семов” АД Габрово и МБАЛ „Д-р Тота Венкова” АД Габрово

Резултатът от проучването върху приложението на методиката SERVQUAL за оценка на качеството на медицинската услуга в лечебните заведения за болнична помощ (ЛЗБП), който доказва **правопропорционална статистическа значима зависимост между критерия У17 (чрез О17 и В17) „Поддръжка на персонала от страна на ръководството на болницата за ефективно обслужване на потребителите” и SQI, както и неудовлетворително качество по този критерий - $SQI = (-0,9)$** , даде основание за търсене на подходи за **оценка на потенциалното качество** на услугата – такова, каквото би могло да бъде заложено в проектирането ѝ и управлявано.

Подкрепата на персонала от страна на ръководството, за ефективно обслужване на потребителите, се изразява в ориентираност към служителите. Включва показатели за резултата като: удовлетвореност на служителите, запазване на кадровата база, обучение и развитие на умения, мотивация на всеки един сътрудник, които се съгласуват с общата система от фактори насочени към успеха на дадената организация. В практиката на мениджмънта такива критерии се съдържат в **интегрираните системи за оценка на качеството**. Те са изградени на философията за тоталното качество и принципите на TQM, от където произтича водещта за ролята на човешкия фактор с неговите потребности като елемент във формирането и оценката на качеството. Мониторингът на вътрешните мотивационни фактори индиректно оценява творческия потенциал, а с това и тенденциите за потенциално качество, във бъдеще време.

Изследва се зависимостта между мотивацията на персонала и качеството на медицинската услуга в ЛЗБП, чрез определяне нивото на вътрешната

мотивация¹⁴ като основа за потенциалното качество на медицинската услуга, и ранжиране на мотивационните фактори, както и определяне на степента на удовлетвореност на потребностите на сътрудниците. Установи се корелационна зависимост между относителните тегла на мотивационните фактори и глобалният коефициент на качеството SQI, изчислен чрез методиката SERVQUAL.

За тази цел се извърши анкетно проучване между 108 лица в двете ЛЗБП – 57 за МБАЛ „Д-р Тота Венкова” Габрово АД и 51 за СБАЛББ „Пенчо Семов” Габрово АД (наречени по-долу СБАЛББ и МБАЛ).

Като се взеха предвид факторите, които са най – значими от гледна точка на потребностите на сътрудниците и на желаното трудово поведение, и които са в синхрон с целите на организацията (чрез предварително анкетно проучване), се изготви анкетна карта. Комплекстът от мотивационни фактори се формира на базата на известните мотивационни теории и модели за мотивацията (Приложение № 5).

№	Мотивационен фактор	СБАЛББ		МБАЛ	
		Относи - телно тегло	Ранжиране	Относи - телно тегло	Ранжиране
3.	Трудово възнаграждение	3,5	1	3,5	1
4.	Сигурност на работното място	4,9	2	6,5	2
1.	Стил на ръководство	4,8	3	6,6	3
6.	Организация на работното място	5,9	4	6,7	4
2.	Трудова дисциплина	6,3	5	7,0	5
5.	Условия на безопасност и труд	6,6	6	7,6	6
13.	Лична отговорност	7,7	7	7,7	7
8.	Социални придобивки	7,9	8	8,0	8
11.	Задоволство, интерес към работата	8,2	9	8,0	8
7.	Връзки с членовете на колектива	8,5	10	8,2	9
9.	Признаване на лични способности	9,2	11	8,8	10
12.	Самостоятелност на работата	9,5	12	9,1	11
10.	Възможност за повишаване на квалификацията	9,9	13	9,3	12
14.	Възможност за инициатива и изява	11,0	14	9,4	13
15.	Възможност за растеж и себerealизация	11,1	15	9,9	14

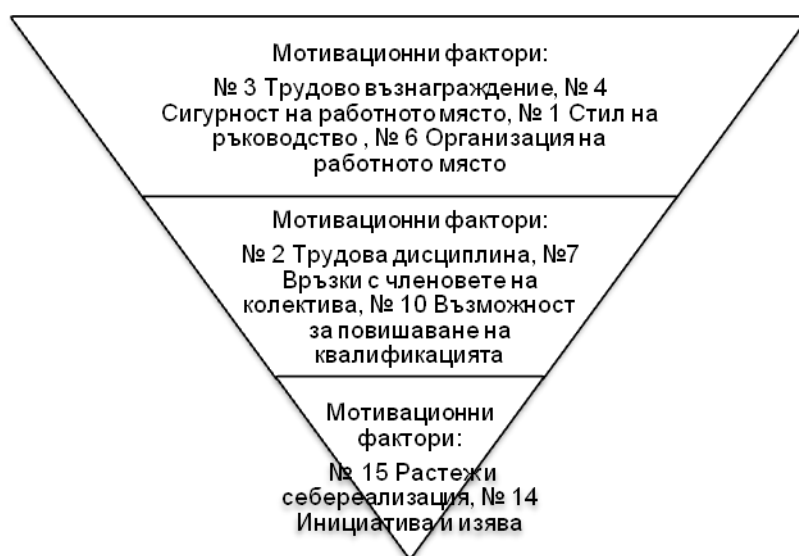
Таблица № 59 Ранжиране на мотивационните фактори на СБАЛ и МБАЛ

¹⁴ При вътрешната мотивация всеки индивид се подчинява на фактори, които отразяват неговата ценностна система. Външната мотивация се проявява, чрез външни въздействия – възнаграждения, повишения

вява, чрез външни въздействия – възнаграждения, повишения

На всеки един от мотивационните фактори се придаде ранг (с ранг 1 се отбелязва най – важният фактор, а с ранг 15 – най – маловажният). Сумата от тези значения се раздели на броя на анкетираните лица, за да се получат относителните тегла, на базата на които се осъществи ранжирането. То е обратно на относителните тегла (ниските относителни тегла определят предна позиция, а високите – крайна) (таблица № 59).

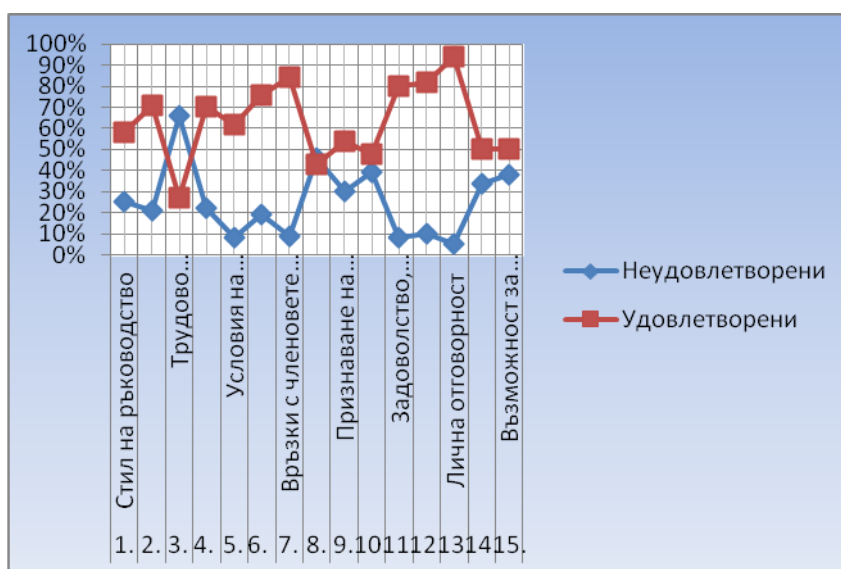
Резултатите от ранжирането на мотивационните фактори, показват общи тенденции за двете ЛЗБП. Първите четири места се заемат от факторите с най – ниски относителни тегла: №3 „Трудово възнаграждение”, №4 „Сигурност на работното място”, №1 „Стил на ръководство” и №6„ Организация на работното място”, които теоретично се раполагат в основата на пирамидата на Маслоу за йерархията на потребностите. Те са **базовите потребности** и изискват **външна мотивация**. Последните места се заемат от факторите, преценени с най – високи относителни тегла и изразяващи вторичните потребности: № 10 „Възможност за повишаване на квалификацията”, № 14 „Възможност за инициатива и изява” и № 15 „Възможност за растеж и себerealизация”. Теоретично, като вторични потребности те се раполагат във върха на пирамидата на Маслоу за йерархията на потребностите и за формирането им е необходим **вътрешен стимул**. Сравнението на получените резултати от ранжирането на мотивационните фактори и теорията на Ейбрахам Маслоу за йерархия на потребностите показва, че се касае за „обърнат” вариант на пирамидата на Маслоу, за инверсия на ценностите и подбудите (фигура № 60).



Фигура № 60 Инвертен вариант на пирамидата на на йерархия на потребностите

Външното възнаграждение е водещо пред вътрешното и, че ценностите на сътрудниците не са обвързани с целите на организацията, а са обърнати към отделната личност.

При съпоставка на резултатите от проведените анкети: ранжиране на мотивационните фактори и оценка на удовлетвореността/неудовлетвореността е видно, че при факторът, поставен на първо място, с най – малко относително тегло - **№ 3 „Трудово възнаграждение”**, удовлетворяването от него е най – ниско, 27%, а неудовлетворяването е 66%. Останалите 4% са без преценка (фигура 61).



Фигура № 61 Съотношение „удовлетворение – неудовлетворение” от мотивационните фактори - данни за СБАЛББ и МБАЛ

Другите базови потребности регистрират висок процент на удовлетворение и нисък на неудовлетворение, съответно: № 4 „Сигурност на работното място” – 70% удовлетворение и 22% неудовлетворение, № 2 ”Трудова дисциплина” – 71% удовлетворение и 21% неудовлетворение, „Стил на ръководство” – 58% удовлетворение и 25% неудовлетворение.

Мотивационните фактори, свързани със социалните потребности показват висок процент на удовлетворение и нисък на неудовлетворение: № 6 „Организация на работното място” - 76% удовлетворение и 19% неудовлетворение, № 7 ”Връзки с членовете на колектива”, 84% удовлетворение и 10% неудовлетворение, № 8 ”Социални придобивки”, 43% удовлетворение и 48% неудовлетворение.

Мотивационните фактори, свързани с потребности от уважение и компетентност № 9 „Признание за лични способности” - 54% удовлетворение и 30% неудовлетворение №11 „Задоволство и интерес от работата” – 80% удовлетворение и 8% неудовлетворение. Факторът под №12 „Самостоятелност в работата” показва резултат от 82% удовлетворение и 10% неудовлетворение, който посочва липса на разбиране за екипност в работата.

Процентът удовлетворени по факторите, свързани с растеж и себerealизация, №14 „Възможност за инициатива и изява” и № 15 „Възможност за растеж и себerealизация” показват процент на удовлетвореност от 50%, процента на неудовлетвореност от 34% и 38%.

Следователно, сътрудниците са удовлетворени в по – голяма степен и отдават по – голямо значение на потребностите от по – нисък ранг (базови, безопасност и социални), за сметка на потребностите от по висок ранг (уважение и почит, и самоосъществяване), което се дължи на инверсия на ценностите и слабо изразена вътрешна мотивация.

Изследвана е зависимостта между мотивацията (изразено чрез относителните тегла на мотивационните фактори) и качеството на медицинската услуга (чрез глобалните коефициенти на качеството на двете ЛЗБП - SQI на СБАЛББ (0,4) и SQI на МБАЛ (-0,2), чрез непараметрична корелация.

Изчислените стойности на коефициента на Спирман са: $\rho = (-0,51)$ за СБАЛББ и $\rho = (-0,6)$ за МБАЛ, което определя степента на корелационната зависимост като статистически значима (доверителна вероятност при СБАЛББ - $P = 95\%$, а при МБАЛ - $P = 99\%$) и обратнопропорционална. Следователно, с увеличаването на относителните тегла на мотивационните фактори, значенията на SQI намаляват и обратно. Факторите, определени с най – високи относителни тегла биха имали най – малък SQI индекс, а с най – ниски относителни тегла, най – голям SQI индекс. В изследването последните са под номера 14 и 15 и са свързани с вътрешната мотивация.

Връзката на мотивацията и удовлетвореността с качеството е явление, което се преценява от организациите като изключително важно, поради няколко причини:

- като предпоставка за повишена производителност;
- за качество на извършваната дейност;
- за обслужването на потребителите.

Така, *„удовлетвореността на служителите се явява като механизъм, който трансформира потребителите в най – удовлетворените потребители“*. Оценката на удовлетвореността на служителите се осъществява чрез ежегодни или месечни анкети на произволно - избрани служители. Съвкупният индекс на удовлетвореност може да бъде приложен в интегрираните системи за оценка на качеството (например при методиката Balanced Score Card). Подход за измерване на мотивацията са броят предложения, направени от един служител, като се счита по този начин се оценява истинското участие на служителите в процеса на подобряване на ефективността на организацията. Допълнителен показател за измерване се явява броят на внедрените предложения, като крайният резултат е съкращаване на разходите.

3.3.2. Изводи

- Между мотивацията, изразена чрез относителните тегла на мотивационните фактори и качеството на медицинската услуга, изразено чрез глобалния коефициент на качеството - SQI, изчислен чрез методиката SERVQUAL, съществува статистически значима обратно пропорционална корелационна зависимост. Ниските относителни тегла на мотивационните фактори се свързват с високи стойности на SQI и обрано - високите относителни тегла на мотивационните фактори се свързват с ниски стойности на SQI.
- Ниската степен на вътрешна мотивация на персонала на лечебните заведения, води до по – ниско ниво на качество на предоставяната от тях медицинска услуга, от където следва важната роля на човешкия фактор с неговите потребности като елемент във формирането и оценката на качеството.
- Чрез оценката на нивата на удовлетвореност и мотивация на сътрудниците се оценяват тенденциите за потенциално качество в бъдеще време, изразено чрез добавяне на стойност със знанията и информацията, а от там формиране на конкурентно предимство, за организацията.

ГЛАВА ЧЕТВЪРТА - ОБСЪЖДАНЕ НА РЕЗУЛТАТИТЕ

1. Теоретична обосновка на концепцията за оценка на качеството медицинската услуга в контекста на TQM

Литературният обзор на настоящата докторска работа разглежда качеството от позициите на концепцията TQM, което произтича от важността на TQM за организационния напредък. Организациите, които приемат философията на TQM, рано или късно достигат значително предимство над своите конкуренти, което може да бъде измерено чрез ключовите индикатори на успеха: пазарен дял, способност за извличане на полза, растеж и други.

Организациите би трябвало да възприемат **TQM като процес, а не като програма**, защото процесът е фундаментален. Той е методология, която замества старите методи и ръководи корпоративната дейност непрекъснато, докато програмата се наслоява върху старите методи и се възприема от служителите като нещо с начало, среда и край. **TQM - процесът е стратегия**, която води до радикална промяна и изисква време. Ето защо, за създаването на стабилна и фокусирана върху качеството организация, е необходим няколко годишен период, за поддържане на непрекъснатото „подхранване” на подхода „TQM” в продължение на години. Концепцията TQM дава методологията на такива въпроси като: (1) какво е качеството, (2) какво е TQM - процес и защо е необходим, (3) кои са предимствата и ползите от TQM, (4) техниките за подобряване на качеството.

- Дефиницията за качеството, която се е наложила е: „Посрещане на потребителските нужди и основателните (приемливите) им очаквания”.
- **TQM - процесът на подобряване на качеството Quality Improvement Process (QIP)**, е систематичен метод на развитие на продуктите и услугите при условие, че услугите са базирани на разбираеми за потребителските нужди и приемливи очаквания. Този процес въвлича служителите от всички нива в оценката на качеството и с това - подобряването му, посредством избор на различни техники за подобряване на качеството, между които статистически методи, интуитивни методи, анкети и други.

- *TQM се прилага еднакво добре както в производството, така и за услугите. В материалното производство се работи за подобряване на вариациите на материалите, а при услугите - за намаляване на вариациите на процеса за редуциране на времето, което се отнема за предоставяне на услугата.*
- *Посредством вслушване в потребителите могат да бъдат намерени подобренията, които са необходими. След определяне на благоприятните възможности, трябва да се тренират хората в начините за изолиране на коренните причини за проблемите.*

Поради тези причини в настоящата разработка философията на TQM е възприета като отправна гледна точка на изследването и създаване на интегриран подход за оценка на качеството на медицинската помощ.

2. Представяне на концептуален модел на оценка за рационална структура на организация, предоставяща медицинска помощ и здравни услуги от гледна точка на TQM

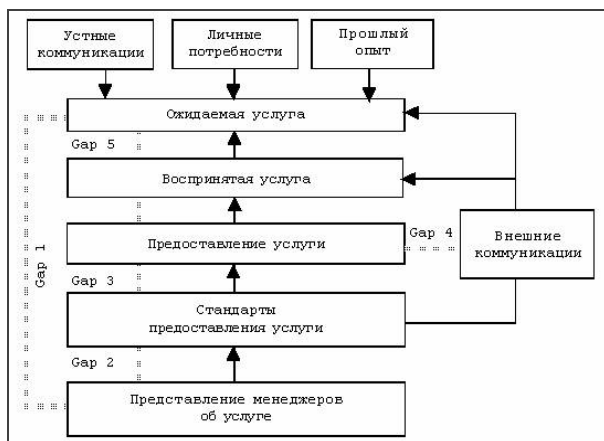
Основната идея на концепцията е да представи нов подход и алгоритъм за оценка на качеството на болничната помощ (Фигура № 62). Представява компилация на адаптираната методика SERVQUAL и модела Gap в контекста на тоталното качество. Концепцията има практическа насоченост и е адресирана до здравните мениджъри на ЛЗБП. Приложението ѝ дава възможност да се преосмисли стратегията на организацията в смисъла на целите и ресурсите за тяхното постигане. Структурирана е според принципите на тоталното качество и включва следните части:

- *Методологическите основи на оценката*
- *Елиминиране на непродаваемата добавена стойност на продукта/услугата (оценка на процеса на предоставяне на здравна услуга чрез интерпретация на методиката SERVQUAL)*
- *Оценка на фокус върху потребителя (удовлетвореност на потребителя)*
- *Оценка на тоталното въвличане на персонала и оформяне на корпоративна култура (мотивация на персонала).*
- *Анализ на качеството*

2.1.Методологическите основи на оценката на качеството се изграждат от натрупания теоретически и практически опит от различни научни области в оценяването на качеството като: право, икономика, мениджмънт, квалитология, квалиметрия, медицина и други, което дава основание същността на оценката на качеството да се разглежда в нейния **правен и икономически аспект**.

Според правната страна на въпроса се оценяват ценностите и благата, чиито субстрат са социалните явления от обективната действителност с тяхната способност да задоволяват потребностите на социалните субекти. В условията на размяна, ценностите и благата се проявяват като полезност и потребителска стойност. От своя *страна качеството е мярка на полезността, на потребителската стойност или мярката на степента, до която тя обективно е способна да удовлетворява конкретна потребност*. Работните понятия в концепцията за оценка на качеството на медицинската услуга в болничната помощ са следните:

- **Тотално качество** – има три структурни елемента: отговорност на всички функции, елиминиране на добавената стойност, която не се продава и участие на всички йерархични нива (тотално въвличане). Измерва се чрез удовлетвореността на потребителите, непродаваемата добавена стойност (разходите за лошо качество) и мотивацията на персонала.
- **Методика SERVQUAL** – създадена като модел на „идеалната” услуга от Parasuraman, Zeithaml и Berry (1985г.), е универсален инструмент, еднакво валиден за измерване на услугите в индустрията и за болничната среда. Включва пет критерия: физическо състояние (tangibles), надеждност (reliability), отзивчивост (responsiveness), увереност (assurance) и емпатия (empathy). Измерва качеството на услугата с помощта на количествения показател SQI.
- **SQI “Service Quality Index”** - индекс на качеството. Високото качество на предоставяната услуга съответства на неотрицателно значение на SQI (възприеманото качество на получената услуга се оценява не по - ниско от очакваното).
- **Модел GAP** - разработен от американските изследователи Parasuraman, Zeithaml and Berry (1985г. – 1988г.) (фигура 63).



Фигура 63 Модел Гар, Източник: Предводителева, М.,Д., Балаева, О., Х., [89]

Моделът дава възможност процесът на предоставяне на услугата да бъде видян като цяло, да бъдат установени възможните несъответствия при предоставяне на услугата, които представляват източници на неудовлетворителното качество. Величината и насочеността на несъответствията оказват влияние на качеството на услугата. Ключов се явява Гар 5 (разрив¹⁵ 5) между елементите «очаквана услуга» и «възприемана услуга». Услугата е качествена, ако разривът отсъства. Съществуването на Гар 5 се обуславя от наличието на Гар 1 – 4. Налице е верижна реакция на разривите от 1 до 3 - възникването на разрива 1 води до разривите 2 и 3, докато разривът 4 е автономен.

2.2.Елиминиране на непродаваемата добавена стойност на медицинската услуга (оценка на процеса на предоставяне на медицинската услуга - методика SERVQUAL и модел GAP). Оценката се извършва изцяло по критериите на методика SERVQUAL, към които според вижданията на здравните мениджъри могат да бъдат добавени други измерения на качеството.

Добавената стойност, която не се „продава“ може да се измери чрез методиката SERVQUAL (освен чрез разходите), след след провеждането на анкетите „Очаквания за медицинската услуга“ и „Възприятия за медицинската услуга“. Ако качеството на измерената чрез SQI медицинска услуга е равна на нула ($SQI = 0$), т.е. очакванията за услугата покриват възприятията от нея следва, че няма разходи за лошо качество. Това

¹⁵ Под разрив се разбира превишаване на очакванията на потребителя спрямо възприятията за услугата

означава наличие на стойности $ЧИК = 0$ или $ЧИК \geq 1$. Ако някой от $ЧИК < 0$, следва, че по този критерий съществуват разходи за „лошо“ качество. Това са разходите за непродаваемата добавена стойност. В тези случаи е необходимо мениджмънтът да направи анализ на съответните критерии и подкритерии. Моделът GAP е матрицата, върху която се правят анализът и изводите, Търсят се не/съответствия между очакванията за услугата преди да бъде получена и възприятията след получаването и, т.н. разрыв „Gap 5“. Последният определя посоката на анализа, а именно: (1) има ли съответствие между представата на мениджърите за услугата и очакванията на потребителите (пациентите) за нея; (2) превеждане на „гласа“ на потребителя на езика на стандартите; (3) изпълнение на услугата; (4) какви са контактите на организацията с външните потребители.

2.3. Оценката с фокус върху потребителя (удовлетвореност на потребителя) се осъществява чрез анкетите „Пряко изразено удовлетворение“ и „Рейтинг важност – постижение“. Важни са двата индикатора: (1) мониторинг на растежа на потребителската база, която директно е свързана със задоволяване на потребностите от услугата (брой случаи за контролен период от време) и (2) мониторинг на броя на потребителите, които повтарят транзакциите и броя на видовете услуги (брой хоспитализации).

2.4. Оценката на тоталното въвличане на персонала чрез оценка на мотивацията на персонала, е трансформацията на отделния индивид, доколко ценностите на сътрудниците са обвързани с целите на организацията, доколко предава своя опит и помага на другите хора да «излязат от настоящата» си практика и да приемат новата философия. Връзката между ролята на **човешкият фактор** в тоталното въвличане има за база актуализирания модел на Ейбрахам Маслоу за йерархията на потребностите.

2.5. Анализът на качеството включва изпълнение на следното:

- Определяне на същинските показатели на качеството (СПК);
- Определяне на методи за оценка на същинските показатели на качеството;
- Определяне на заместителите на показателите на качеството (ЗПК);
- Определяне на отношението между СПК и ЗПК (СПК/ЗПК);

Като се изхожда от двуката природа на критериите и подкритериите от модела SERVQUAL, а именно, че те едновременно са критерии и

характеристики (фактори) на качеството и трябва да са налични през цялото време на предоставянето на услугата, следва, че те и техните стойности в частта „очаквания“ трябва да се разглеждат като СПК.

Не съществува универсален метод за измерване на СПК. Средната стойност на сумата от ЧИК на критериите на методиката SERVQUAL (материалност, надеждност, отзивчивост, увереност и съчувствие) може да се разглежда като интегрален показател на качеството (ИПК), и представлява самият глобален коефициент на качеството - SQI.

$$\text{ИПК (SQI)} = \Sigma \{ \text{ЧИК}_{(M 1-4)} + \text{ЧИК}_{(H 5-9)} + \text{ЧИК}_{(O 10-13)} + \text{ЧИК}_{(Y 14-17)} + \text{ЧИК}_{(C 18-C22)} \} / n$$

ЗПК се съдържат в изискванията на медицинските стандарти, а отношението СПК / ЗПК, би трябвало да е разрывът между възприятията и очаквания за медицинската услуга - Gap 5.

Оценката на качеството на медицинската услуга се извършва ежегодно.

КОНЦЕПЦИЯ ЗА ОЦЕНКА НА КАЧЕСТВОТО НА МЕДИЦИНСКАТА УСЛУГА В ЛЗБП В КОНТЕКСТА НА TQM



Фигура № 62 Концепция за оценка на качеството на медицинската услуга в ЛЗБП

АЛГОРИТЪМ ЗА ОЦЕНКА НА КАЧЕСТВОТО НА МЕДИЦИНСКАТА УСЛУГА В ЛЗБП

А. СЪПКА ПЪРВА – ЕЛИМИНИРАНЕ НА НЕПРОДАВАЕМАТА ДОБАВЕНА СТОЙНОСТ НА МЕДИЦИНСКАТА УСЛУГА (оценка на процеса на предоставяне на медицинската услуга чрез методиката SERVQUAL и модела GAP)

- 1. Определяне на глобалния коефициент на качеството (SQI), чрез прилагане на методиката SERVQUAL – анкетиране на потребителите**
 - SQI и ЧИК показват има ли несъответствие между О и В при предоставяната от ЛЗБП медицинската услуга?
 - ако $O > B$ съществува несъответствие между очакванията и възприятията на медицинската услуга (Gap 5);
 - ако $O \leq B$ не съществува несъответствие между очакванията и възприятията на медицинската услуга
- 2. Каква е величината и направлението на разрива?**
 - Оценката се извършва по резултат и по значение:
 - по резултат (неудовлетворително, удовлетворително, успешно)
 - по значение – цифрово изражение, което може да бъде: +, -, 0;
- 3. Кои критерии и подкритерии формират разрива Gap 5 - «очаквания – възприятия»?**
- 4. На кои критерии и подкритерии мениджмънтът трябва да обърне внимание?**
- 5. Обратна връзка между потребителите (пациентите) и ръководството на организацията, с цел приемане на управленско решение**
 - Това би трябвало да формира нов разрив - Gap 6 (между всички ЧИК и ръководството на организацията. Наличието на разрива означава разминаване между стратегическите цели и резултата, измерен чрез методиката.
- 6. SWOT analysis на организацията**
- 7. Мониторинг – сравнение с минал период?**
- 8. Бенчмаркинг между отделите в организацията и с други ЛЗБП чрез SERVQUAL**
- 9. Обучение - публикуване на данни**

Б. СЪПКА ВТОРА – ОЦЕНКА НА ФОКУСА ВЪРХУ ПОТРЕБИТЕЛЯ (удовлетвореност на потребителя)

- 1. Оценка на медицинската услуга като цяло**
- 2. Оценка на медицинската услуга по компоненти**
- 3. Оценка „важност – представяне“**
 - Завършва с преценка на силните и слабите страни на офертата
 - Кои са важните услуги, които не се предлагат на необходимото равнище? Ръководството трябва да се съсредоточи върху подобряването на тази част от офертата. Кои са важните услуги, по които ЛЗБП се справя добре? Да се запази доброто изпълнение.
 - Кои са маловажните услуги, които се изпълняват посредствено? Те изискват внимание, защото дори и маловажни, имат отношение към услугата като цяло (потребителят има

психологическото свойство да приема услугата като цяло).

- Кои са маловажните услуги, които се изпълняват отлично? Те са свързани с излишни разходи.
- Тези насоки дават възможност на ръководството да прецени къде да съсредоточи усилията си.

4. Оценка за лоялността на потребителите (готовност за повторна «покупка»).

В. СЪПКА ТРЕТА – ОЦЕНКА НА ТОТАЛНОТО ВЪВЛИЧАНЕ НА ПЕРСОНАЛА

1. Изготвяне на мотивационен профил на персонала
2. Чрез ранжиране на мотивационните фактори и оценката на удовлетвореността на сътрудниците от тях се оценяват тенденциите за потенциално качество в бъдеще време, изразено чрез добавяне на стойност посредством знанията и информацията, а от там формиране на конкурентно предимство
3. Ниската степен на вътрешна мотивация на персонала на лечебните заведения, води до по – ниско ниво на качество на предоставяната от тях медицинска услуга

Г. СЪПКА ЧЕТВЪРТА ОПРЕДЕЛЯНЕ СЪЩИНСКИТЕ ПОКАЗАТЕЛИ НА КАЧЕСТВОТО И ЗАМЕСТИТЕЛИТЕ НА ПОКАЗАТЕЛИТЕ НА КАЧЕСТВОТО

1. За СПК – стойностите на рейтингите в частта «очаквания». (Положителните, удовлетворителните стойности по дадените критерии се доближават до желанията на потребителите)
2. За ЗПК - изисква преоценка на стандартите, които създават тази част от услугата
3. Отношение то СПК/ЗПК е разрывът между очакванията и възприятията за медицинската услуга

Д. ПРИЛОЖЕНИЕ НА АЛГОРИТЪМА

1. Идентифициране на демографската структура на потенциалните потребители (пациенти) на медицински услуги (по пол, възраст, вид на заболявания)
2. Дефиниране на потребностите, свързани със заболяемостта и потребностите, свързани с промоцията и профилактиката
3. Определяне кои са сегментите на пазара за организацията?
4. Изработване на стратегически план
 - Друга информация: рисковите фактори при обслужваните съвкупности; доходите, социално – икономическите фактори, култура, поведенчески мотиви, отношението на потребителите към здравето и ЛЗ.
 - За извършване на контрол на звената в организацията;
 - За извършване на вътрешен бенчмаркинг;
 - За цялостна оценка на нивото на качеството.

4.ИЗВОДИ:

По – важните резултати и изводи, получени в следствие на изследването са следните:

1. *За болничните мениджъри методиката SERVQUAL е ценен инструмент за измерване на функционалното и техническото качество в собствената им организация. Недостатъчността на един или повече от измерителите на SERVQUAL, установена в score резултата (КК, ЧИК, SQI), е сигнал за съществуване на проблем в ЛЗ, което поражда необходимостта от разбиране на пациентските възприятия за качеството на предоставените услуги и начина, по който очакванията и възприятията са балансирани;*
2. Установи се, че на нивата на производствения процес (предоставянето) на услугата, двете качества – функционалното и техническото се сливат, което даде основание да се допусне, че методиката SERVQUAL е инструмент за измерване, както на функционалното качество, така и на техническото качество на услугата.
3. Всеки един критерий на методиката SERVQUAL е „отговорен” за **измерването на определен тип отношения** във вътрешната среда на организацията *или между организацията и външната среда. Критериите и подкритериите от модела SERVQUAL проявяват двуква природа –едновременно те са критерии и характеристики (фактори) на качеството, които трябва да бъдат налични през цялото време на предоставяне на услугата.*
4. Методиката SERVQUAL може да бъде **инструмент за SWOT analysis** чрез измерените КК на подкритериите, като фактори за определяне на силните и слабите страни на дейността на организацията.
5. Чрез КК и ЧИК на методиката SERVQUAL се измерват системните отклонения (принадлежат на процеса: оборудване, професионален опит, време за предоставяне на услугата). Стойностите на КК, ЧИК и SQI по – малки от нула и отрицателни, могат да се разглеждат като еквивалент на отклонение от предварително зададените стойности на процеса, съответстващи на стабилността (номинала) на процеса, което представлява баланса между възприятия и очаквания. Този анализ може

да се използва като част от **PDCA цикъла** в етапа на идентифициране на целите за подобрения.

6. Методиката SERVQUAL чрез SQI, ЧИК и КК е косвен и качествен измерител на **непродаваемата добавена стойност** на продукта/услугата. Измерването е качествено и доказва дали има или няма разходи за лошо качество, и към кои критерии и аспекти на качеството могат да бъдат отнесени.
7. Между мотивацията, изразена чрез относителните тегла на мотивационните фактори и качеството на медицинската услуга, изразено чрез глобалния коефициент на качеството – SQI и изчислен чрез методиката SERVQUAL, съществува статистически значима обратно пропорционална корелационна зависимост. Ниските относителни тегла на мотивационните фактори се свързват с високи стойности на SQI и обратно - високите относителни тегла на мотивационните фактори се свързват с ниски стойности на SQI.
8. Установи се, че ниската степен на вътрешна мотивация на персонала на лечебните заведения, води до по – ниско ниво на качество на предоставяната от тях медицинска услуга, от където следва ролята на човешкия фактор с неговите потребности като елемент за формирането и оценката на качеството.
9. При проучването с метода „Рейтинги важност – постижение“ се установи, че чрез оценката по компонентите на офертата на организацията може да бъде определен профилът на потребителя на медицински услуги.
10. Методът „Рейтинги важност – постижение“ е допълващ инструмент към методиката SERVQUAL чрез съвместно изследване на зависимостите „качество на медицинската услуга (SQI) – важност“ и „качество на медицинската услуга (SQI) – постижение“.
11. Получените резултати от проучването с метода „Рейтинги важност – постижение“ за СБАЛББ и МБАЛ доказват значима корелационна зависимост между SQI и рейтинги важност – представяне, съответно зависимост: „удовлетворение / изпълнение – SQI“. Посоката на зависимостта е различна т.е. може да бъде статистически значима правопрпорционална или обратно пропорционална в аспекта „важност“ и статистически значима правопрпорционална или обратно

пропорционална в аспекта „представяне“. Различието се определя от различния характер на офертите, различните сегменти на здравния пазар - специализиран, с присъствието на държавна регулация при СБАЛББ и характеризира се с нехомогенност на потребностите (включващ целия спектър на патологията), разнородна възрастова структура на потребителите, голяма спешност и обем при МБАЛ.

12. Методиката SERVQUAL е бърз и лесен инструмент за *цялостна оценка* на нивото на качеството по отношение на: материалните ресурси, професионалната компетентност, своевременност и достъпност, потребностите и представата за услугата;
13. Използване на *SQL като елемент на провеждане на портфейлен анализ* (например: многопрофилна болница), чрез разчет и сравнение на SQL за различните услуги, предоставяни от организацията.
14. SQL може да се използва в качеството на *критерий за контрол на дейността на отделните звена* като показател за стандартизация на продукта и за определяне на *отделите „флагмани“*;
15. Посредством методиката SERVQUAL може да бъде осъществяван вътрешен бенчмаркетинг чрез определяне и *съпоставяне на SQL за аналогични услуги*, предлагани от различни отделения на организацията.
16. Методиката SERVQUAL и моделът *Gap*, приложени съвместно дават възможност за *преосмисляне на стратегията на организация, в смисъла на целите и ресурсите за тяхното постигане*;
17. Посредством методиката SERVQUAL може да бъде осъществяван *външен бенчмаркинг* чрез определяне и *съпоставяне на SQL за аналогични услуги, предлагани от различни ЛЗ*.

5. ПРЕПОРЪКИ

- Адаптиране на критериите от методиката SERVQUAL към болничната среда чрез идентифициране на такива критерии, които да отразяват спецификата на болничния процес и неговите подпроцеси.
- Търсенето на нови критерии за измерване на медицинската услуга трябва да се фокусира върху анализ на елементите, изграждащи вътрешната и външната среда на организацията и отношенията между тях, както и следене на информационните потоци;

- Прилагане на новите подходи за оценка на качеството на медицинската помощ, съвместно с методиката SERVQUAL и статистическите методи за оценка на качеството.
- При разработване и практикитическо внедряване на цялостна система за управление по качеството на здравни услуги, методиката SERVQUAL да бъде включена като задължителен елемент;
- Основните принципи на методиката SERVQUAL да бъдат включени в тематиката и обучението по болничен мениджмънт в бакалавърските и магистърските програми на Факултета по обществено здраве.

6. СПРАВКА ЗА ПРИНОСИТЕ В ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. Настоящата докторска работа за първи път в здравния мениджмънт, прилага методиката SERVQUAL като модел на идеалната услуга, за оценка на медицинската услуга;

2. Доказани са статистически значими правопрпорционални корелационни зависимости между качеството на медицинската услуга (SQI) и очакванията и качеството на медицинската услуга (SQI) и възприятията за нея. Положителната връзка между SQI и очакванията е възможна само при значително по – голямо ниво на възприятията на услугата, което ги определя като „буфер“, за очакванията и, което би трябвало да се поддържа на многократно и трайно високо равнище, през цялото време на представяне на услугата;

3. Докторската работа доказва, че КК, ЧИК и SQI на методиката SERVQUAL могат да се бъдат измерители на отклоненията на процеса и на неговата стабилност баланса между възприятия и очаквания, при прилагане на PDCA цикъла в етапа на идентифициране на целите за подобрения.

4. Докторската работа доказва, че КК, ЧИК и SQI на методиката SERVQUAL са косвени и качествени измерители на непродаваемата добавена стойност.

5. Представен е модел за приложението на методиката SERVQUAL като инструмент за SWOT analysis на организацията;

6. Доказана е значима положителна корелационна зависимост между SQI и рейтинги важност – представяне, съответно зависимост: „удовлетворение / изпълнение – SQI;

7. Доказва, че мотивацията на сътрудниците в организацията, изразена чрез относителните тегла на мотивационните фактори, *индиректно* измерва качеството на медицинската услуга, изразено чрез глобалния коефициент на качеството (SQI) на методиката SERVQUAL.

8. Представени са концепция и алгоритъм за оценка на качеството на медицинската услуга в болничния сектор от гледна точка на тоталното качество.

9. Във връзка с концепцията за оценка на качеството на медицинската услуга са изработени модели на анкетни карти (Приложения №№: 1, 2, 3, 4, 5).

ОПИС „ПРИЛОЖЕНИЯ“

1. Приложение № 1 – анкета „Очаквания“ за медицинската услуга;
2. Приложение № 2 – анкета „Възприятия“ за медицинската услуга;
3. Приложение № 3 - таблица „Гобален коефициент на качеството“ (SQI);
4. Приложение № 4 - анкета „Проучване на удовлетворението на потребителя“;
5. Приложение № 5 – анкета „Оценка на мотивационния профил на персонала в ЛЗБП“;
6. Приложение № 6 „Честотни разпределения в частите „Очаквания“ и „Възприятия“ на медицинската услуга за СБАЛББ“;
7. Приложение № 7 „Честотни разпределения в частите „Очаквания“ и „Възприятия“ на медицинската услуга за МБАЛ“;
8. Приложение № 8 – кръгови диаграми, относно структурата на подкритериите на методиката SERVQUAL – данни за СБАЛББ“;
9. Приложение № 9 - кръгови диаграми, относно структурата на подкритериите на методиката SERVQUAL – данни за МБАЛ“;
10. Приложение № 10 Честотно разпределение „Пряко изразено удовлетворение“ – СБАЛББ“;
11. Приложение № 11 Честотно разпределение „Пряко изразено удовлетворение“ – МБАЛ“;
12. Приложение № 12 Кръгови диаграми - Анкета „Изразено удовлетворение СБАЛББ“;
13. Приложение № 13 Кръгови диаграми - Анкета „Изразено удовлетворение МБАЛ“;
14. Приложение № 14 Честотно разпределение „Рейтинги важност – представяне“ СБАЛББ“;
15. Приложение № 15 Честотно разпределение „Рейтинги важност – представяне“ МБАЛ“;
16. Приложение № 16- Кростабулации – СБАЛББ“;
17. Приложение № 17 – Кростабулации – МБАЛ“;
18. Приложение № 18- Стълбови диаграми на кростабулации – СБАЛББ“;
19. Приложение № 19- Стълбови диаграми на кростабулации – МБАЛ“;
20. Приложение № 20 - Ранжиране на мотивационни фактори – СБАЛББ“;
21. Приложение № 21 - Ранжиране на мотивационни фактори – МБАЛ“;

Анкета „Очаквания” за медицинска услуга

Приложение № 1

Въпросите се отнасят до Вашето мнение по повод предоставянето на медицинска услуга, от ЛЗБП „.....”. Моля, посочете в каква степен, по Ваше мнение от ЛЗБП „...”, предлагаща медицински услуги, трябва да притежават характеристиките, които са описани във всяко твърдение. Ако Вие сте напълно съгласни, отбележете числото 7. Ако сте напълно несъгласни – числото 1. Ако Вашето мнение не е толкова категорично, отбележете едно от промеждутъчните числа (2, 3, 4, 5, или 6). В анкетат няма правилни или неправилни отговори. **Ние сме заинтересовани в това да разберем Вашите очаквания, относно от ЛЗБП „...”, предлагаща медицински услуги и наричана по долу лечебното заведение (ЛЗ).**

O1	Оборудването в ЛЗ трябва да бъде съвременно	7	6	5	4	3	2	1
O2	Елементите на физическото обкръжение в тези ЛЗ трябва да бъде привлекателно	7	6	5	4	3	2	1
O3	Сътрудниците в тези ЛЗ са длъжни да бъдат добре облечени и спретнати	7	6	5	4	3	2	1
O4	Външният вид на елементите на физическото обкръжение на тези ЛЗ е длъжен да съответства на типа на предоставяната услуга	7	6	5	4	3	2	1
O5	Когато тези ЛЗ обещаят да предоставят услуга в определен срок, те са длъжни да изпълнят обещанието	7	6	5	4	3	2	1
O6	Когато у потребителя възникне проблем, тези ЛЗ са длъжни да проявят съчувствие и да се стремят да да успокоят потребителите	7	6	5	4	3	2	1
O7	Тези ЛЗ са длъжни да имат надеждна репутация	7	6	5	4	3	2	1
O8	Те са длъжни да предоставят услугите в обещаното време	7	6	5	4	3	2	1
O9	Тези ЛЗ са длъжни да водят записите (документацията) акуратно (точно)	7	6	5	4	3	2	1
O10	От тези ЛЗ не следва да очаква, че те ще информират потребителите, кога точно ще бъде предоставена услугата	7	6	5	4	3	2	1
O11	От страна на потребителите е нереалистично да се очаква незабавно предоставяне на услугата от сътрудниците на тези ЛЗ.	7	6	5	4	3	2	1
O12	Сътрудниците не винаги са длъжни да изпитват желание да помогнат на потребителите	7	6	5	4	3	2	1
O13	Ако сътрудниците са прекалено заети, за да удовлетворят молбата на потребителите, това е нормално	7	6	5	4	3	2	1
O14	Потребителите трябва да имат причина за доверие в сътрудниците на тези организации	7	6	5	4	3	2	1
O15	Потребителите трябва да се чувстват в безопасност при общуването със сътрудниците на тези организации	7	6	5	4	3	2	1
O16	Сътрудниците на тези организации трябва да бъдат вежливи	7	6	5	4	3	2	1
O17	Сътрудниците трябва да получават от страна на тези организации адекватна поддръжка за добре изпълнение на своята работа	7	6	5	4	3	2	1
O18	От тези ЛЗ не следва да се очаква проява на индивидуално внимание към потребителите	7	6	5	4	3	2	1
O19	От сътрудниците на тези ЛЗ не следва да се очаква проява на персонално внимание към потребителите	7	6	5	4	3	2	1
O20	Нереалистично е да се очаква от сътрудниците на тези ЛЗ знания за нуждите на потребителите	7	6	5	4	3	2	1
O21	Нереалистично е да се очаква, че тези ЛЗ са ориентирани към интересите на потребителите	7	6	5	4	3	2	1
O22	От тези ЛЗ не следва да се очаква удобни за всички потребители часове на работа	7	6	5	4	3	2	1

Анкета „Възприятия” за медицинска услуга

Приложение № 2

Следващите въпроси касаят Вашата оценка за услугата, предоставена от от ЛЗБП „.....”. За всяко твърдение моля, посочете доколко болницата съответства на характеристиките описани във всяко твърдение. Ако Вие сте напълно съгласни, отбележете числото 7. Ако сте напълно несъгласни – числото 1. Ако Вашето мнение не е толкова категорично, отбележете едно от промеждутъчните числа (2, 3, 4, 5, или 6).). В анкетат няма правилни или неправилни отговори. **Ние сме заинтересовани в това да разберем Вашите възприятия за услугите, предоставяни от от ЛЗБП „.....”, предлагаща медицински услуги и наричана по долу лечебното заведение (ЛЗ).**

V1	ЛЗ има съвременно оборудване	7	6	5	4	3	2	1
V2	Елементите на физическото обкръжение на ЛЗ са привлекателни	7	6	5	4	3	2	1
V3	Сътрудниците на ЛЗ са добре облечени и спретнати	7	6	5	4	3	2	1
V4	Външният вид на елементите на физическото обкръжение на ЛЗ съответства на типа на предоставяните услуги	7	6	5	4	3	2	1
V5	Когато ЛЗ обещае да предостави услуга в определен срок, тя изпълнява това обещание	7	6	5	4	3	2	1
V6	Когато у Вас възникне проблем, ЛЗ проявява съчувствие и се стреми да Ви успокои	7	6	5	4	3	2	1
V7	ЛЗ има надеждна репутация	7	6	5	4	3	2	1
V8	ЛЗ предоставя услугите в обещаното време	7	6	5	4	3	2	1
V9	ЛЗ води записите (документацията) акуратни (точно)	7	6	5	4	3	2	1
V10	ЛЗ информира потребителите, кога точно ще бъде предоставена услугата	7	6	5	4	3	2	1
V11	Вие не получавате услугата от сътрудниците на ЛЗ незабавно	7	6	5	4	3	2	1
V12	Сътрудниците на ЛЗ не винаги изпитват желание да помогнат на потребителите	7	6	5	4	3	2	1
V13	Сътрудниците на ЛЗ са прекалено заети, за да удовлетворят молбата на потребителите	7	6	5	4	3	2	1
V14	Вие можете да се доверите на сътрудниците на ЛЗ	7	6	5	4	3	2	1
V15	Вие се чувствате в безопасност при общуването със сътрудниците на ЛЗ	7	6	5	4	3	2	1
V16	Сътрудниците на ЛЗ са вежливи	7	6	5	4	3	2	1
V17	Сътрудниците на ЛЗ получават от страна на своята организация адекватна поддръжка за добре изпълнение на своята работа	7	6	5	4	3	2	1
V18	ЛЗ проявява към Вас индивидуално внимание	7	6	5	4	3	2	1
V19	Сътрудниците на ЛЗ не проявяват към Вас персонално внимание	7	6	5	4	3	2	1
V20	Сътрудниците на ЛЗ не знаят за Вашите нужди	7	6	5	4	3	2	1
V21	ЛЗ не е ориентирано към Вашите интереси	7	6	5	4	3	2	1
V22	Часовете на работа на ЛЗ са удобни за всички потребители	7	6	5	4	3	2	1

Таблица „Глобален коефициент на качеството” (SQI)

Приложение № 3

№	Критерий за качеството	Рейтинг на възприятие	Рейтинг на очаквания	Коефициент на качеството Q
M1	Болницата има съвременна техника и оборудване			
M2	Интериорите на помещенията на болницата са в отлично състояние			
M3	Персоналът на болницата е приятно облечен и спретнат			
M4	Външният вид на информационните материали (буклети, проспекти) в болницата са привлекателни			
Q МАТЕРИАЛНОСТ (M1 – M4)				
H5	Болницата изпълнява своите обещания да оказва услугата към назначеното време			
H6	Ако потребителите случайно имат проблеми, болницата се опитва да ги разреши искрено			
H7	Болницата има надеждна репутация			
H8	Услугите на болницата се предоставят на потребителите точно и в срок			
H9	Болницата избягва грешките и неточностите в своите операции			
Q НАДЕЖДНОСТ (H5 – H9)				
O10	Персоналът на болницата е дисциплиниран			
O11	Персоналът на болницата оказва услугите бързо и оперативно			
O12	Персоналът на болницата винаги помага на своите потребители за решаване на техните проблеми			
O13	Персоналът на болницата бързо реагира на молбата на потребителите			
Q ОТЗИВЧИВОСТ (O10 – O13)				
U14	Между потребителите и персонала на болницата съществува атмосфера на доверие и взаимно разбиране			
U15	В отношенията си с болницата потребителите се чувстват безопасно			
U16	Персоналът на болницата е вежлив с потребителите			
U17	Ръководството на болницата оказва всякаква поддръжка на персонала за ефективно обслужване на потребителите			
Q УВЕРНОСТ/СИГУРНОСТ (U14 – U17)				
C18	Към потребителите в болницата се проявява индивидуален подход			
C19	Персоналът на болницата проявява лично участие в решаването на проблемите на потребителите			
C20	Персоналът на болницата знае потребностите на своите потребители			
C21	Персоналът на болницата се ориентира към проблемите на потребителите			
C22	Часовете на работа в болницата са удобни за всички потребители			
Q СЪЧУВСТВИЕ (C185 – C22)				
ГЛОБАЛЕН КОЕФИЦИЕНТ НА КАЧЕСТВОТО (SQI)				

Анкета „Проучване на удовлетворението на потребителя” Приложение № 4

Това е проучване на мненията и идеите на пациентите, които получават здравни услуги от от ЛЗБП „.....”, **Вашите отговори на въпросите, поставени в тази анкета ще бъдат запазени в пълна тайна.** Ние не искаме да знаем кой сте Вие. **Това, което наистина ни интересува е как пациентите, които имат различни заболявания, очаквания и опит, се отнасят към нашата болница.**

Това не е тест. В него няма правилни и неправилни отговори. От това, доколко Вие ще отговорите на въпросите, съобразно своите разбирания, зависи доколко получената чрез резултатите картина ще отговаря на действителното състояние в нашето лечебно заведение.

От вниманието и честността, с която ще отговорите на въпросите, зависи доколко анкетата ще бъде полезна за превръщане на болницата по - добро място за лечение на пациентите и работа на медицинските специалисти.

Вашите отговори ще бъдат смесени с много други отговори и ще бъдат обобщени, за да се получи доклад за от ЛЗБП „.....”. Вашата самоличност ще бъде защитена. Нямаме нужда от Вашето име, а само от Вашите впечатления. Писмените Ви забележки ще бъдат обработени чрез компютър, така че никой от от ЛЗБП „.....” няма да може да разпознае Вашия почерк.

Моля, попълнете всички части на анкетата, така че всички Ваши впечатления да бъдат отразени. Помнете, че единственото, което искаме от Вас, е искреното Ви мнение.

Благодарим Ви за ценната помощ!
от ЛЗБП „.....”. (Името Ви, ако желаете да го съобщите
.....; мъж жена)

Анкета „Проучване на удовлетворението на потребителя” Приложение № 4

Анкета Метод „Пряко изразено удовлетворение”

1. Посочете (оградете съответната цифра) колко доволни сте от обслужването в от от ЛЗБП „.....”. **като цяло** и по следната скала:

1	2	3	4	5
Много недоволен	Недоволен	Безразличен	Доволен	Много доволен

2. Посочете (оградете съответната цифра) колко доволни сте от ЛЗБП „.....”. **по компонентите:** *апаратура и оборудване, диагностика, лечение и сигурност, информираност и вътрешен ред.*

оборудване и материали:

1	2	3	4	5
Много недоволен	Недоволен	Безразличен	Доволен	Много доволен

диагностика и лечение (осигуреност от качествена медицинска помощ):

1	2	3	4	5
Много недоволен	Недоволен	Безразличен	Доволен	Много доволен

информираност:

1	2	3	4	5
Много недоволен	Недоволен	Безразличен	Доволен	Много доволен

вътрешен ред (листа на чакащите, контакти с рентгенов кабинет и др.):

1	2	3	4	5
Много недоволен	Недоволен	Безразличен	Доволен	Много доволен

Анкета „Проучване на удовлетворението на потребителя” Приложение № 4

Анкета Метод „Рейтинг важност/постижение”

Моля, класирайте различните компоненти на нашата оферта от гледна точка на : (1) важността на всеки компонент и (2) колко добре се справяме при всеки един компонент. Важността на услугата се оценява по четирибална скала – „изключително важна”, „важна”, „по – малко важна”, „маловажна”.

Представянето се оценява по четирибална скала – „отлично”, „добро”, „удовлетворително”, „слабо”.

А. Бяхте ли учтиво приети и обслужени в приемната?

1). Важността на услугата:

1	2	3	4
изключително важна	важна	по – малко важна	маловажна

2). Представянето на услугата:

1	2	3	4
отлично	добро	удовлетворително	слабо

Б. Болницата разполага със съвременна техника, кабинетът е чист, приятен, поддържана е постоянна температура, осветлението и вентилацията са адекватни, тихо и спокойно.

1). Важността на услугата

1	2	3	4
изключително важна	важна	по – малко важна	маловажна

2). Представянето на услугата:

1	2	3	4
отлично	добро	удовлетворително	слабо

В. Осигуреност от болнична помощ – наличие на човешки ресурси, с висока клинична компетентност в областта на Вашето заболяване

1). Важността на услугата:

1	2	3	4
изключително	важна	по – малко важна	маловажна

важна			
-------	--	--	--

2). Представянето на услугата:

1	2	3	4
отлично	добро	удовлетворително	слабо

Г. Сестринско обслужване

1). Важността на услугата:

1	2	3	4
изключително важна	важна	по – малко важна	маловажна

2). Представянето на услугата:

1	2	3	4
отлично	добро	удовлетворително	слабо

Д. Други видове обслужване: рентгеновите техники, лаборанти, служителите по приемането.

1). Важността на услугата:

1	2	3	4
изключително важна	важна	по – малко важна	маловажна

2). Представянето на услугата:

1	2	3	4
отлично	добро	удовлетворително	слабо

Е. Информираността за лечението и назначенията на лекарите

1). Важността на услугата:

1	2	3	4
изключително важна	важна	по – малко важна	маловажна

2). Представянето на услугата:

1	2	3	4
отлично	добро	удовлетворително	слабо

Ж. Организиране и вътрешен ред – достъпност, позволяващи посещаване на болницата своевременно

1). Важността на услугата:

1	2	3	4
изключително важна	важна	по – малко важна	маловажна

2). Представянето на услугата:

1	2	3	4
отлично	добро	удовлетворително	слабо

3. Лични – листа на чакащите при хронично заболяване

1). Важността на услугата:

1	2	3	4
изключително важна	важна	по – малко важна	маловажна

2). Представянето на услугата:

1	2	3	4
отлично	добро	удовлетворително	слабо

И. Административен офис – учтивост на служителите при не/заплащане на услугата при работа със здравноосигурително лице

1). Важността на услугата:

1	2	3	4
изключително важна	важна	по – малко важна	маловажна

2). Представянето на услугата:

1	2	3	4
отлично	добро	удовлетворително	слабо

Приложение № 5

**Анкетна карта за оценка на мотивационен профил на персонала в „... „
(ЛЗБП)**

№	Мотивационни фактори	Въпрос № 1	Въпрос № 2
1.	Стил на ръководство		
2.	Трудова дисциплина		
3.	Трудово възнаграждение		
4.	Сигурност на работното място		
5.	Условия на безопасност и труд		
6.	Организация на работното време		
7.	Връзки с членовете на колектива		
8.	Социални придобивки		
9.	Признаване на личните способности		
10.	Възможност за повишаване на квалификацият		
11.	Задоволство, интерес към работата		
12.	Самостоятелност на работата		
13.	Лична отговорност		
14.	Възможност за инициатива и изява		
15.	Възможност за растеж и себerealизация		

Въпрос № 1 - Подредете (ранжирайте) следните 15 фактора по степен на значимост за Вашата работа. В отговорите на въпрос № 1 с ранг 1 се отбелязва най – важният фактор и т.н., а с ранг 15 – най – маловажният.

Въпрос № 2 - Отговорете с:

- Да (+)
- Не (-)
- Не мога да преценя (0)

за това по кой от посочените фактори състоянието според Вас е
удовлетворително (+), по кой не е (-) и по кой не можете да прецените (0).

Приложение № 6

„Честотни разпределения в частите „Очаквания“ и „Възприятия“ на медицинската услуга за СБАЛББ

O1					B1				
Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент	Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент
1	6	3,9	3,9	3,9	1	3	2	2	2
2					2	3	2	2	3,9
3	3	2	2	5,9	3	3	2	2	5,9
4					4	3	2	2	7,8
5	9	5,9	5,9	11,8	5	6	3,9	3,9	11,8
6	3	2	2	13,7	6	12	7,8	7,8	19,6
7	132	86,3	86,3	100	7	123	80,4	80,4	100
Общо	153	100	100		Общо	153	100	100	

O2					B2				
Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент	Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент
1	3	2	2	2	1	15	9,8	9,8	9,8
2	3	2	2	3,9	2	6	3,9	3,9	13,7
3	3	2	2	5,9	3	6	3,9	3,9	17,6
4	3	2	2	7,8	4	9	5,9	5,9	23,5
5	6	3,9	3,9	11,8	5	6	3,9	3,9	27,5
6	12	7,8	7,8	19,6	6	9	5,9	5,9	33,3
7	123	80,4	80,4	100	7	102	66,7	66,7	100
Общо	153	100	100		Общо	153	100	100	

O3					B3				
Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент	Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент
1	3	2	2	2	1	9	5,9	5,9	5,9
2	-	-	-	-	2	3	2	2	7,8
3	-	-	-	-	3	6	3,9	3,9	11,8
4	6	3,9	3,9	5,9	4	3	2	2	13,7
5	3	2	2	7,8	5	3	2	2	15,7
6	12	7,8	7,8	15,7	6	27	17,6	17,6	33,3
7	129	84,3	84,3	100	7	102	66,7	66,7	100
Общо	153	100	100		Общо	153	100	100	

O4					B4				
Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент	Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент
1	-	-	-	-	1	9	5,9	5,9	5,9
2	3	2	2	2	2	9	5,9	5,9	11,8
3	-	-	-	-	3	3	2	2	13,7
4	6	3,9	3,9	5,9	4	3	2	2	15,7
5	3	2	2	7,8	5	12	7,8	7,8	23,5
6	45	29,4	29,4	37,3	6	18	11,8	11,8	35,3
7	96	62,7	62,7	100	7	99	64,7	64,7	100
Общо	153	100	100		Общо	153	100	100	

O5					B5				
Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент	Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент
1	-	-	-	-	1	3	2	2	2
2	3	2	2	2	2	-	-	-	-
3	-	-	-	-	3	3	2	2	3,9
4	-	-	-	-	4	9	5,9	5,9	9,8
5	21	13,7	13,7	15,7	5	6	3,9	3,9	13,7
6	15	9,8	9,8	25,5	6	27	17,6	17,6	31,4
7	114	74,5	74,5	100	7	105	68,6	68,6	100
Общо	153	100	100		Общо	153	100	100	

O6					B6				
Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент	Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент
1	3	2	2	2	1	6	3,9	3,9	3,9
2	-	-	-	-	2				
3	-	-	-	-	3				
4	6	3,9	3,9	5,9	4	6	3,9	3,9	7,8
5	18	11,8	11,8	17,6	5	3	2	2	9,8
6	15	9,8	9,8	27,5	6	39	25,5	25,5	35,3
7	111	72,5	72,5	100	7	99	64,7	64,7	100
Общо	153	100	100		Общо	153	100	100	

O7					B7				
Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент	Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент
1	-	-	-	-	1	3	2	2	2
2	-	-	-	-	2	-	-	-	-
3	3	2	2	2	3	6	3,9	3,9	5,9
4	-	-	-	-	4	6	3,9	3,9	9,8
5	12	7,8	7,8	9,8	5	3	2	2	11,8
6	30	19,6	19,6	29,4	6	33	21,6	21,6	33,3
7	108	70,6	70,6	100	7	102	66,7	66,7	100
Общо	153	100	100		Общо	153	100	100	

O8					B8				
Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент	Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент
1	-	-	-	-	1	3	2	2	2
2	-	-	-	-	2	3	2	2	3,9
3	6	3,9	3,9	3,9	3	-	-	-	-
4	-	-	-	-	4	6	3,9	3,9	7,8
5	15	9,8	9,8	13,7	5	6	3,9	3,9	11,8
6	9	5,9	5,9	19,6	6	21	13,7	13,7	25,5
7	123	80,4	80,4	100	7	114	74,5	74,5	100
Общо	153	100	100		Общо	153	100	100	

O9					B9				
Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент	Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент
1	-	-	-	-	1	3	2	2	2
2	-	-	-	-	2	-	-	-	-
3	-	-	-	-	3	-	-	-	-
4	6	3,9	3,9	3,9	4	6	3,9	3,9	5,9
5	12	7,8	7,8	11,8	5	-	-	-	-
6	27	17,6	17,6	29,4	6	27	17,6	17,6	23,5
7	108	70,6	70,6	100	7	117	76,5	76,5	100
Общо	153	100	100		Общо	153	100	100	

O10					B10				
Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент	Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент
1	75	49	49	49	1	9	5,9	5,9	5,9
2	-	-	-	-	2	6	3,9	3,9	9,8
3	-	-	-	-	3	-	-	-	-
4	15	9,8	9,8	58,8	4	3	2	2	11,8
5	15	9,8	9,8	68,6	5	6	3,9	3,9	15,7
6	15	9,8	9,8	78,4	6	24	15,7	15,7	31,4
7	33	21,6	21,6	100	7	105	68,6	68,6	100
Общо	153	100	100		Общо	153	100	100	

O11					B11				
Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент	Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент
1	72	47,1	47,1	47,1	1	51	33,3	33,3	33,3
2	6	3,9	3,9	51	2	3	2	2	35,3
3	-	-	-	-	3	9	5,9	5,9	41,2
4	12	7,8	7,8	58,8	4	18	11,8	11,8	52,9
5	18	11,8	11,8	70,6	5	6	3,9	3,9	56,9
6	12	7,8	7,8	78,4	6	3	2	2	58,8
7	33	21,6	21,6	100	7	63	41,2	41,2	100
Общо	100	100	100		Общо	153	100	100	

O12					B12				
Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент	Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент
1	78	51	51	51	1	63	41,2	41,2	41,2
2	3	2	2	52,9	2	3	2	2	43,1
3	-	-	-	-	3	6	3,9	3,9	47,1
4	12	7,8	7,8	60,8	4	6	3,9	3,9	51
5	3	2	2	62,7	5	18	11,8	11,8	62,7
6	12	7,8	7,8	70,6	6	12	7,8	7,8	70,6
7	45	29,4	29,4	100	7	45	29,4	29,4	100
Общо	153	100	100		Общо	153	100	100	

O13					B13				
Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент	Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент
1	84	54,9	54,9	54,9	1	63	41,2	41,2	41,2
2	6	3,9	3,9	58,8	2	3	2	2	43,1
3	9	5,9	5,9	64,7	3	6	3,9	3,9	47,1
4	6	3,9	3,9	68,6	4	12	7,8	7,8	54,9
5	3	2	2	70,6	5	12	7,8	7,8	62,7
6	12	7,8	7,8	78,4	6	12	7,8	7,8	70,6
7	33	21,6	21,6	100	7	45	29,4	29,4	100
Общо	153	100	100		Общо	153	100	100	

O14					B14				
Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент	Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент
1	-	-	-	-	1	3	2	2	2
2	3	2	2	2	2	3	2	2	3,9
3	9	5,9	5,9	7,8	3	-	-	-	-
4	3	2	2	9,8	4	3	2	2	5,9
5	9	5,9	5,9	15,7	5	6	3,9	3,9	9,8
6	15	9,8	9,8	25,5	6	24	15,7	15,7	25,5
7	114	74,5	74,5	100	7	114	74,5	74,5	100
Общо	153	100	100		Общо	153	100	100	

O15					B15				
Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент	Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент
1	-	-	-	-	1	3	2	2	2
2	-	-	-	-	2	3	2	2	3,9
3	3	2	2	2	3	3	2	2	5,9
4	9	5,9	5,9	7,8	4	3	2	2	7,8
5	9	5,9	5,9	13,7	5	-	-	-	-
6	9	5,9	5,9	19,6	6	27	17,6	17,6	25,5
7	123	80,4	80,4	100	7	114	74,5	74,5	100
Общо	153	100	100		Общо	153	100	100	

O16					B16				
Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент	Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент
1	-	-	-	-	1	3	2	2	2
2	-	-	-	-	2	-	-	-	-
3	-	-	-	-	3	-	-	-	-
4	3	2	2	2	4	-	-	-	-
5	9	5,9	5,9	7,8	5	9	5,9	5,9	7,8
6	36	23,5	23,5	31,4	6	36	23,5	23,5	31,4
7	105	68,6	68,6	100	7	105	68,6	68,6	100
Общо	153	100	100		Общо	153	100	100	

O17					B17				
Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент	Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент
1	-	-	-	-	1	6	3,9	3,9	3,9
2	-	-	-	-	2	-	-	-	-
3	6	3,9	3,9	3,9	3	-	-	-	-
4	3	2	2	5,9	4	6	3,9	3,9	7,8
5	12	7,8	7,8	13,7	5	12	7,8	7,8	15,7
6	12	7,8	7,8	21,6	6	39	25,5	25,5	41,2
7	120	78,4	78,4	100	7	90	58,8	58,8	100
Общо	153	100	100		Общо	100	100	100	

O18					B18				
Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент	Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент
1	63	41,2	41,2	41,2	1	3	2	2	2
2	3	2	2	43,1	2	-	-	-	-
3	6	3,9	3,9	47,1	3	-	-	-	-
4	3	2	2	49	4	6	3,9	3,9	5,9
5	21	13,7	13,7	62,7	5	9	5,9	5,9	11,8
6	-	-	-	-	6	12	7,8	7,8	19,6
7	57	37,3	37,3	100	7	123	80,4	80,4	100
Общо	153	100	100		Общо	153	100	100	

O19					B19				
Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент	Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент
1	57	37,3	37,3	37,3	1	45	29,4	29,4	29,4
2	6	3,9	3,9	41,2	2	6	3,9	3,9	33,3
3	12	7,8	7,8	49	3	-	-	-	-
4	3	2	2	51	4	3	2	2	35,3
5	18	11,8	11,8	62,7	5	12	7,8	7,8	43,1
6	9	5,9	5,9	68,6	6	18	11,8	11,8	54,9
7	48	31,4	31,4	100	7	69	45,1	45,1	100
Общо	153	100	100		Общо	153	100	100	

O20					B20				
Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент	Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент
1	78	51	51	51	1	60	39,2	39,2	39,2
2	6	3,9	3,9	54,9	2	15	9,8	9,8	49
3	6	3,9	3,9	58,8	3	3	2	2	51
4	3	2	2	60,8	4	6	3,9	3,9	54,9
5	9	5,9	5,9	66,7	5	15	9,8	9,8	64,7
6	18	11,8	11,8	78,4	6	6	3,9	3,9	68,6
7	33	21,6	21,6	100	7	48	31,4	31,4	100
Общо	153	100	100		Общо	153	100	100	

O21					B21				
Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент	Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент
1	75	49	49	49	1	69	45,1	45,1	45,1
2	-	-	-	-	2	9	5,9	5,9	51
3	9	5,9	5,9	54,9	3	3	2	2	52,9
4	6	3,9	3,9	58,8	4	9	5,9	5,9	58,8
5	24	15,7	15,7	74,5	5	12	7,8	7,8	66,7
6	6	3,9	3,9	78,4	6	9	5,9	5,9	72,5
7	33	21,6	21,6	100	7	42	27,5	27,5	100
Общо	153	100	100		Общо	153	100	100	

O22					B22				
Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент	Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент
1	75	49	49	49	1	3	2	2	2
2	-	-	-	-	2	-	-	-	-
3	6	3,9	3,9	52,9	3	-	-	-	-
4	-	-	-	-	4	6	3,9	3,9	5,9
5	18	11,8	11,8	64,7	5	21	13,7	13,7	19,6
6	6	3,9	3,9	68,6	6	12	7,8	7,8	27,5
7	48	31,4	31,4	100	7	111	72,5	72,5	100
Общо	153	100	100		Общо	153	100	100	

Приложение № 7

„Честотни разпределения в частите „Очаквания” и „Възприятия” на медицинската услуга за МБАЛ

O1					B1				
Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент	Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент
1	-	-	-	-	1	11	3,1	3,1	3,1
2	12	3,4	3,4	3,4	2	-	-	-	-
3	12	3,4	3,4	6,9	3	34	9,7	9,7	12,9
4	33	9,4	9,4	16,3	4	-	-	-	-
5	12	3,4	3,4	19,7	5	35	10	10	22,9
6	58	16,6	16,6	36,3	6	94	26,9	26,9	49,7
7	223	63,7	63,7	100	7	176	50,3	50,3	100
Общо	350	100	100		Общо	350	100	100	

O2					B2				
Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент	Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент
1	11	3,1	3,1	3,1	1	47	13,4	13,4	13,4
2	12	3,4	3,4	6,6	2	-	-	-	-
3	-	-	-	-	3	46	13,1	13,1	26,6
4	34	9,7	9,7	16,3	4	23	6,6	6,6	33,1
5	58	16,6	16,6	32,9	5	47	13,4	13,4	46,6
6	59	16,9	16,9	49,7	6	59	16,9	16,9	63,4
7	176	50,3	50,3	100	7	128	36,6	36,6	100
Общо	350	100	100		Общо	350	100	100	

O3					B3				
Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент	Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент
1	-	-	-	-	1	12	3,4	3,4	3,4
2	-	-	-	-	2	-	-	-	-
3	11	3,1	3,1	3,1	3	-	-	-	-
4	23	6,6	6,6	9,7	4	11	3,1	3,1	6,6
5	23	6,6	6,6	16,3	5	22	6,3	6,3	12,9
6	47	13,4	13,4	29,7	6	119	34	34	46,9
7	246	70,3	70,3	100	7	186	53,1	53,1	100
Общо	350	100	100		Общо	350	100	100	

O4					B4				
Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент	Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент
1	-	-	-	-	1	12	3,4	3,4	3,4
2	12	3,4	3,4	3,4	2	36	10,3	10,3	13,7
3	23	6,6	6,6	10	3	-	-	-	-
4	23	6,6	6,6	16,6	4	56	16	16	29,7
5	35	10	10	26,6	5	35	10	10	39,7
6	59	16,9	16,9	43,4	6	142	40,6	40,6	80,3
7	198	56,6	56,6	100	7	69	19,7	19,7	100
Общо	350	100	100		Общо	350	100	100	

O5					B5				
Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент	Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент
1	-	-	-	-	1	12	3,4	3,4	3,4
2	-	-	-	-	2	12	3,4	3,4	6,9
3	-	-	-	-	3	11	3,1	3,1	10
4	45	12,9	12,9	12,9	4	33	9,4	9,4	19,4
5	24	6,9	6,9	19,7	5	23	6,6	6,6	26
6	84	24	24	343,7	6	153	43,7	43,7	69,7
7	197	36,3	36,3	100	7	106	30,3	30,3	100
Общо	350	100	100		Общо	350	100	100	

O6					B6				
Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент	Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент
1	-	-	-	-	1	12	3,4	3,4	3,4
2	-	-	-	-	2	-	-	-	-
3	-	-	-	-	3	23	6,6	6,6	10
4	22	6,3	6,3	6,3	4	12	3,4	3,4	13,4
5	24	6,9	6,9	13,1	5	34	9,7	9,7	23,1
6	142	40,6	40,6	53,7	6	164	46,9	46,9	70
7	162	46,3	46,3	100	7	105	30	30	100
Общо	350	100	100		Общо	350	100	100	

O7					B7				
Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент	Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент
1	-	-	-	-	1	12	3,4	3,4	3,4
2	-	-	-	-	2	11	3,1	3,1	6,6
3	-	-	-	-	3	12	3,4	3,4	10
4	11	3,1	3,1	3,1	4	11	3,1	3,1	13,1
5	35	10	10	13,1	5	46	13,1	13,1	26,3
6	82	23,4	23,4	36,6	6	119	34	34	60,3
7	222	63,4	63,4	100	7	139	39,7	39,7	100
Общо	350	100	100		Общо	350	100	100	

O8					B8				
Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент	Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент
1	-	-	-	-	1	12	3,4	3,4	3,4
2	-	-	-	-	2	12	3,4	3,4	6,9
3	-	-	-	-	3	11	3,1	3,1	10
4	34	9,7	9,7	9,7	4	23	6,6	6,6	16,6
5	24	6,9	6,9	16,6	5	46	13,1	13,1	29,7
6	60	17,1	17,1	33,7	6	83	23,7	23,7	53,4
7	232	66,3	66,3	100	7	163	46,6	46,6	100
Общо	350	100	100		Общо	350	100	100	

O9					B9				
Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент	Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент
1	-	-	-	-	1	12	3,4	3,4	3,4
2	-	-	-	-	2	-	-	-	-
3	-	-	-	-	3	-	-	-	-
4	33	9,4	9,4	9,4	4	12	3,4	3,4	6,9
5	12	3,4	3,4	12,9	5	57	16,3	16,3	23,1
6	71	20,3	20,3	33,1	6	142	40,6	40,6	63,7
7	234	66,9	66,9	100	7	127	36,3	36,3	100
Общо	350	100	100		Общо	350	100	100	

О10					В10				
Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент	Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент
1	116	33,1	33,1	33,1	1	12	3,4	3,4	3,4
2	-	-	-	-	2	22	6,3	6,3	9,7
3	-	-	-	-	3	-	-	-	-
4	116	33,1	33,1	66,3	4	23	6,6	6,6	16,3
5	36	10,3	10,3	76,6	5	23	6,6	6,6	22,9
6	60	17,1	17,1	93,7	6	176	50,3	50,3	73,1
7	22	6,3	6,3	100	7	94	26,9	26,9	100
Общо	350	100	100		Общо	350	100	100	

О11					В11				
Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент	Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент
1	105	30	30	30	1	151	43,1	43,1	43,1
2	-	-	-	-	2	60	17,1	17,1	60,3
3	11	3,1	3,1	33,1	3	-	-	-	-
4	104	29,7	29,7	62,9	4	24	6,9	6,9	67,1
5	36	10,3	10,3	73,1	5	46	13,1	13,1	80,3
6	72	20,6	20,6	93,7	6	58	16,6	16,6	96,9
7	22	6,3	6,3	100	7	11	3,1	3,1	100
Общо	350	100	100		Общо	350	100	100	

О12					В12				
Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент	Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент
1	175	50	50	50	1	140	40	40	40
2	23	6,6	6,6	56,6	2	72	20,6	20,6	60,6
3	12	3,4	3,4	60	3	-	-	-	-
4	23	6,6	6,6	66,6	4	23	6,6	6,6	67,1
5	35	10	10	76,6	5	35	10	10	77,1
6	59	16,9	16,9	93,4	6	47	13,4	13,4	90,6
7	23	6,6	6,6	100	7	33	9,4	9,4	100
Общо	350	100	100		Общо	350	100	100	

O13					B13				
Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент	Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент
1	152	43,4	43,4	43,4	1	130	37,1	37,1	37,1
2	35	10	10	53,4	2	60	17,1	17,1	54,3
3	-	-	-	-	3	12	3,4	3,4	57,7
4	46	13,1	13,1	66,6	4	46	13,1	13,1	70,9
5	36	10,3	10,3	76,9	5	57	16,3	16,3	87,1
6	47	13,4	13,4	90,3	6	23	6,6	6,6	93,7
7	34	9,7	9,7	100	7	22	6,3	6,3	100
Общо	350	100	100		Общо	350	100	100	

O14					B14				
Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент	Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент
1	-	-	-	-	1	23	6,6	6,6	6,6
2	-	-	-	-	2	-	-	-	-
3	-	-	-	-	3	11	3,1	3,1	9,7
4	12	3,4	3,4	3,4	4	-	-	-	-
5	71	20,3	20,3	23,7	5	58	16,6	16,6	26,3
6	60	17,1	17,1	40,9	6	176	50,3	50,3	76,6
7	207	59,1	59,1	100	7	82	23,4	23,4	100
Общо	350	100	100		Общо	350	100	100	

O15					B15				
Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент	Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент
1	12	3,4	3,4	3,4	1	12	3,4	3,4	3,4
2	-	-	-	-	2	11	3,1	3,1	6,6
3	-	-	-	-	3	11	3,1	3,1	9,7
4	12	3,4	3,4	6,9	4	24	6,9	6,9	16,6
5	12	3,4	3,4	10,3	5	34	9,7	9,7	26,3
6	84	24	24	34,3	6	201	57,4	57,4	83,7
7	230	65,7	65,7	100	7	57	16,3	16,3	100
Общо	350	100	100		Общо	350	100	100	

O16					B16				
Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент	Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент
1	-	-	-	-	1	12	3,4	3,4	3,4
2	-	-	-	-	2	11	3,1	3,1	6,6
3	-	-	-	-	3	-	-	-	-
4	-	-	-	-	4	45	12,9	12,9	19,4
5	24	6,9	6,9	6,9	5	60	17,1	17,1	136,6
6	24	6,9	6,9	13,7	6	48	13,7	13,7	50,3
7	302	86,3	86,3	100	7	174	49,7	49,7	100
Общо	350	100	100		Общо	350	100	100	

O17					B17				
Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент	Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент
1	-	-	-	-	1	23	6,6	6,6	6,6
2	-	-	-	-	2	11	3,1	3,1	9,7
3	-	-	-	-	3	12	3,4	3,4	13,1
4	23	6,6	6,6	6,6	4	34	9,7	9,7	22,9
5	36	10,3	10,3	16,9	5	94	26,9	26,9	49,7
6	24	6,9	6,9	23,7	6	24	6,9	6,9	56,6
7	267	76,3	76,3	100	7	152	43,4	43,4	100
Общо	350	100	100		Общо	350	100	100	

O18					B18				
Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент	Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент
1	163	46,6	46,6	46,6	1	45	12,9	12,9	12,9
2	24	6,9	6,9	53,4	2	-	-	-	-
3	-	-	-	-	3	11	3,1	3,1	16
4	34	9,7	9,7	63,1	4	35	10	10	26
5	60	17,1	17,1	80,3	5	83	23,7	23,7	49,7
6	23	6,6	6,6	86,9	6	24	6,9	6,9	56,6
7	46	13,1	13,1	100	7	152	43,4	43,4	100
Общо	350	100	100		Общо	350	100	100	

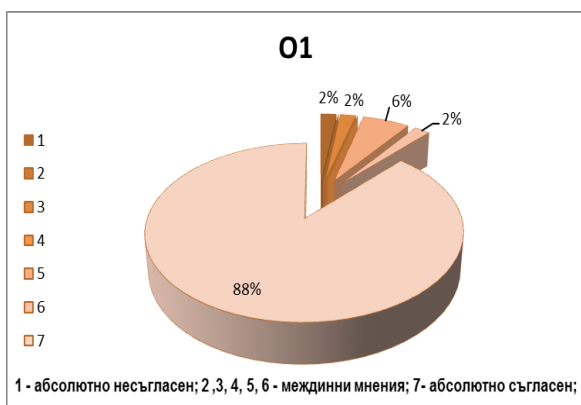
O19					B19				
Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент	Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент
1	151	43,1	43,1	43,1	1	106	30,3	30,3	30,3
2	24	6,9	6,9	50	2	24	6,9	6,9	37,1
3	-	-	-	-	3	23	6,6	6,6	43,7
4	58	16,6	16,6	66,6	4	55	15,7	15,7	59,4
5	35	10	10	76,6	5	84	24	24	83,4
6	35	10	10	86,6	6	35	10	10	93,4
7	47	13,4	13,4	100	7	23	6,6	6,6	100
Общо	350	100	100		Общо	350	100	100	

O20					B20				
Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент	Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент
1	128	36,6	36,6	36,6	1	152	43,4	43,4	43,4
2	71	20,3	20,3	56,9	2	83	23,7	23,7	67,1
3	-	-	-	-	3	-	-	-	-
4	45	12,9	12,9	69,7	4	11	3,1	3,1	70,3
5	60	17,1	17,1	86,9	5	35	10	10	80,3
6	34	9,7	9,7	96,6	6	58	16,6	16,6	96,9
7	12	3,4	3,4	100	7	11	3,1	3,1	100
Общо	350	100	100		Общо	350	100	100	

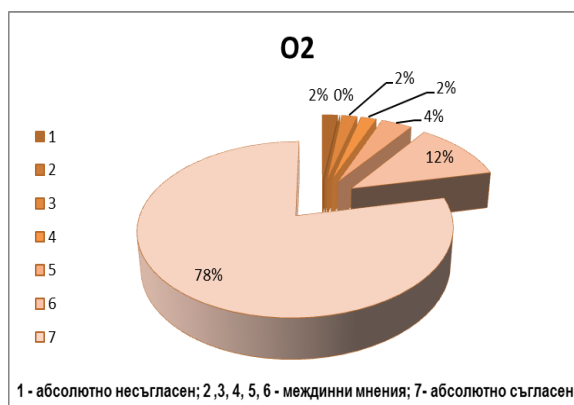
O21					B21				
Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент	Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент
1	127	36,3	36,3	36,3	1	152	43,4	43,4	43,4
2	48	13,7	13,7	50	2	36	10,3	10,3	53,7
3	-	-	-	-	3	35	10	10	63,7
4	57	16,7	16,7	66,3	4	46	13,1	13,1	76,9
5	48	13,7	13,7	80	5	-	-	-	-
6	36	10,3	10,3	90,3	6	70	20	20	96,9
7	34	9,7	9,7	100	7	11	3,1	3,1	100
Общо	350	100	100		Общо	350	100	100	

O22					B22				
Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент	Рейтинг	Честота	Процент	Вали ден процент	Кумулативен процент
1	139	39,7	39,7	39,7	1	12	3,4	3,4	3,4
2	36	10,3	10,3	50	2	11	3,1	3,1	6,6
3	23	6,6	6,6	56,6	3	12	3,4	3,4	10
4	11	3,1	3,1	59,7	4	11	3,1	3,1	13,1
5	36	10,3	10,3	70	5	107	30,6	30,6	43,7
6	58	16,6	16,6	86,6	6	35	10	10	53,7
7	47	13,4	13,4	100	7	162	46,3	46,3	100
Общо	350	100	100		Общо	350	100	100	

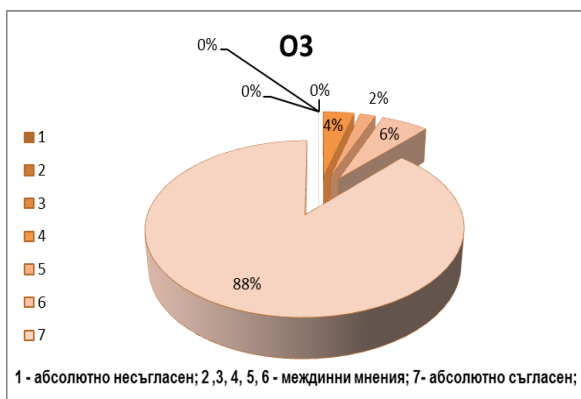
КРИТЕРИЙ „МАТЕРИАЛНОСТ“ (M1 – M4) – АСПЕКТ „ОЧАКВАНИЯ“



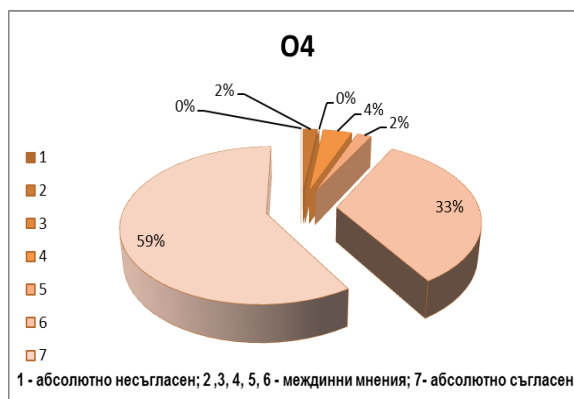
O1 Оборудването в ЛЗ трябва да бъде съвременно



O2 Елементите на физическото обкръжение на ЛЗ трябва да бъдат привлекателни

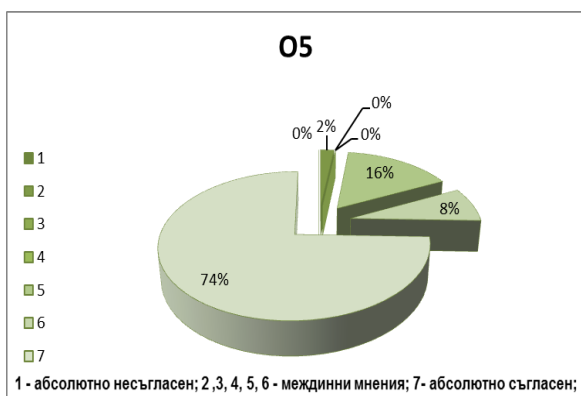


O3 Сътрудниците в ЛЗ трябва да бъдат добре облечени

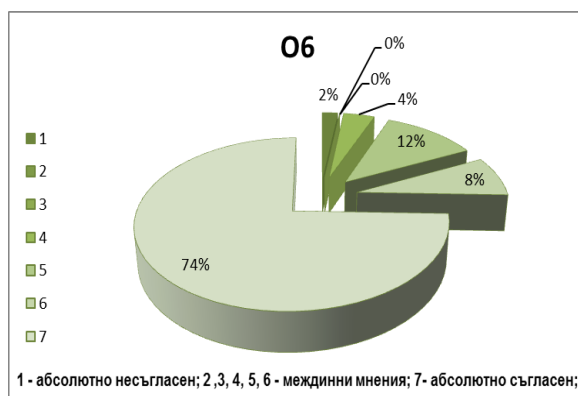


O4 Външният вид на елементите на физическото обкръжение в ЛЗ трябва да съответства на типа на представяната услуга

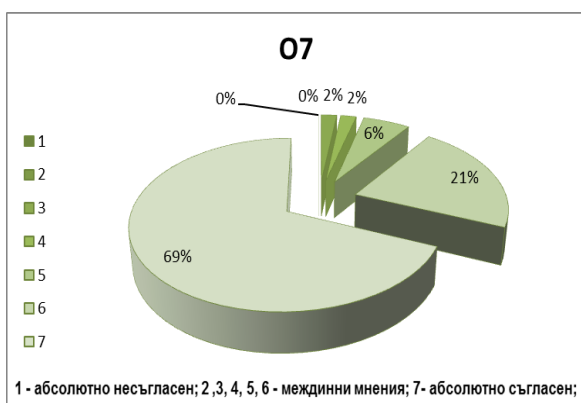
КРИТЕРИЙ „НАДЕЖДНОСТ“ (Н5 – Н9) – АСПЕКТ „ОЧАКВАНИЯ“



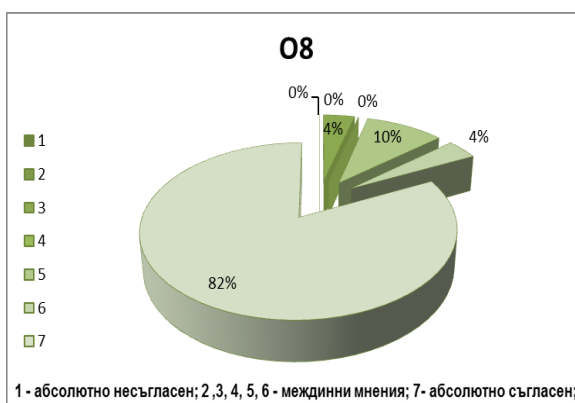
05 Когато ЛЗ обещаат да предоставят услуга в определен срок, те са длъжни изпълнят обещанието



06 Когато у потребителите възникне проблем, ЛЗ е длъжно да прояви да съчувствие и да се стреми да успокои потребителите

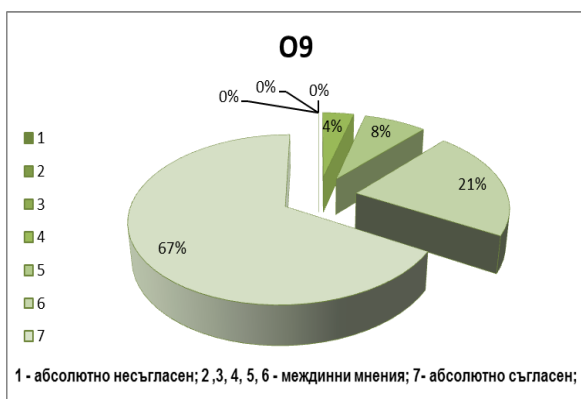


07 ЛЗ е длъжно да има надеждна репутация



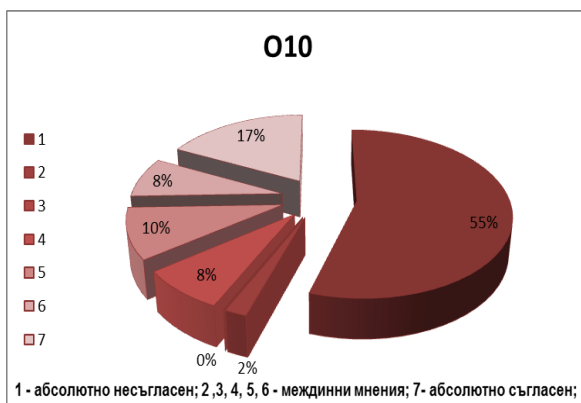
08 ЛЗ е длъжно да предоставя услугите

обещаното време



09 ЛЗ е длъжно да води записите (документацията) акуратно (точно)

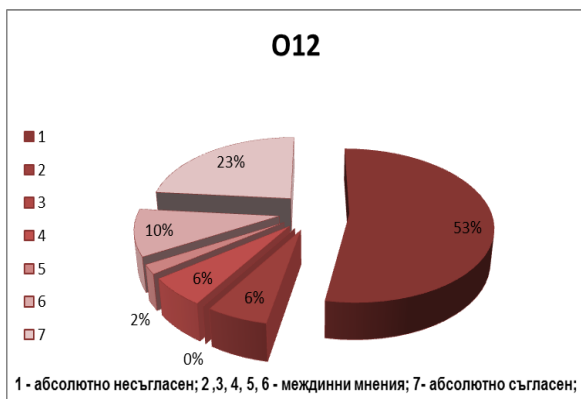
КРИТЕРИЙ „ОТЗИВЧИВОСТ“ (O10 – O13) – АСПЕКТ „ОЧАКВАНИЯ“



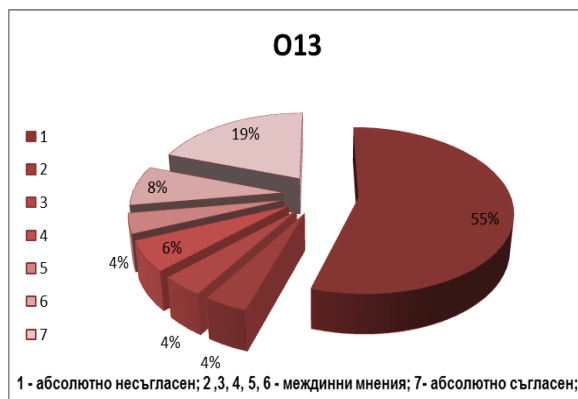
O10 От ЛЗ не следва да се очаква, че ще информира потребителите, кога точно ще бъде предоставена услугата от сътрудниците на ЛЗ



O11 От страна на потребителите е нереалистично да се очаква незабавно предоставяне на услугата от сътрудниците на ЛЗ

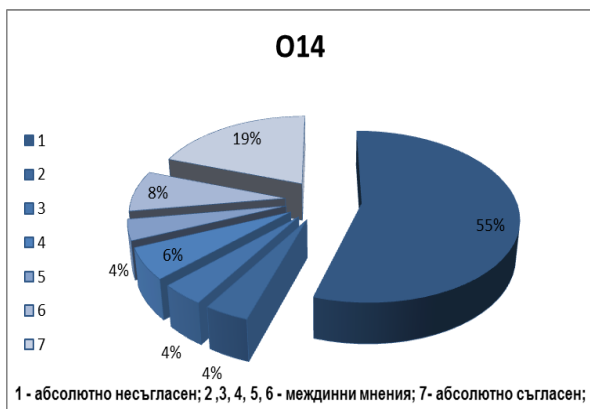


O12 Сътрудниците не винаги са длъжни да изпитват желание да помогнат на потребителите

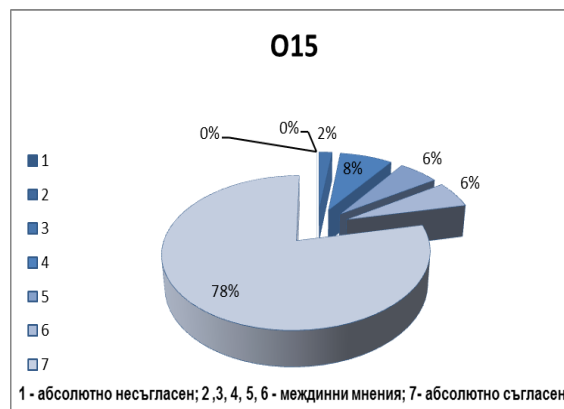


O13 Ако сътрудниците са прекалено заети, за да удовлетворят молбата на потребителите, това е нормално

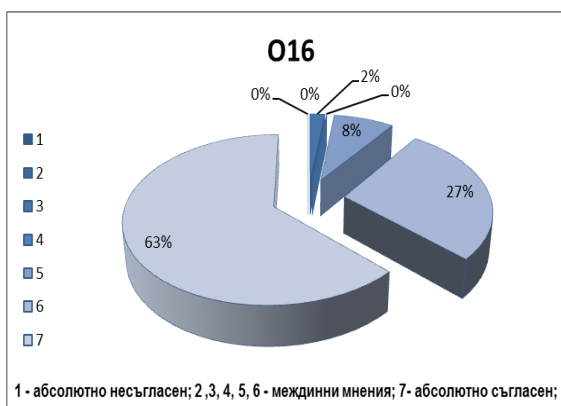
КРИТЕРИЙ „УВЕРЕННОСТ“ (У14 – У17) – АСПЕКТ „ОЧАКВАНИЯ“



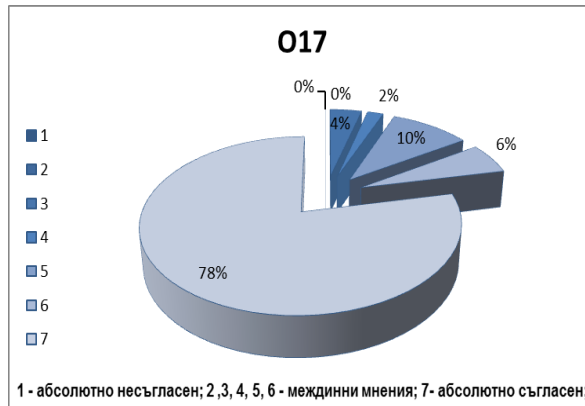
O14 Потребителите трябва да имат причина
чувстват в
за доверие в сътрудниците на ЛЗ



O15 Потребителите трябва да се
безопасност при общуването си със
сътрудниците на ЛЗ

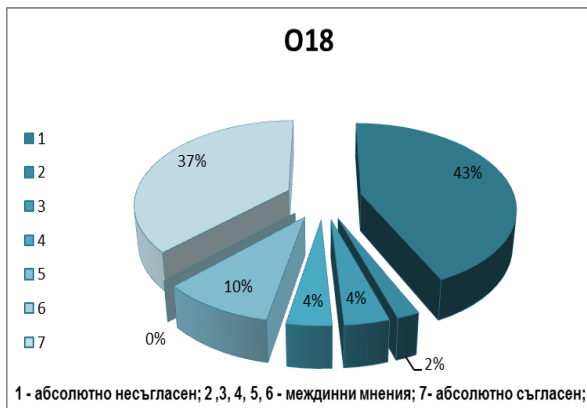


O16 Сътрудниците на ЛЗ трябва да бъдат
вежливи

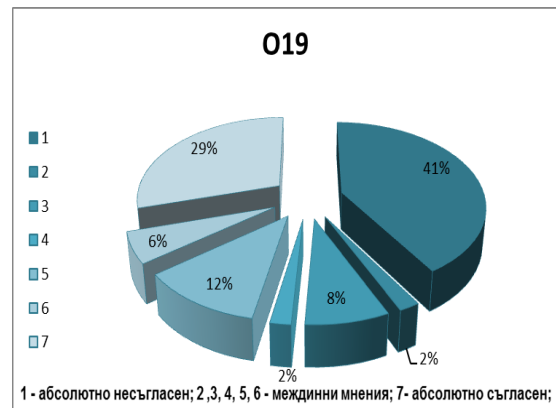


O17 Сътрудниците на ЛЗ трябва да
получават от страна на ЛЗ адекватна
поддръжка за добро изпълнение на
своята работа

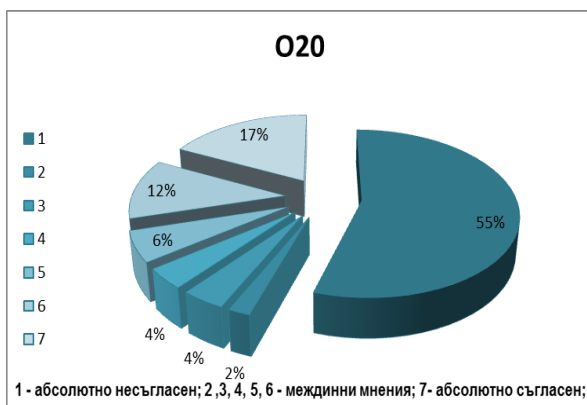
КРИТЕРИЙ „СЪЧУВСТВИЕ“ (С18 – С22) – АСПЕКТ „ОЧАКВАНИЯ“



O18 От ЛЗ не следва да се очаква проява на индивидуално внимание към потребителите



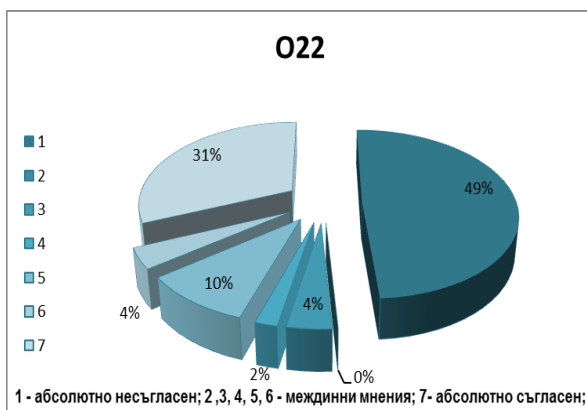
O19 От ЛЗ не следва да се очаква на персонално внимание към потребителите



O20 Нереалистично е да се очаква от сътрудниците на ЛЗ знания за нуждите на потребителите

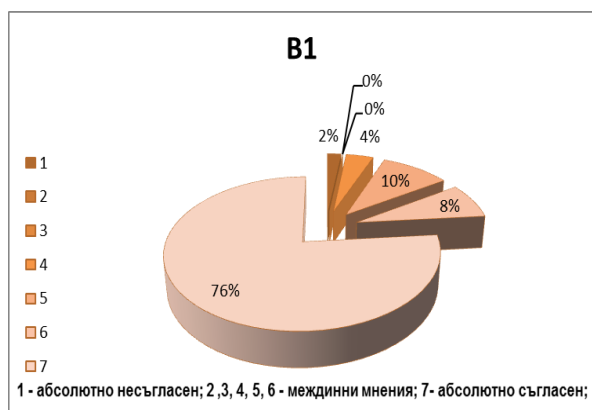


O21 Нереалистично е да се очаква, че ЛЗ е ориентирано към интересите на потребителите

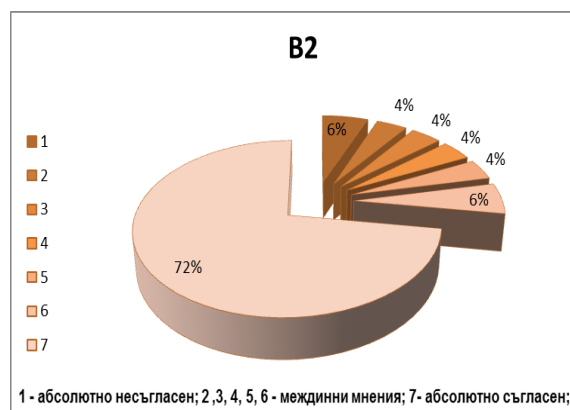


O22 От ЛЗ не следва да се очаква удобни за всички потребители часове на работа

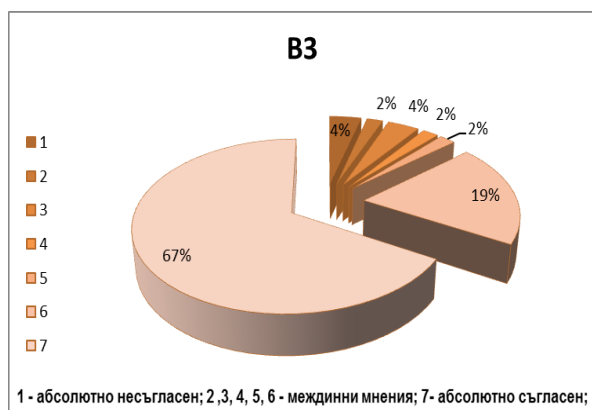
КРИТЕРИЙ „МАТЕРИАЛНОСТ“ (M1 – M4) – АСПЕКТ „ВЪЗПРИЯТИЯ“



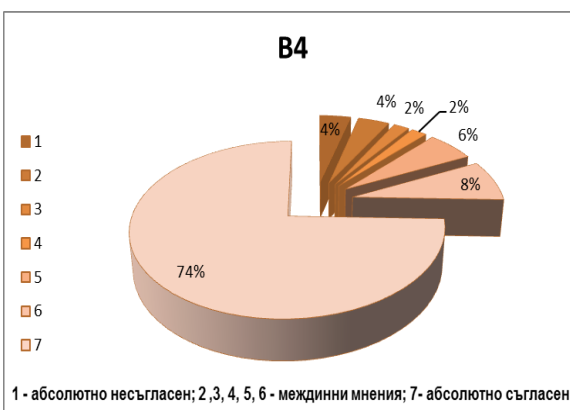
B1 ЛЗ има съвременно оборудване



B2 Елементите на физическото обкръжение на ЛЗ са привлекателни

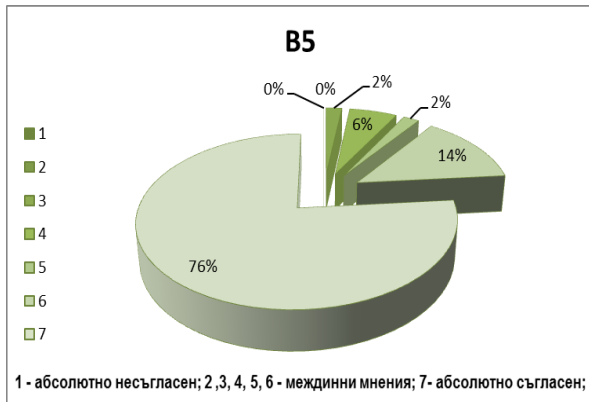


B3 Сътрудниците на ЛЗ са добре облечени и спретнати

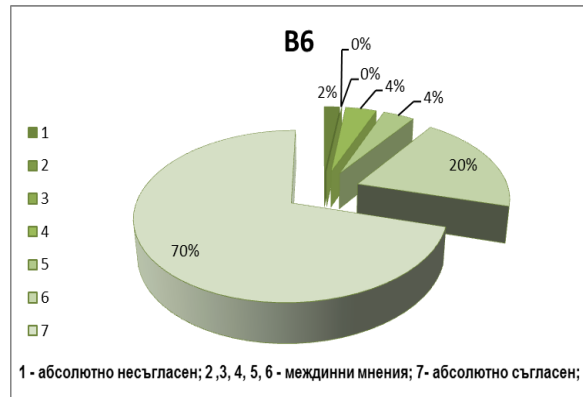


B4 Външният вид на елементите на физическото обкръжение на ЛЗ съответстват на типа на предоставяните услуги

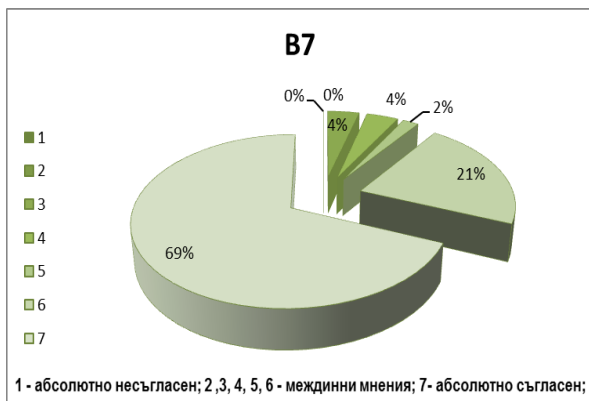
КРИТЕРИЙ „НАДЕЖНОСТ“ (Н5 – Н9) – АСПЕКТ „ВЪЗПРИЯТИЯ“



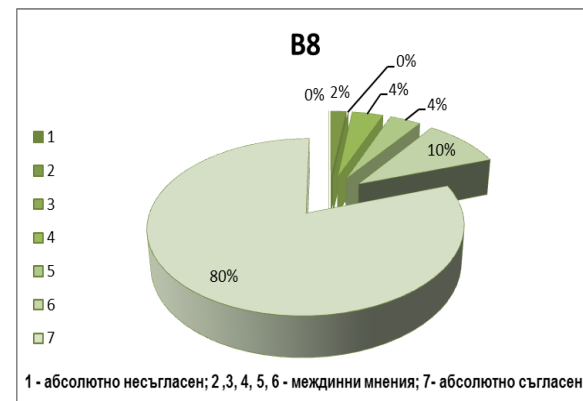
B5 Когато обещае да предостави услуга в определен срок, то изпълнява това обещание



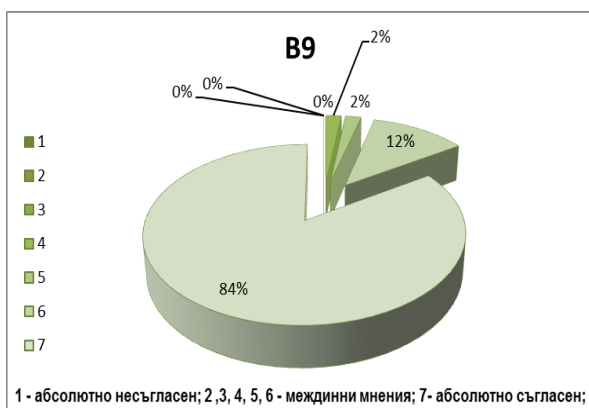
B6 Когато у Вас възникне проблем, ЛЗ проявява съчувствие и се стреми да Ви успокои



B7 ЛЗ има надеждна репутация

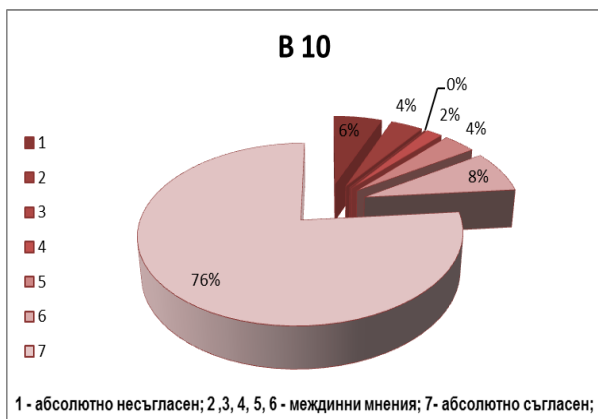


B8 ЛЗ представя услугите в обещаното време

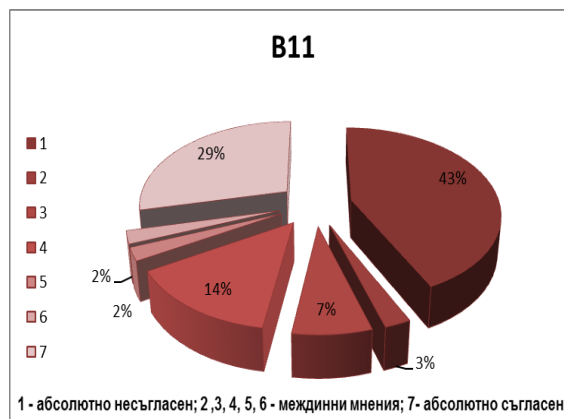


B9 ЛЗ води записите (документацията) акуратно (точно)

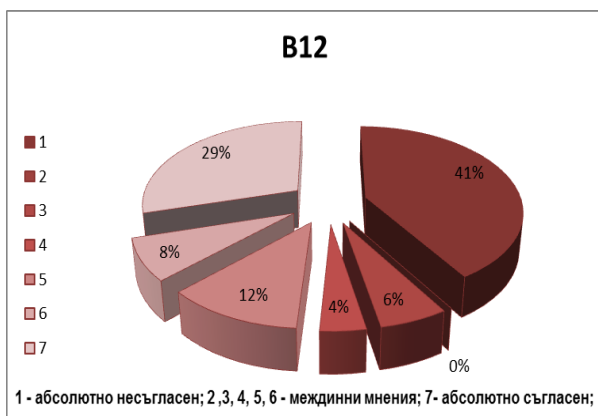
КРИТЕРИЙ „ОТЗИВЧИВОСТ“ (О10 – О13) – АСПЕКТ „ВЪЗПРИЯТИЯ“



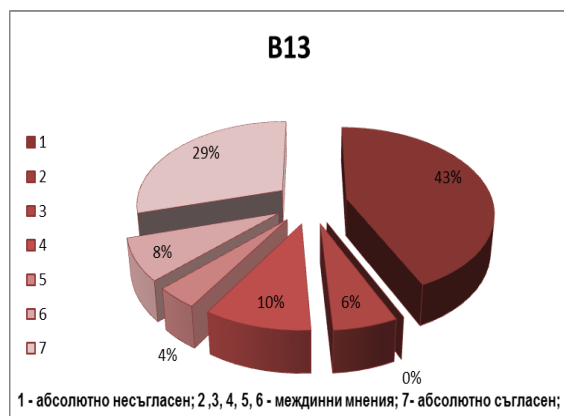
В10 ЛЗ информира потребителите кога точно ще бъде предоставена услугата



В11 Вие не получавате услугата от сътрудниците на ЛЗ незабавно

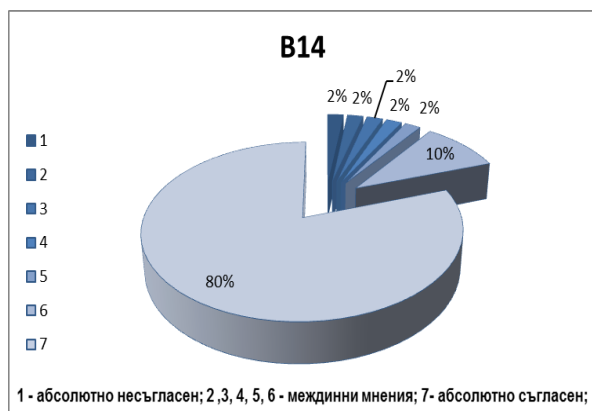


В12 Сътрудниците на ЛЗ не винаги заети, изпитват желание да помогнат на потребителите

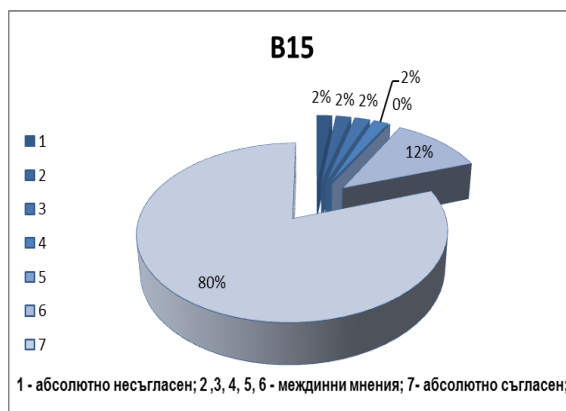


В13 Сътрудниците на ЛЗ са прекалено за да удовлетворят молбата на потребителите

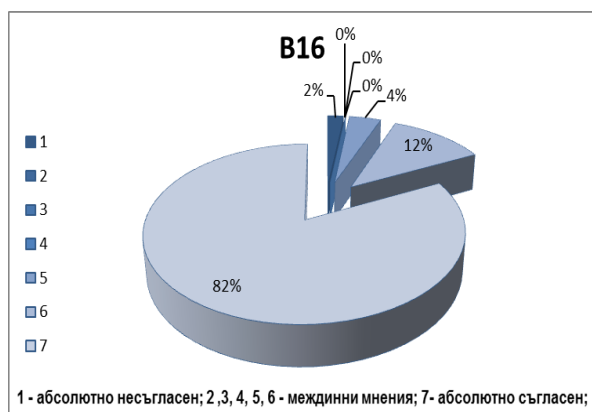
КРИТЕРИЙ „УВЕРЕННОСТ“ (У14 – У17) – АСПЕКТ „ВЪЗПРИЯТИЯ“



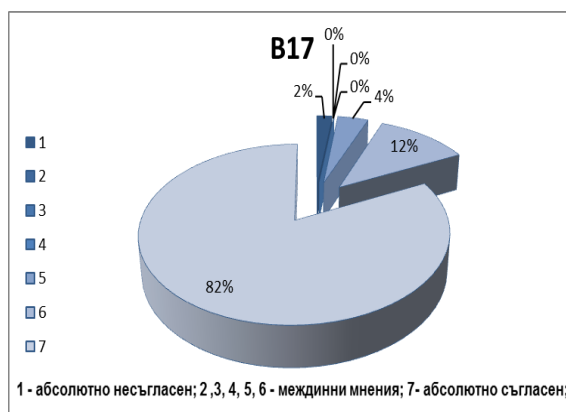
B14 Вие можете да се доверите на сътрудниците на ЛЗ



B15 Вие с ечувствате в безопасност при общуването със сътрудниците



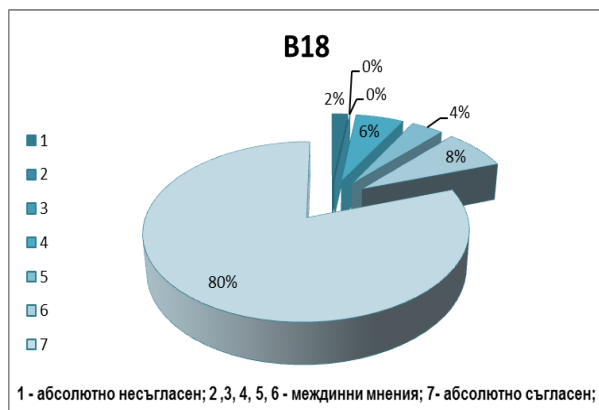
B16 Сътрудниците на ЛЗ са вежливи на



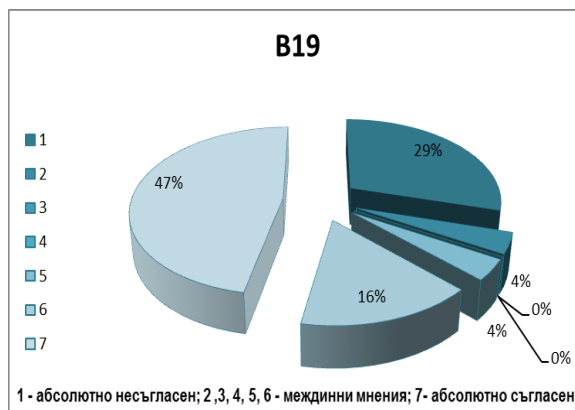
B17 Сътрудниците на ЛЗ получават от страна

своята организация адекватна поддръжка за добро изпълнение на своята работа

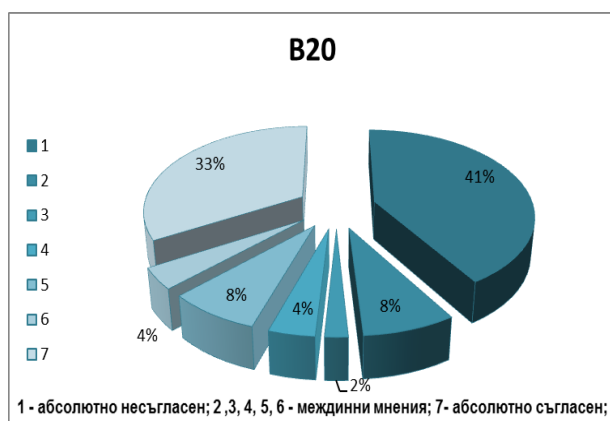
КРИТЕРИЙ „СЪЧУВСТВИЕ“ (С18 – С22) – АСПЕКТ „ВЪЗПРИЯТИЯ“



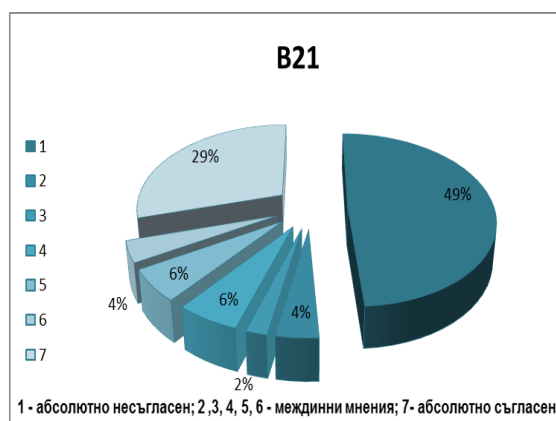
B18 ЛЗ проявява към Вас индивидуално внимание



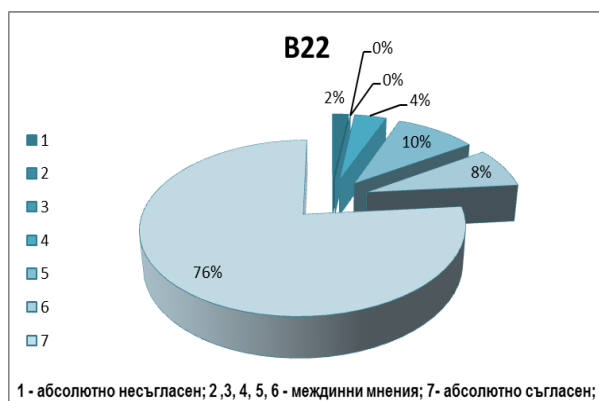
B19 Сътрудниците на ЛЗ не проявяват към Вас персонално внимание



B20 Сътрудниците на ЛЗ не знаят за Вашите нужди

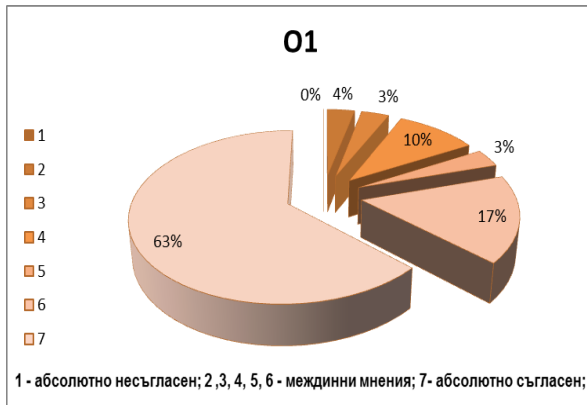


B21 ЛЗ не е ориентирано за Вашите интереси

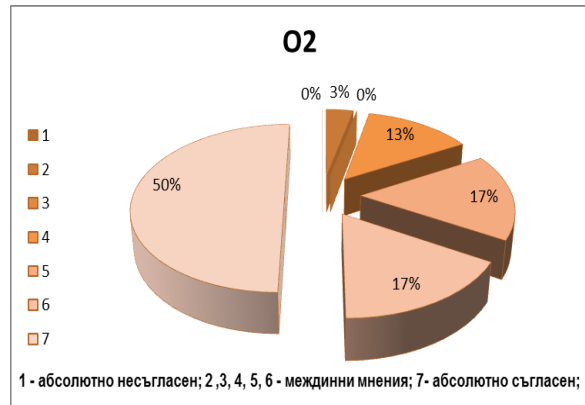


B22 Часовете на работа на ЛЗ са удобни за всички потребители

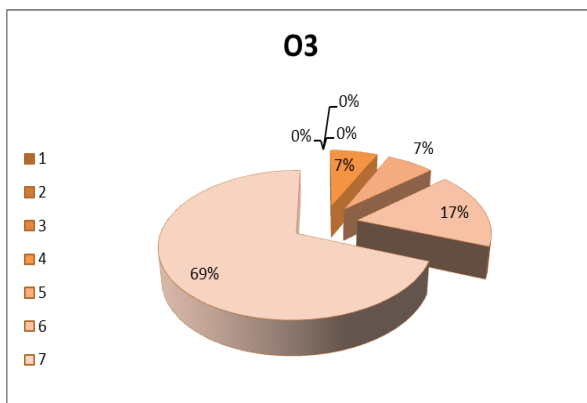
КРИТЕРИЙ „МАТЕРИАЛНОСТ“ (M1 – M4) – АСПЕКТ „ОЧАКВАНИЯ“



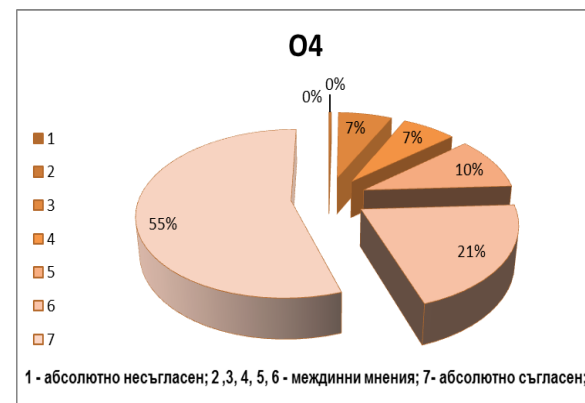
O1 Оборудването в ЛЗ трябва да бъде съвременно



O2 Елементите на физическото обкръжение в ЛЗ трябва да бъдат привлекателни

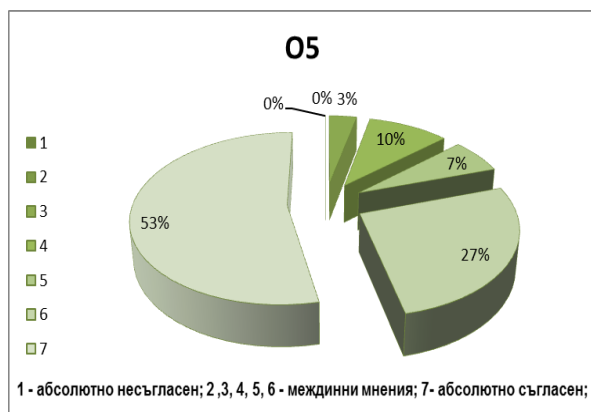


O3 Сътрудниците в ЛЗ са да бъдат добре облечени

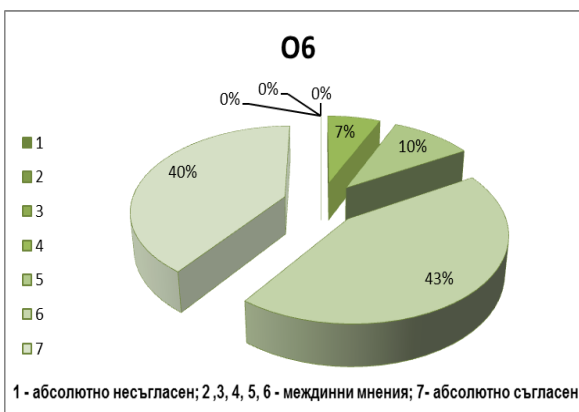


O4 Външният вид на елементите на физическото обкръжение в ЛЗ трябва да съответства на типа на представяната услуга

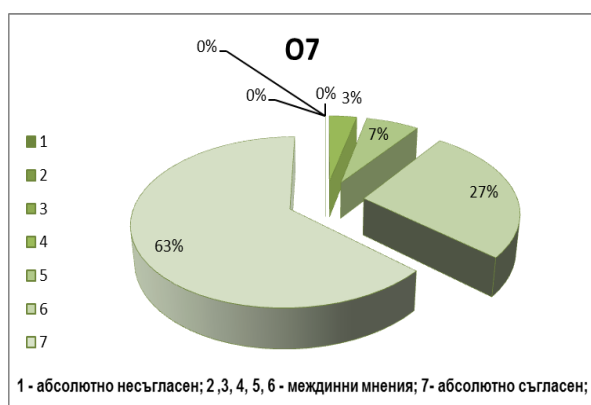
КРИТЕРИЙ „НАДЕЖНОСТ“ (Н5 – Н9) – АСПЕКТ „ОЧАКВАНИЯ“



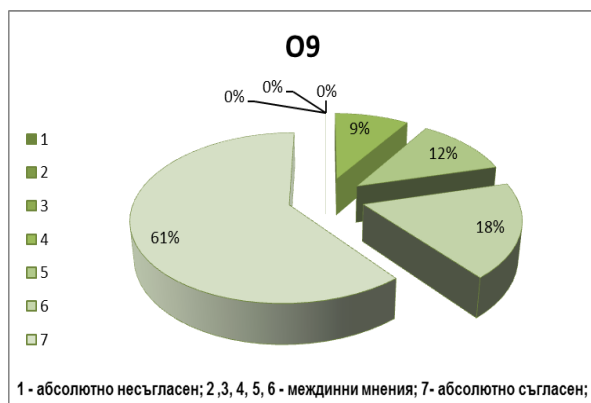
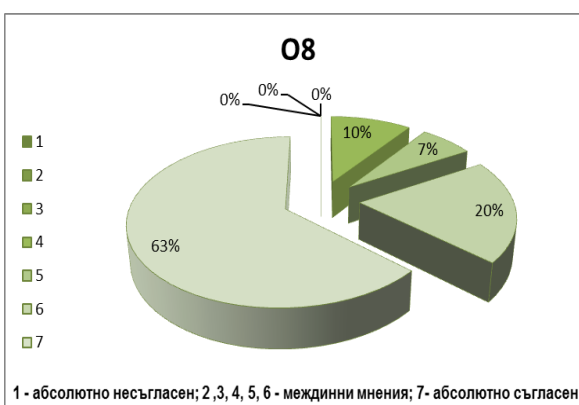
05 Когато ЛЗ обещаят да предоставят услуга в определен срок, те са длъжни изпълнят обещанието



06 Когато у потребителите възникне проблем, ЛЗ е длъжно да прояви да съчувствие и да се стреми да успокои потребителите

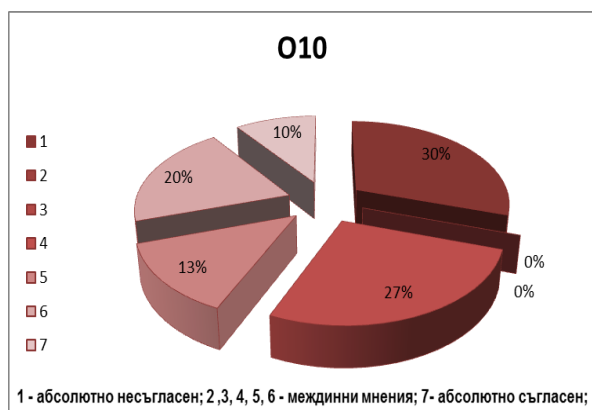


07 ЛЗ е длъжно да има надеждна репутация **08** ЛЗ е длъжно да предоставя услугите в обещаното време

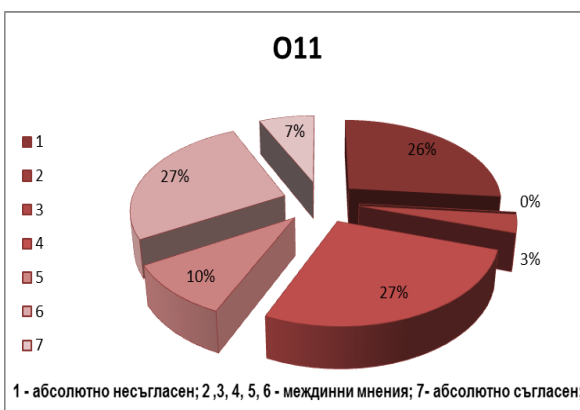


09 ЛЗ е длъжно да води записите (документацията) акуратно (точно)

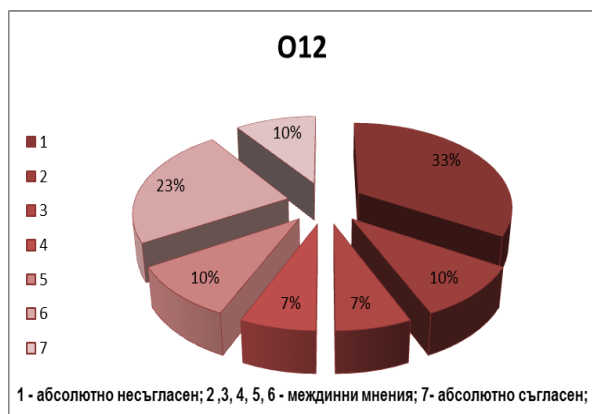
КРИТЕРИЙ „ОТЗИВЧИВОСТ“ (O10 – O13) – АСПЕКТ „ОЧАКВАНИЯ“



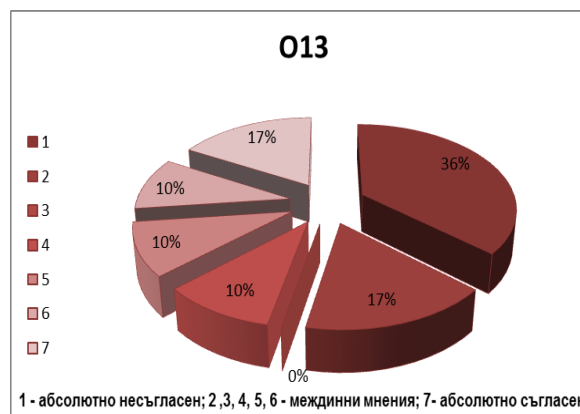
O10 От ЛЗ не следва да се очаква, че ще информира потребителите, кога точно ще бъде предоставена услугата от сътрудниците на ЛЗ



O11 От страна на потребителите е нереалистично да се очаква незабавно предоставяне на услугата от сътрудниците на ЛЗ

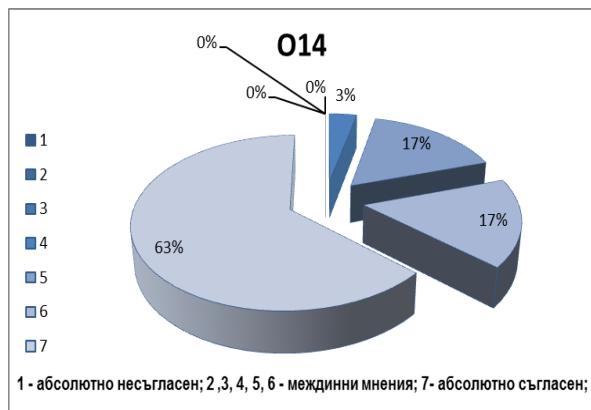


O12 Сътрудниците не винаги са длъжни да изпитват желание да помогнат на потребителите

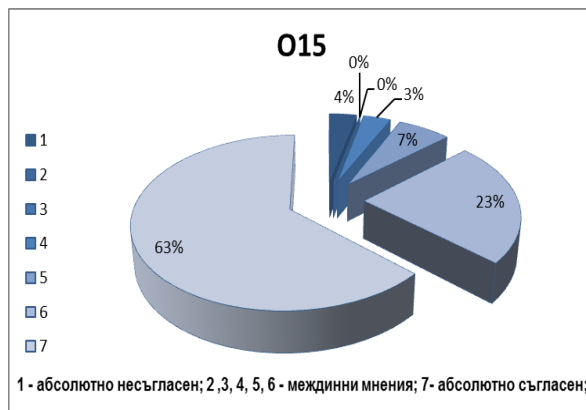


O13 Ако сътрудниците са прекалено заети, за да удовлетворят молбата на потребителите, това е нормално

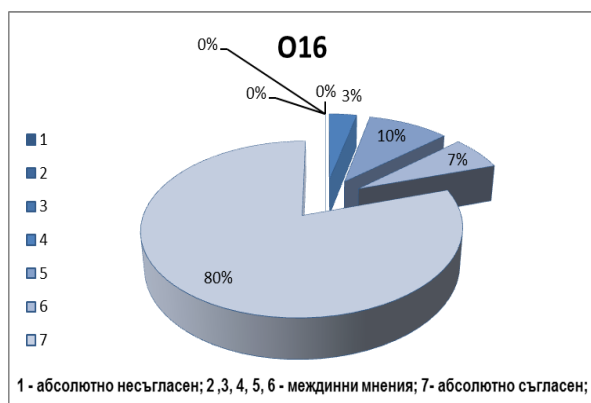
КРИТЕРИЙ „УВЕРЕННОСТ“ (У14 – У17) – АСПЕКТ „ОЧАКВАНИЯ“



O14 Потребителите трябва да имат причина за доверие в сътрудниците на ЛЗ



O15 Потребителите трябва да се чувстват в безопасност при общуването си със сътрудниците на ЛЗ

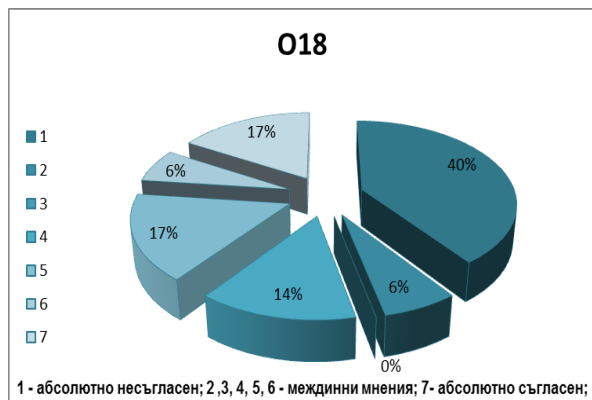


O16 Сътрудниците на ЛЗ трябва да бъдат вежливи
своята

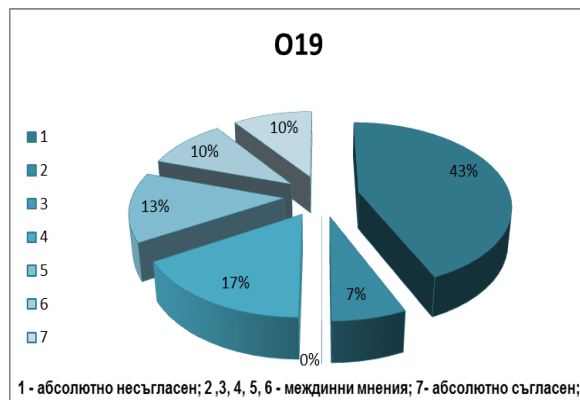


O17 Сътрудниците на ЛЗ трябва да получават от страна на ЛЗ адекватна поддръжка за добро изпълнение на работа

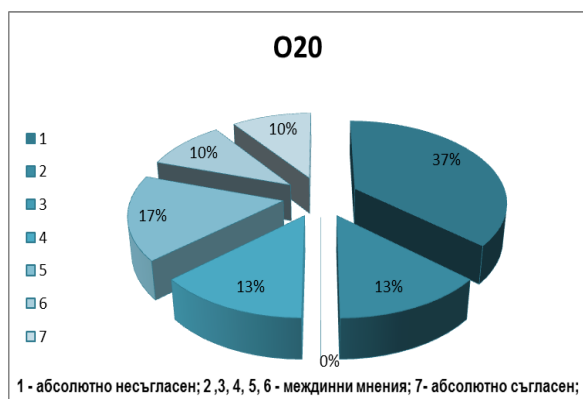
КРИТЕРИЙ „СЪЧУВСТВИЕ“ (С18 – С22) – АСПЕКТ „ОЧАКВАНИЯ“



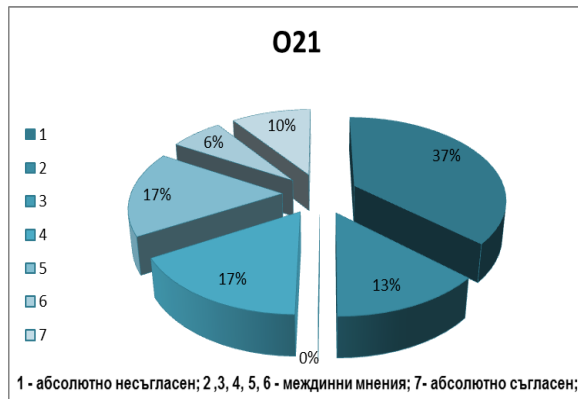
O18 От ЛЗ не следва да се очаква проява на индивидуално внимание към потребителите



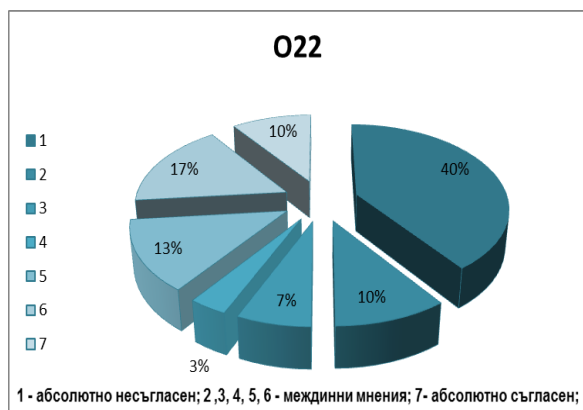
O19 От ЛЗ не следва да се очаква индивидуално внимание към потребителите



O20 Нереалистично е да се очаква от сътрудниците на ЛЗ знания за нуждите на потребителите

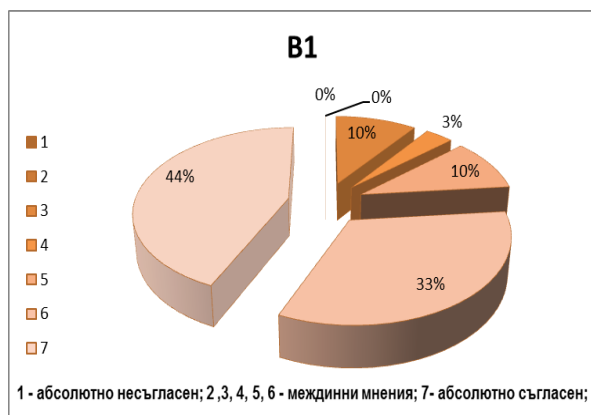


O21 Нереалистично е да се очаква, че ЛЗ е ориентирано към интересите на потребителите

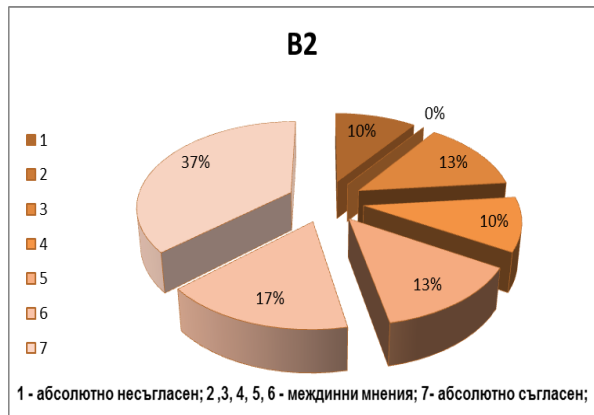


O22 От ЛЗ не следва да се очаква удобни за всички потребители часове на работа

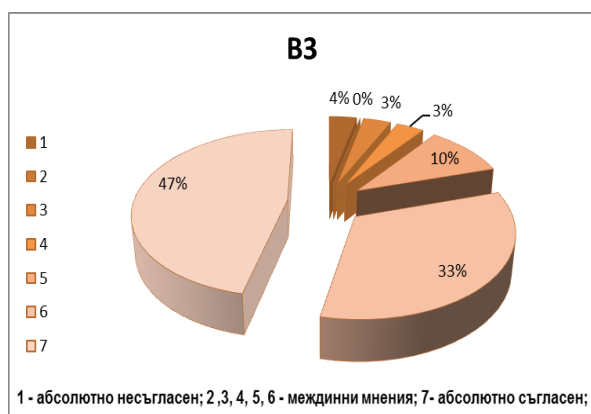
КРИТЕРИЙ „МАТЕРИАЛНОСТ“ (M1 – M4) – АСПЕКТ „ВЪЗПРИЯТИЯ“



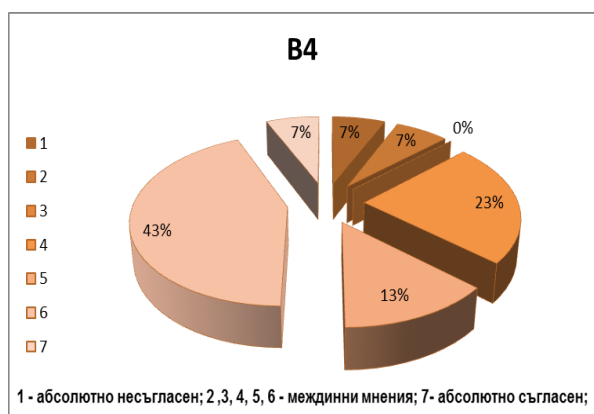
B1 ЛЗ има съвременно оборудване



B2 Елементите на физическото обкръжение на ЛЗ са привлекателни

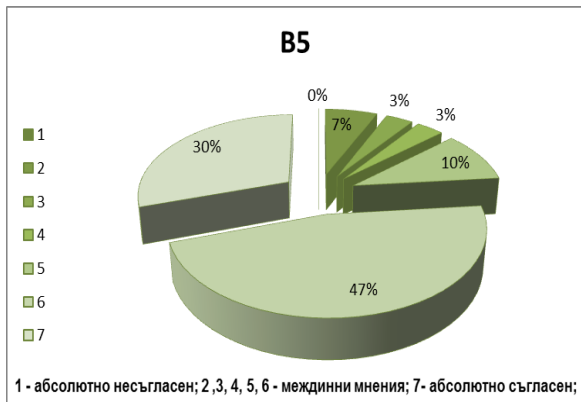


B3 Сътрудниците на ЛЗ са добре облечени и спретнати

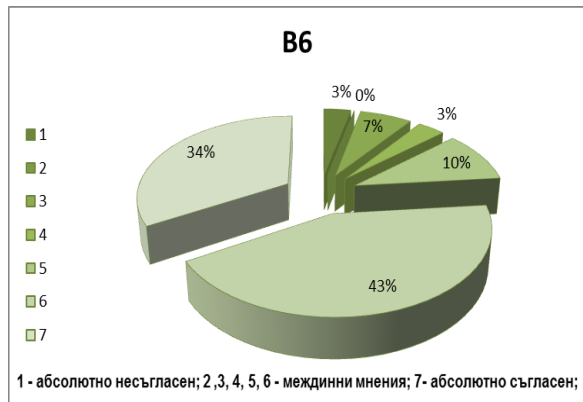


B4 Външният вид на елементите на физическото обкръжение на ЛЗ съответстват на типа на предоставяните услуги

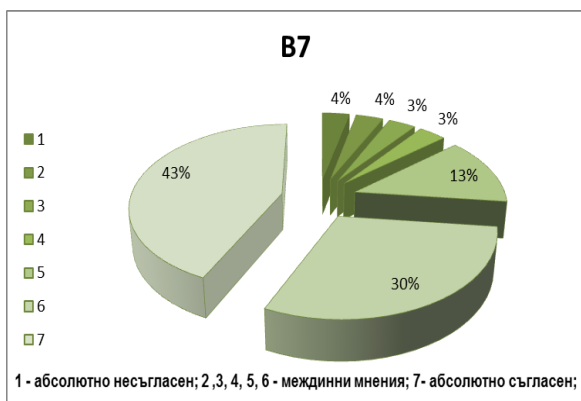
КРИТЕРИЙ „НАДЕЖНОСТ“ (Н5 – Н9) – АСПЕКТ „ВЪЗПРИЯТИЯ“



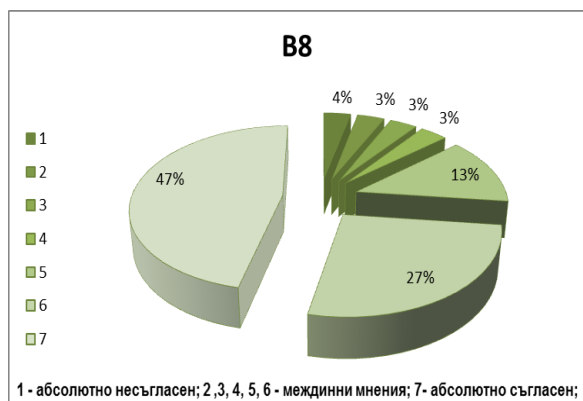
B5 Когато обещае да предосрави услуга в определен срок, то изпълнява това обещание



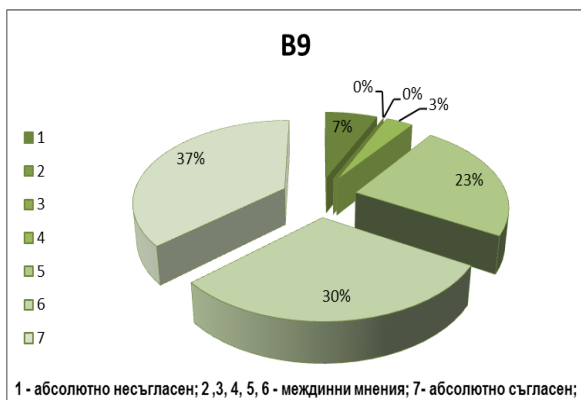
B6 Когато у Вас възникне проблем, ЛЗ проявява съчувствие и се стреми да Ви успокои



B7 ЛЗ има надеждна репутация време

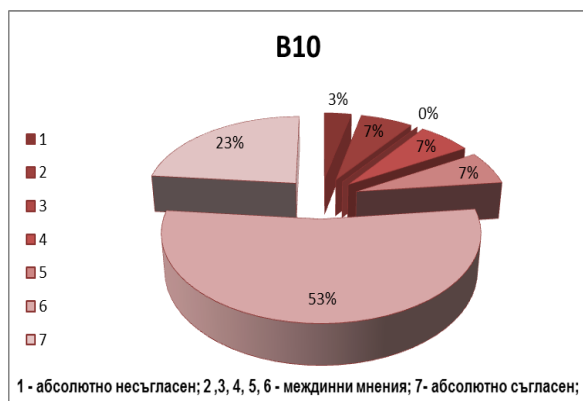


B8 ЛЗ представя услугите в обещаното

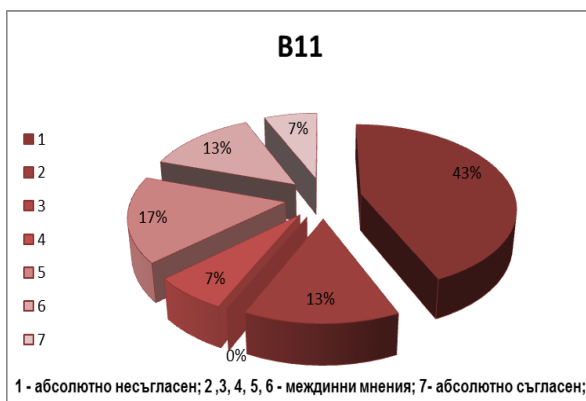


B9 ЛЗ води записите (документацията) акуратно (точно)

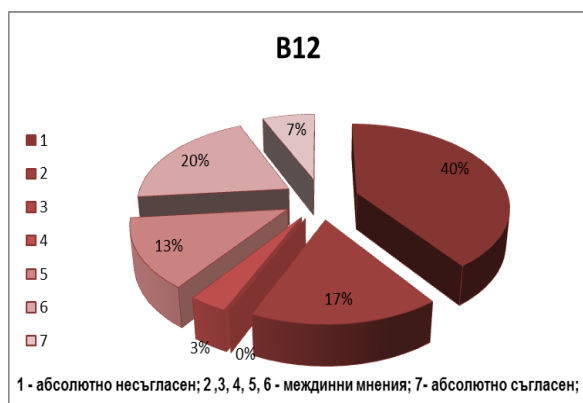
КРИТЕРИЙ „ОТЗИВЧИВОСТ“ (О10 – О13) – АСПЕКТ „ВЪЗПРИЯТИЯ“



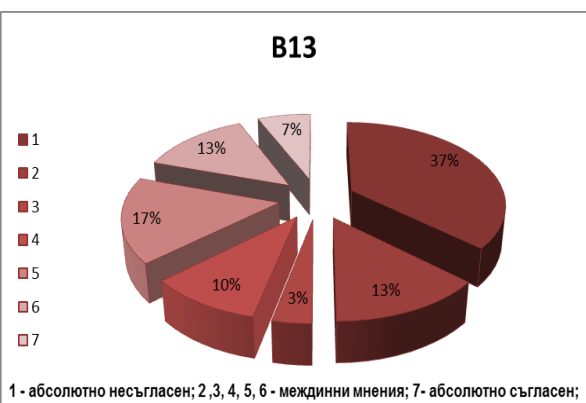
В10 ЛЗ информира потребителите кога точно ще бъде предоставена услугата



В11 Вие не получавате услугата от сътрудниците на ЛЗ незабавно

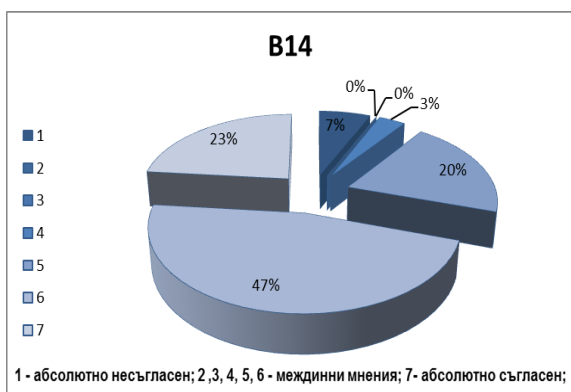


В12 Сътрудниците на ЛЗ не винаги изпитват желание да помогнат на потребителите

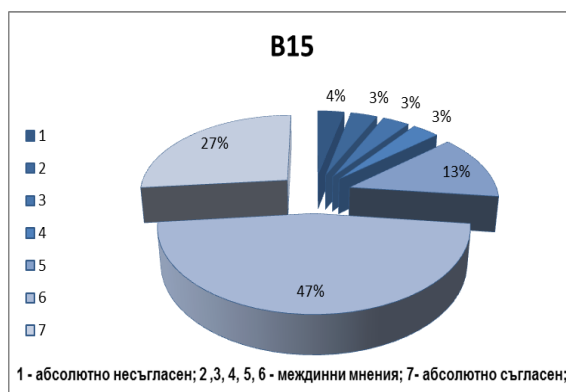


В13 Сътрудниците на ЛЗ са прекалено заети, изпитват желание да помогнат на потребителите

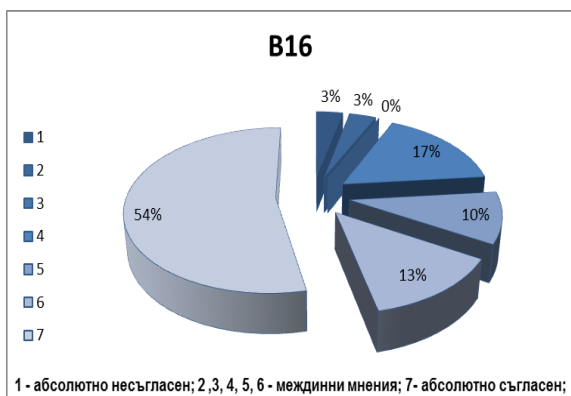
КРИТЕРИЙ „УВЕРЕННОСТ“ (У14 – У17) – АСПЕКТ „ВЪЗПРИЯТИЯ“



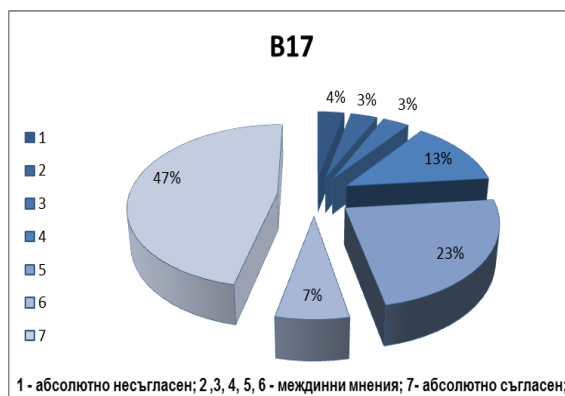
В14 Вие можете да се доверите на сътрудниците на ЛЗ



В15 Вие с ечувствате в безопасност при общуването със сътрудниците

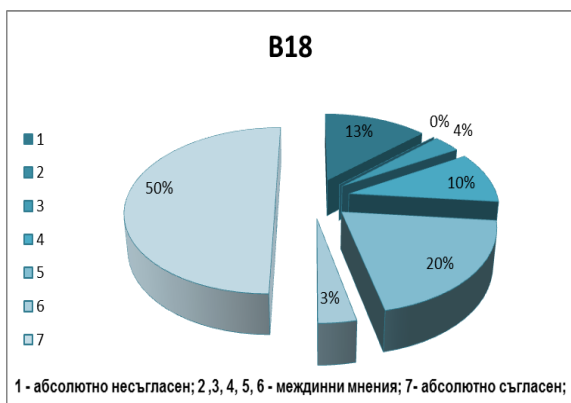


В16 Сътрудниците на ЛЗ са вежливи

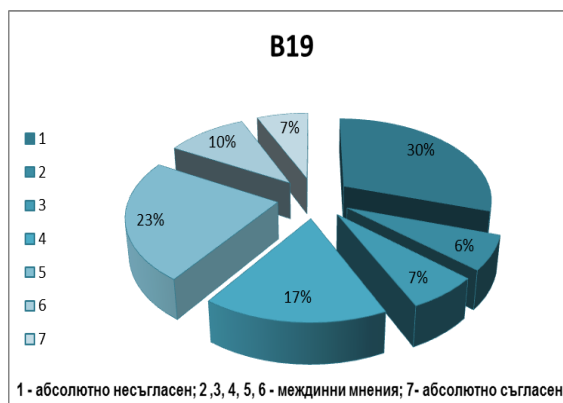


В17 Сътрудниците на ЛЗ получават от страна на своята организация адекватна поддръжка за добро изпълнение на своята работа

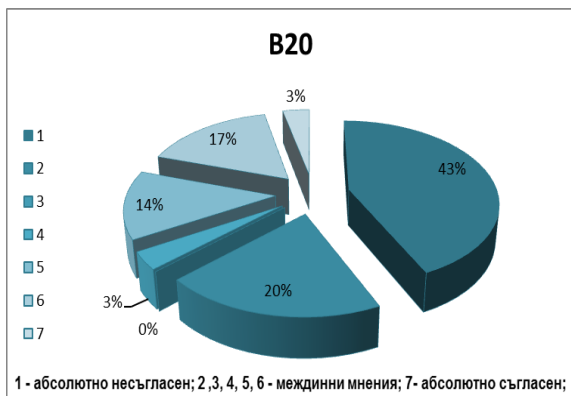
КРИТЕРИЙ „СЪЧУВСТВИЕ“ (С18 – С22) – АСПЕКТ „ВЪЗПРИЯТИЯ“



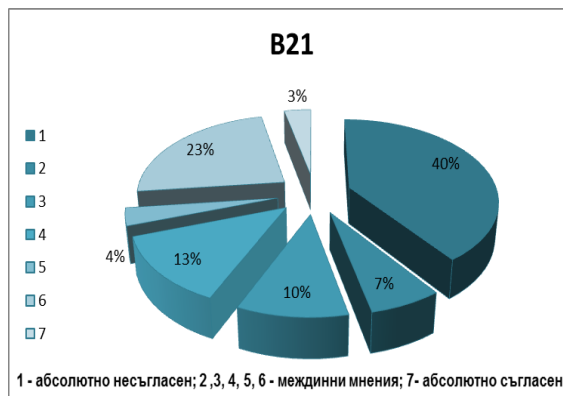
B18 ЛЗ проявява към Вас индивидуално внимание



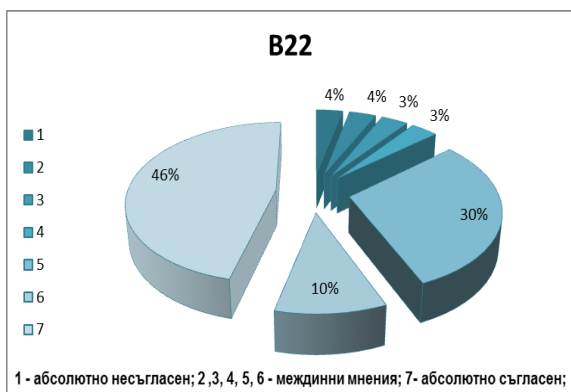
B19 Сътрудниците на ЛЗ не проявяват към Вас персонално внимание



B20 Сътрудниците на ЛЗ не знаят за интереси



B21 ЛЗ не е ориентирано за Вашите
Вашите нужди



B22 Часовете на работа на ЛЗ са удобни за всички потребител

Приложение № 10

Честотно разпределение „Пряко
изразено удовлетворение” СБАЛББ

№	Изразено удовлетворение "като цяло"	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулати вен процент
1	Много недоволен	3	2,0	2,0	2,0
2	Недоволен	6	3,9	3,9	5,9
4	Доволен	72	47,1	47,1	52,9
5	Много доволен	72	47,1	47,1	100,0
	Общо	153	100%	100%	
№	Изразено удовлетворение "оборудване"	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулати вен процент
2	Недоволен	15	9,8	9,8	9,8
3	Безразличен	3	2,0	2,0	11,8
4	Доволен	72	47,1	47,1	58,8
5	Много доволен	63	41,2	41,2	100,0
	Общо	153	100%	100%	
№	Изразено удовлетворение "диагностика и лечение"	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулати вен процент
2	Недоволен	3	2,0	2,0	2,0
3	Безразличен	3	2,0	2,0	3,9
4	Доволен	72	47,1	47,1	51,0
5	Много доволен	75	49,0	49,0	100,0
	Общо	153	100%	100%	
№	Изразено удовлетворение "информираност"	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулати вен процент
1	Много недоволен	6	3,9	3,9	3,9
2	Недоволен	15	9,8	9,8	13,7
4	Доволен	81	52,9	52,9	66,7
5	Много доволен	51	33,3	33,3	100,0
	Общо	153	100%	100%	
№	Изразено удовлетворение "вътрешен ред"	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулати вен процент
1	Много недоволен	3	2,0	2,0	2,0
2	Недоволен	3	2,0	2,0	3,9
3	Безразличен	3	2,0	2,0	5,9
4	Доволен	90	58,8	58,8	64,7
5	Много доволен	54	35,3	35,3	100,0
	Общо	153	100%	100%	

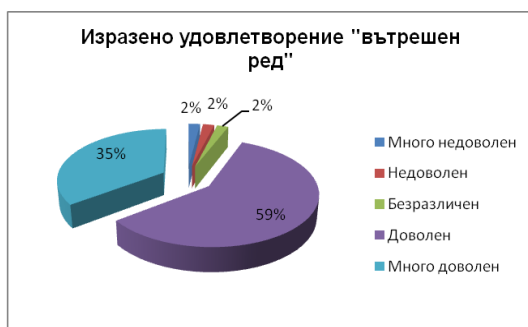
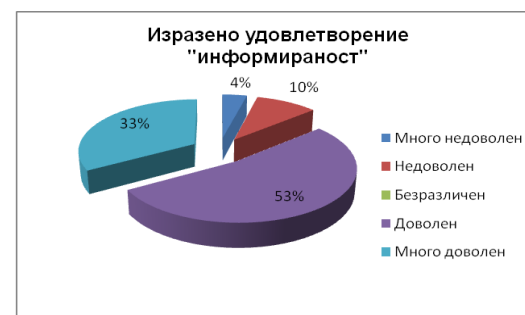
Приложение № 11

Честотно разпределение „Пряко
изразено удовлетворение” МБАЛ

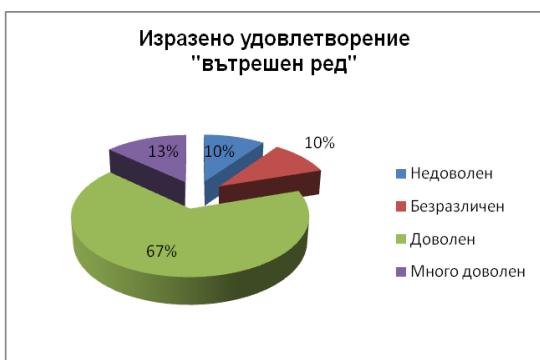
№	Изразено удовлетворение "като цяло"	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулати вен процент
2	Недоволен	12	3,4	3,4	3,4
4	Доволен	291	83,1	83,1	86,6
5	Много доволен	47	13,4	13,4	100,0
	Общо	350	100%	100%	
№	Изразено удовлетворение "оборудване"	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулати вен процент
1	Много недоволен	11	3,1	3,1	3,1
2	Недоволен	47	13,4	13,4	16,6
3	Безразличен	11	3,1	3,1	19,7
4	Доволен	270	77,1	77,1	96,8
5	Много доволен	11	3,1	3,1	100,0
	Общо	350	100%	100%	
№	Изразено удовлетворение "диагностика и лечение"	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулати вен процент
2	Недоволен	35	10,0	10,0	10,0
3	Безразличен	12	3,4	3,4	13,3
4	Доволен	247	70,6	70,6	84,0
5	Много доволен	56	16,0	16,0	100,0
	Общо	350	100%	100%	
№	Изразено удовлетворение "информираност"	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулати вен процент
2	Недоволен	58	16,6	16,6	16,6
3	Безразличен	24	6,9	6,9	23,4
4	Доволен	212	60,0	60,0	84,0
5	Много доволен	56	16,0	16,0	100,0
	Общо	350	100%	100%	
№	Изразено удовлетворение "вътрешен ред"	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулати вен процент
2	Недоволен	35	10,0	10,0	10,0
3	Безразличен	35	10,0	10,0	20,0
4	Доволен	233	66,6	66,6	86,6
5	Много доволен	47	13,4	13,4	100,0
	Общо	350	100%	100%	

Приложение № 12

Кръгови диаграми - Анкета „Изразено удовлетворение СБАЛББ“



Приложение № 13
Кръгови диаграми - Анкета „Изразено
удовлетворение МБАЛ”



Приложение № 14

Честотно разпределение „Рейтинги важност – представяне” СБАЛББ

А - важност				
	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
1	30	19,6	58,8	58,8
2	15	9,8	29,4	88,2
3	6	3,9	11,8	100
Общо	51	33,3	100	
Липсващи	102	66,7		
Общо	153	100		

Б - важност				
	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
1	84	54,9	54,9	54,9
2	66	43,1	43,1	98
4	3	2	2	100
Общо	153	100	100	

В - важност				
	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
1	99	64,7	64,7	64,7
2	51	33,3	33,3	98
3	3	2	2	100
Общо	153	100	100	

Г - важност				
	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
1	81	52,9	52,9	52,9
2	66	43,1	43,1	96,1
3	3	2	2	98
4	3	2	2	100
Общо	153	100	100	

Д - важност				
	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
1	66	43,1	43,1	43,1
2	78	51	51	94,1
3	6	3,9	3,9	98
4	3	2	2	100
Общо	153	100	100	

Е - важност				
	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
1	93	60,8	60,8	60,8
2	57	37,3	37,3	98
3	3	2	2	100
Общо	153	100	100	

Ж - важност				
	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
1	81	52,9	52,9	52,9
2	72	47,1	47,1	100
Общо	153	100	100	

З - важност				
	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
1	78	51	51	51
2	75	49	49	100
Общо	153	100	100	

И - важност				
	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
1	69	45,1	45,1	45,1
2	78	51	51	96,1
3	3	2	2	98
4	3	2	2	100
Общо	153	100	100	

А - представяне				
	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
1	90	58,8	58,8	58,8
2	51	33,3	33,3	92,2
3	12	7,8	7,8	100
Общо	153	100	100	

Б - представяне				
	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
1	93	60,8	60,8	60,8
2	51	33,3	33,3	94,1
3	9	5,9	5,9	100
Общо	153	100	100	

В - представяне				
	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
1	75	49	49	49
2	66	43,1	43,1	92,2
3	9	5,9	5,9	98
4	3	2	2	100
Общо	153	100	100	

Г - представяне				
	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
1	66	43,1	43,1	43,1
2	78	51	51	94,1
3	6	3,9	3,9	98
4	3	2	2	100
Общо	153	100	100	

Д - представяне				
	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
1	75	49	49	49
2	72	47,1	47,1	96,1
3	6	3,9	3,9	100
Общо	153	100	100	

Е - представяне				
	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
1	72	47,1	47,1	47,1
2	75	49	49	96,1
3	6	3,9	3,9	100
Общо	153	100	100	

Ж - представяне				
	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
1	81	52,9	52,9	52,9
2	66	43,1	43,1	96,1
3	6	3,9	3,9	100
Общо	153	100	100	

З - представяне				
	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
1	72	47,1	47,1	47,1
2	75	49	49	96,1
3	3	2	2	98
4	3	2	2	100
Общо	153	100	100	

И - представяне				
	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
1	72	47,1	47,1	47,1
2	72	47,1	47,1	94,1
3	3	2	2	96,1
4	6	3,9	3,9	100
Общо	153	100	100	

Приложение № 15

Честотно разпределение „Рейтинги важност – представяне” МБАЛ

А - важност				
	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
1	150	42,9	42,9	42,9
2	200	57,1	57,1	100
Общо	350	100	100	

Б - важност				
	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
1	115	32,9	32,9	32,9
2	235	67,1	67,1	100
Общо	350	100	100	

В - важност				
	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
1	127	36,3	36,3	36,3
2	223	63,7	63,7	100
Общо	350	100	100	

Г - важност				
	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
1	173	49,4	49,4	49,4
2	177	50,6	50,6	100
Общо	350	100	100	

Д - важност				
	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
1	125	35,7	35,7	35,7
2	225	64,3	64,3	100
Общо	350	100	100	

Е - важност				
	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
1	152	43,4	43,4	43,4
2	198	56,6	56,6	100
Общо	350	100	100	

Ж - важност				
	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
1	127	36,3	36,3	36,3
2	200	57,1	57,1	93,4
3	23	6,6	6,6	100
Общо	350	100	100	

З - важност				
	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
1	59	16,9	16,9	16,9
2	268	76,6	76,6	93,4
3	23	6,6	6,6	100
Общо	350	100	100	

И - важност				
	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
1	115	32,9	32,9	32,9
2	211	60,3	60,3	93,1
3	24	6,9	6,9	100
Общо	350	100	100	

А - представяне				
	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
1	93	26,6	26,6	26,6
2	257	73,4	73,4	100
Общо	350	100	100	

Б - представяне				
	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
1	47	13,4	13,4	13,4
2	223	63,7	63,7	77,1
3	68	19,4	19,4	96,6
4	12	3,4	3,4	100
Общо	350	100	100	

В - представяне				
	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
1	35	10	10	10
2	279	79,7	79,7	89,7
3	36	10,3	10,3	100
Общо	350	100	100	

Г - представяне				
	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
1	81	23,1	23,1	23,1
2	199	56,9	56,9	80
3	70	20	20	100
Общо	350	100	100	

Д - представяне				
	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
1	23	6,6	6,6	6,6
2	280	80	80	86,6
3	47	13,4	13,4	100
Общо	350	100	100	

Е - представяне				
	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
1	36	10,3	10,3	10,3
2	244	69,7	69,7	80
3	58	16,6	16,6	96,6
4	12	3,4	3,4	100
Общо	350	100	100	

Ж - представяне				
	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
1	46	13,1	13,1	13,1
2	281	80,3	80,3	93,4
3	23	6,6	6,6	100
Общо	350	100	100	

З - представяне				
	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
1	35	10	10	10
2	268	76,6	76,6	86,6
3	47	13,4	13,4	100
Общо	350	100	100	

И - представяне				
	Честота	Процент	Валиден процент	Кумулативен процент
1	58	16,6	16,6	16,6
2	269	76,9	76,9	93,4
3	11	3,1	3,1	96,6
4	12	3,4	3,4	100
Общо	350	100	100	

Приложение № 16
Кростабулации - СБАЛББ

А представяне	А важност			Общо
	1 изключител но важна	2 важна	3 по-малко важна	
1 отлично	25 (49,0%)	4 (7,8%)	1 (2,0%)	30 (58,8%)
2 добро	5 (9,8%)	10 (19,6%)	2 (3,9%)	17 (33,3%)
3 удовлетворително	0 (0%)	1 (2,0%)	3 (5,9%)	4 (7,8%)
Общо	30(58,8%)	15 (29,4)	6 (11,8%)	51

Б представяне	Б важност			Общо
	1 изключител но важна	2 важна	4 маловажна	
1 отлично	75 (49,0%)	18 (11,8%)	0 (0%)	93 (60,8%)
2 добро	6 (3,9%)	42 (27,5%)	3 (2%)	51 (33,3%)
3 удовлетворително	3 (2,0 %)	6 (3,9%)	0 (0%)	9 (5,9%)
Общо	84 (54,9%)	66 (43,1%)	3 (2%)	153 (100%)

В представяне	В важност			Общо
	1 изключител но важна	2 важна	3 по-малко важна	
1 отлично	69 (45,1%)	2 (3,9%)	0 (0%)	75 (49,0%)
2 добро	30 (19,6%)	36 (23,5%)	0 (0%)	66 (43,1%)
3 удовлетворително	0 (0%)	(5,9%)	0 (0%)	9 (5,9%)
4 слабо	0 (0%)	0 (0%)	3 (2,0%)	3 (20%)
Общо	99 (64,7%)	51 (33,3%)	3 (2%)	153 (100%)

Г представяне	Г важност				Общо
	1 изключително важна	2 важна	3 по-малко важна	4 маловажна	
1 отлично	60 (39,2%)	6 (3,9%)	0 (0%)	0 (0%)	66 (43,1%)
2 добро	18 (11,8%)	57 (37,3%)	0 (0%)	3 (2,0%)	78 (51,0%)
3 удовлетворително	3 (2,0%)	3 (2,0%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (3,9%)
4 слабо	0 (0%)	0 (0%)	3 (2,0%)	0 (0%)	3 (2,0%)
Общо	81 (52,9%)	66 (43,1%)	3 (2,0%)	3 (2,0%)	153 (100%)

Д представяне	Д важност				Общо
	1 изключително важна	2 важна	3 по-малко важна	4 маловажна	
1 отлично	57 (37,3%)	15 (9,8%)	3 (2,0%)	0 (0%)	75 (49,0%)
2 добро	9 (5,9%)	60 (39,2%)	0 (0%)	3 (2,0%)	72 (47,1%)
3 удовлетворително	0 (0%)	3 (2,0%)	3 (2,0%)	0 (0%)	6 (3,9%)
Общо	66 (43,1%)	78 (51,0%)	6 (3,9%)	3 (2,0%)	153 (100%)

Е представяне	Е важност			Общо
	1 изключително важна	2 важна	3 по-малко важна	
1 отлично	72 (47,1%)	0 (0%)	0 (0%)	72 (47,1%)
2 добро	18 (11,8%)	57 (37,3%)	0 (0%)	75 (49,0%)
3 удовлетворително	3 (2,0%)	0 (0%)	3 (2,0%)	6 (3,9%)
Общо	93 (60,8%)	57 (37,3%)	3 (2,0%)	153 (100%)

Ж представяне	Ж важност		Общо
	1 изключително важна	2 важна	
1 отлично	66 (43,1%)	15 (9,8%)	81 (52,9%)
2 добро	15 (9,8%)	51 (33,3%)	66 (43,1%)
3 удовлетворително	0 (0%)	6 (3,9%)	6 (3,9%)
Общо	81 (52,9%)	72 (47,1%)	153 (100%)

3 представяне	3 важност		Общо
	1 изключително важна	2 важна	
1 отлично	63 (41,2%)	9 (5,9%)	72 (47,1%)
2 добро	15 (9,8%)	60 (39,2%)	75 (49,0%)
3 удовлетворително	0 (0%)	3 (2,0%)	3 (2,0%)
4 слабо	0 (0%)	3 (2,0%)	3 (2,0%)
Общо	78 (51,0%)	75 (49,0%)	153 (100%)

И представяне	И важност				Общо
	1 изключително важна	2 важна	3 по- малко важна	4 маловажна	
1 отлично	66 (43,1%)	6 (3,9%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	72 (47,1%)
2 добро	0 (0%)	66 (43,1%)	3 (2,0%)	3 (2,0%)	72 (47,1%)
3 удовлетворително	0 (0%)	3 (2,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (2,0%)
4 слабо	3 (2,0%)	3 (2,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	6 (3,9%)
Общо	69 (45, 1%)	78 (51,0%)	3 (2,0%)	3 (2,0%)	153 (100%)

Приложение № 17
Крос табулации - МБАЛ

А представяне	А важност		Общо
	1 изключително важна	2 важна	
1 отлично	93 (26,6%)	0 (0,0%)	93 (26,6%)
2 добро	57 (16,3%)	200 (57,1%)	257 (73,4%)
Общо	150 (42,9%)	200 (57,1%)	350 (100,0%)

Б представяне	Б важност		Общо
	1 изключително важна	2 важна	
1 отлично	47 (13,4%)	0 (0,0%)	47 (13,4%)
2 добро	22 (6,3%)	201 (57,4%)	223 (63,7%)
3 удовлетворително	34 (9,7%)	34 (9,7%)	68 (19,4%)
4 слабо	12 (3,4%)	0 (0,0%)	12 (3,4%)
Общо	115 (31,9%)	235 (67,1%)	350 (100,0%)

В представяне	В важност		Общо
	1 изключително важна	2 важна	
1 отлично	35 (10,0%)	0 (0,0%)	35 (10,0%)
2 добро	80 (22,9%)	199 (56,9%)	279 (79,7%)
3 удовлетворително	12 (3,4%)	24 (6,9%)	36 (10,3%)
Общо	127 (36,3%)	223 (63,7%)	350 (100,0%)

Г представяне	Г важност		Общо
	1 изключително важна	2 важна	
1 отлично	70 (20,0%)	11 (3,1%)	81 (23,1%)
2 добро	57 (16,3%)	142 (40,6%)	199 (56,9%)
3 удовлетворително	46 (13,1%)	24 (6,9%)	70 (20,0%)
Общо	173 (49,4%)	177 (50,6%)	350 (100,0%)

Д представяне	Д важност		Общо
	1 изключително важна	2 важна	
1 отлично	23 (6,6%)	0 (0,0%)	23 (6,6%)
2 добро	79 (22,6%)	201 (57,4%)	280 (80,0%)
3 удовлетворително	23 (6,6%)	24 (6,9%)	47 (13,4%)
Общо	125 (35,7%)	225 (64,3%)	350 (100,0%)

Е представяне	Е важност		Общо
	1 изключително важна	2 важна	
1 отлично	36 (10,3%)	0 (0,0%)	36(10,3%)
2 добро	82 (23,4%)	162 (46,3%)	244 (69,7%)
3 удовлетворително	34 (9,7%)	24 (6,9%)	58 (16,6%)
4 слабо	0 (0,0%)	12 (3,4%)	12 (3,4%)
Общо	152 (43,4%)	198 (56,6%)	350 (100,0%)

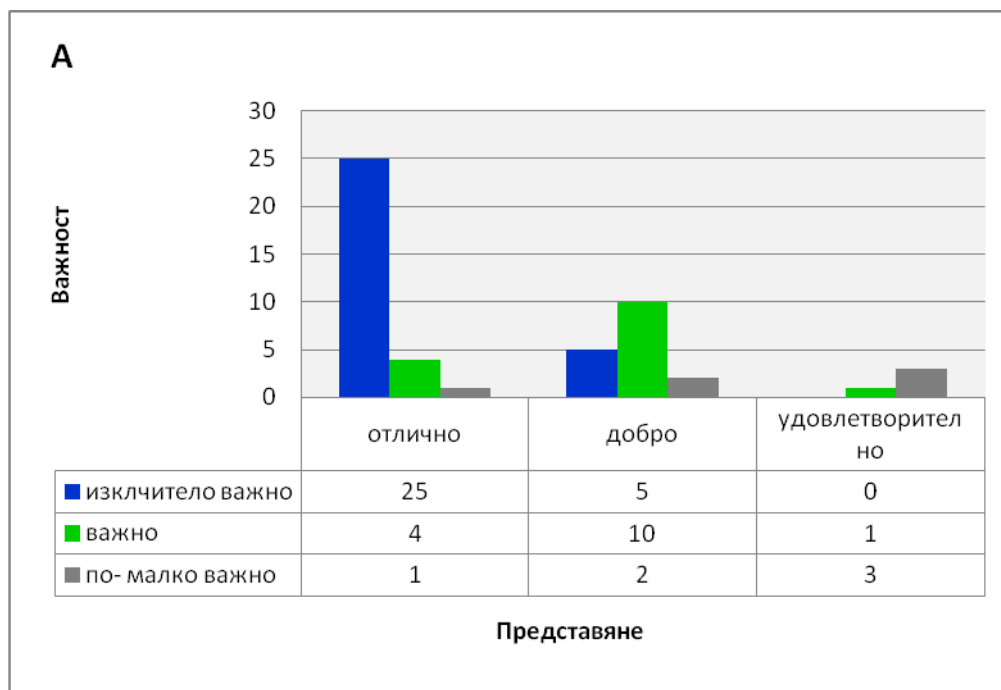
Ж представяне	Ж важност			Общо
	1 изключително важна	2 важна	3 по-малко важна	
1 отлично	46 (13,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	46 (13,1%)
2 добро	69 (19,7%)	200 (57,1%)	12 (3,4%)	281 (80,3%)
3 удовлетворително	12 (3,4%)	0 (0,0%)	11 (3,1%)	23 (6,6%)
Общо	127 (36,3%)	200 (57,1%)	23 (6,6%)	350 (100,0%)

З представяне	З важност			Общо
	1 изключително важна	2 важна	3 по-малко важна	
1 отлично	35 (10,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	35 (10,0%)
2 добро	12 (3,4%)	256 (73,1%)	0 (0,0%)	268 (76,6%)
3 удовлетворително	12 (3,4%)	12 (3,4%)	23 (6,6%)	47 (13,4%)
Общо	59 (16,9%)	268 (76,6%)	23 (6,6%)	350 (100,0%)

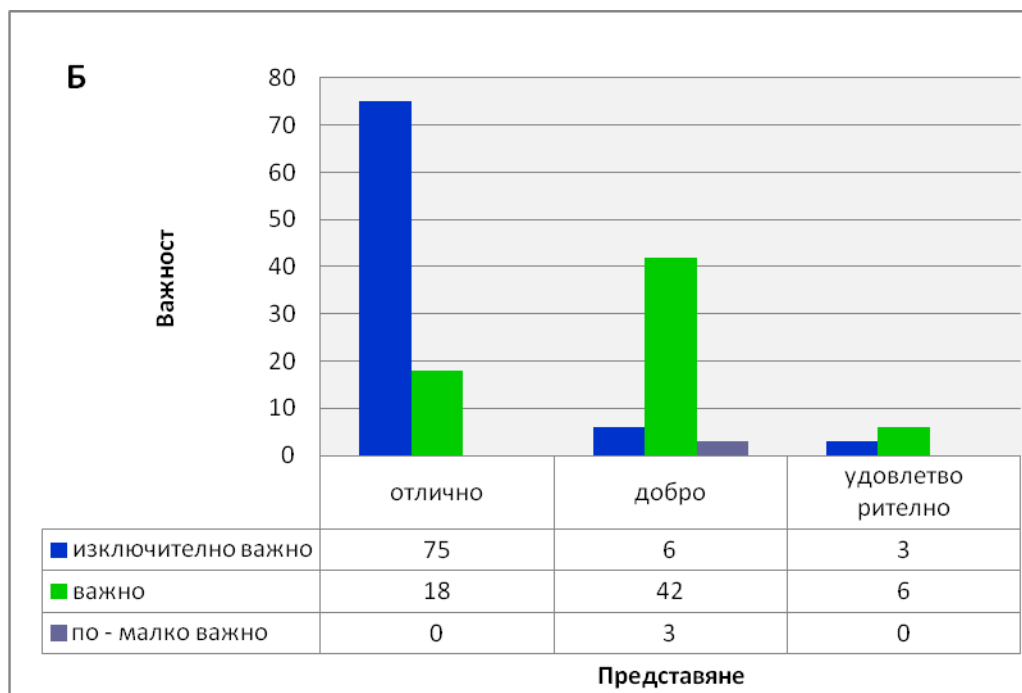
И представяне	И важност			Общо
	1 изключително важна	2 важна	3 по-малко важна	
1 отлично	58 (16,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	58 (16,6%)
2 добро	45 (12,9%)	200 (57,1%)	24 (6,9%)	269 (76,9%)
3 удовлетворително	0 (0,0%)	11 (3,1%)	0 (0,0%)	11 (3,1%)
4 слабо	12 (3,4%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	12 (3,4%)
Общо	115 (32,9%)	211 (60,3%)	24 (6,9%)	350 (100,0%)

Приложение № 18

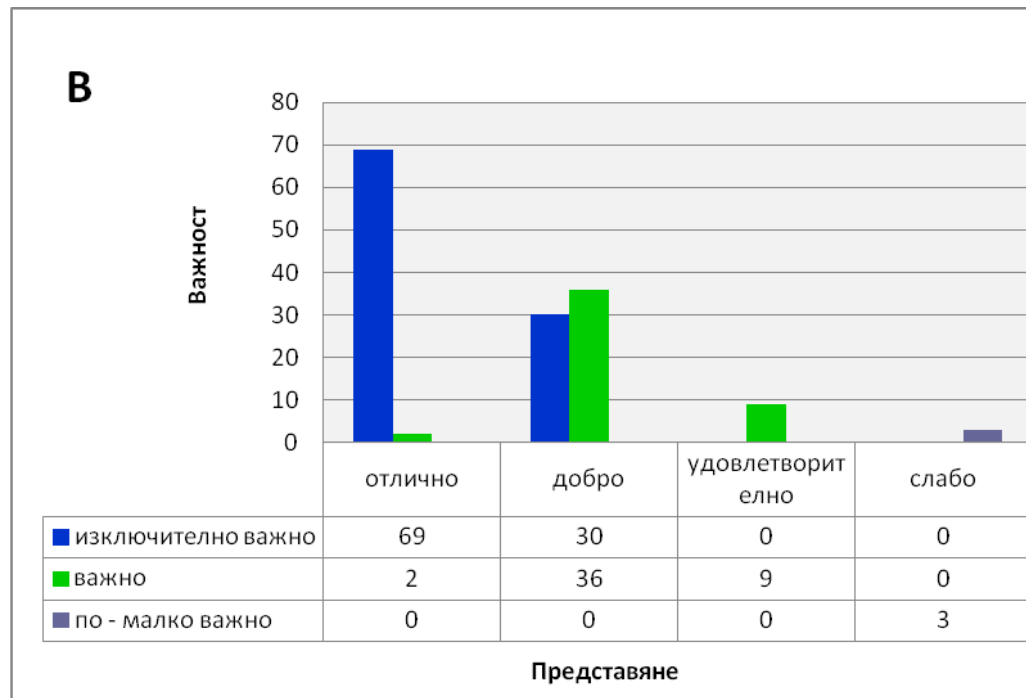
Стълбови диаграми на кростабулации - СБАЛББ



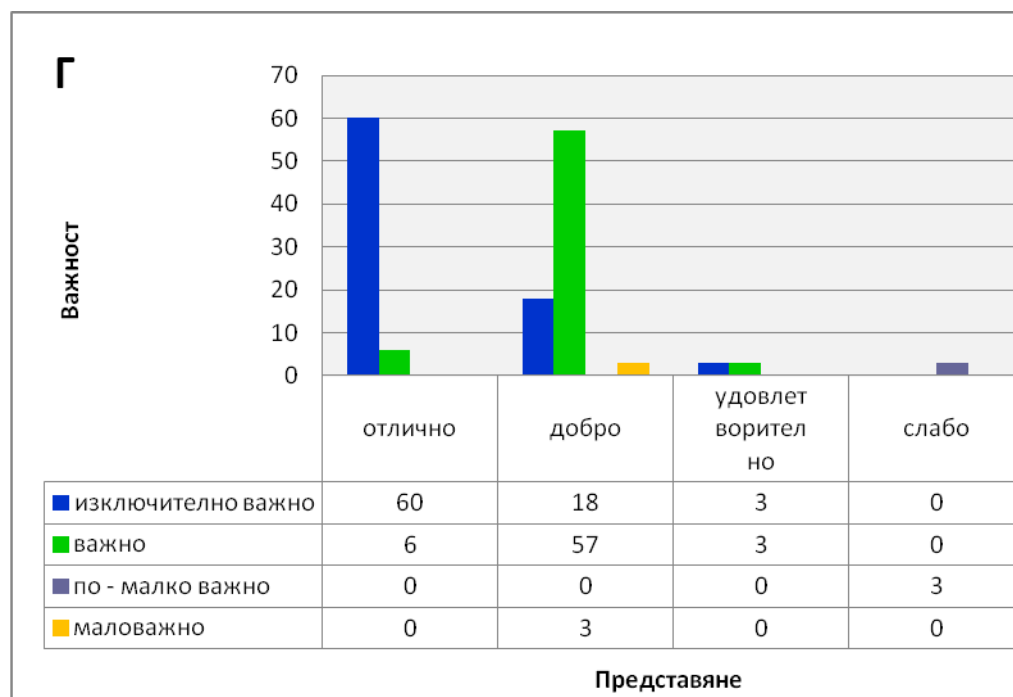
А. Бяхте ли учтиво приети и обслужени в приемната?



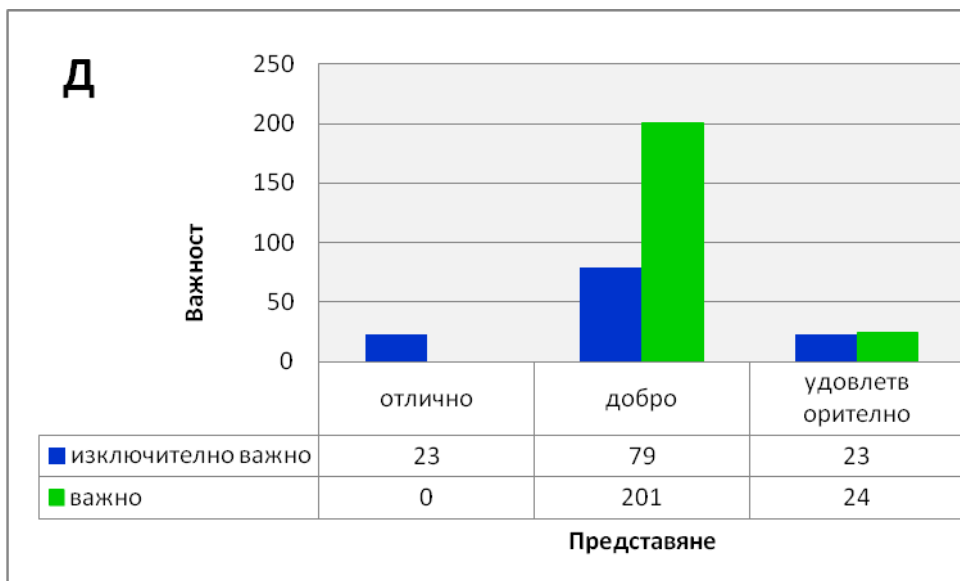
Б. Болницата разполага със съвременна техника, кабинетът е чист, приятен, поддържана е постоянна температура, осветлението и вентилацията са адекватни, тихо и спокойно



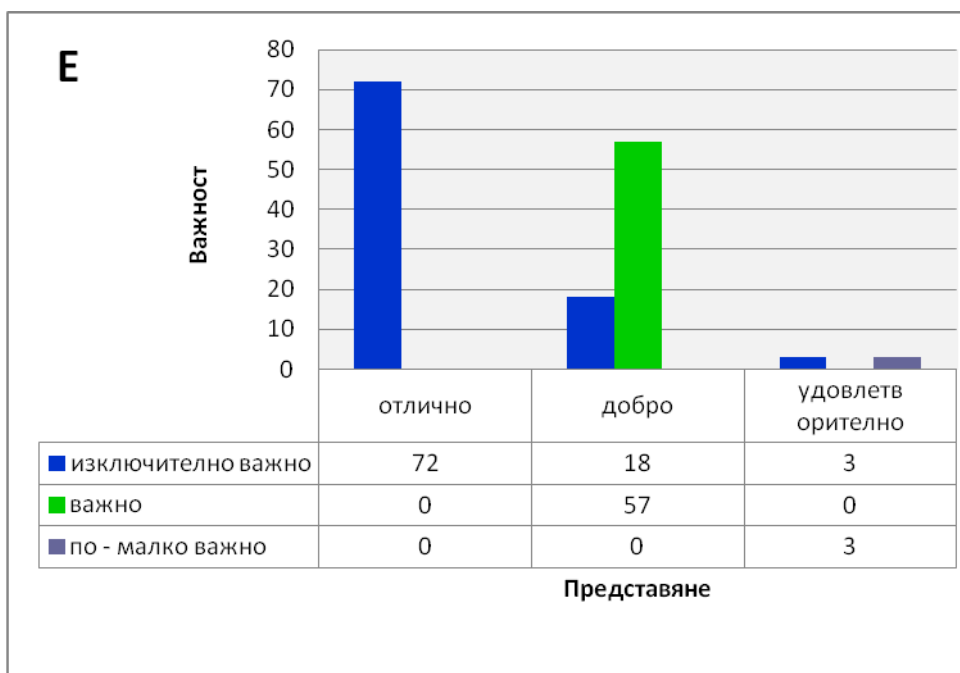
В. Осигуреност от болнична помощ – наличие на човешки ресурси, с висока клинична компетентност



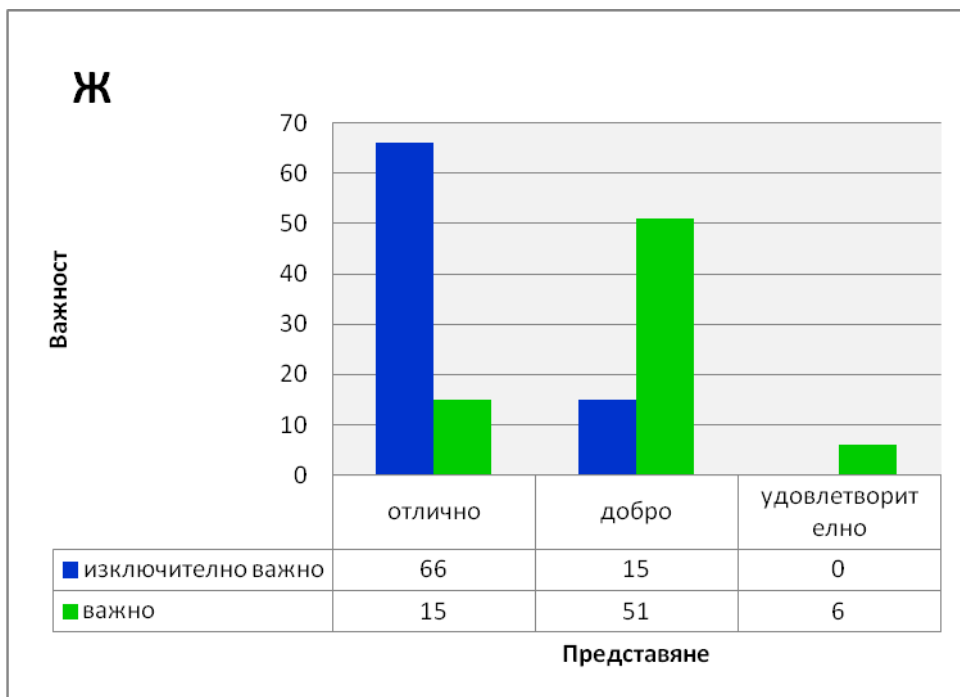
Г. Сестринско обслужване



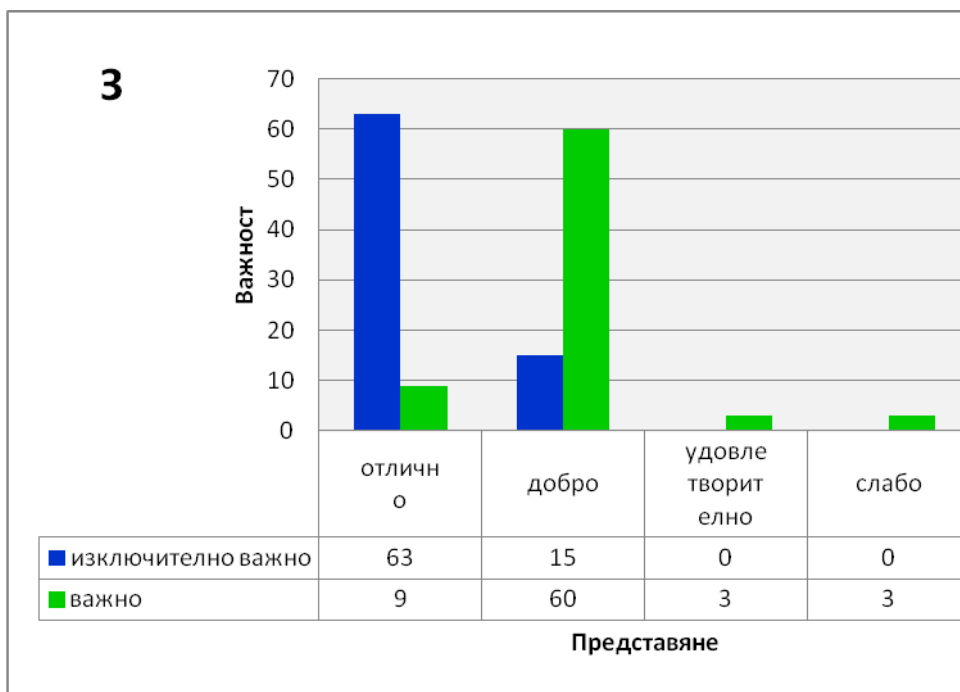
Д. Други видове обслужване: рентгеновите техници, лаборанти, служителите по приемането.



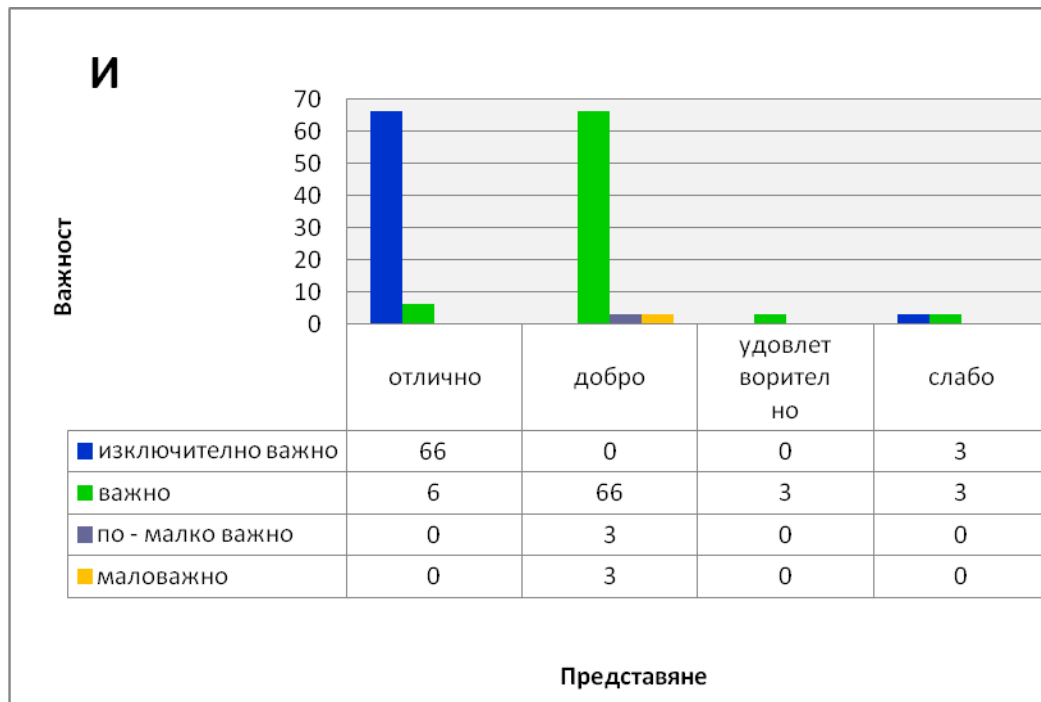
Е. Информираността за лечението и назначенията на лекарите



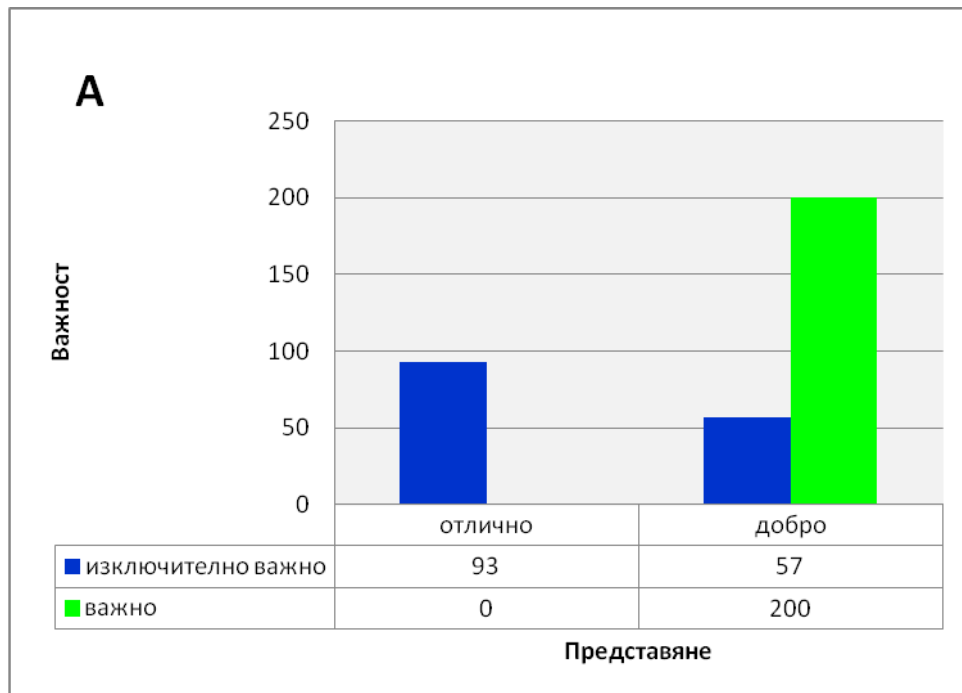
Ж. Организиране и вътрешен ред – достъпност, позволяващи посещаване на болницата своевременно



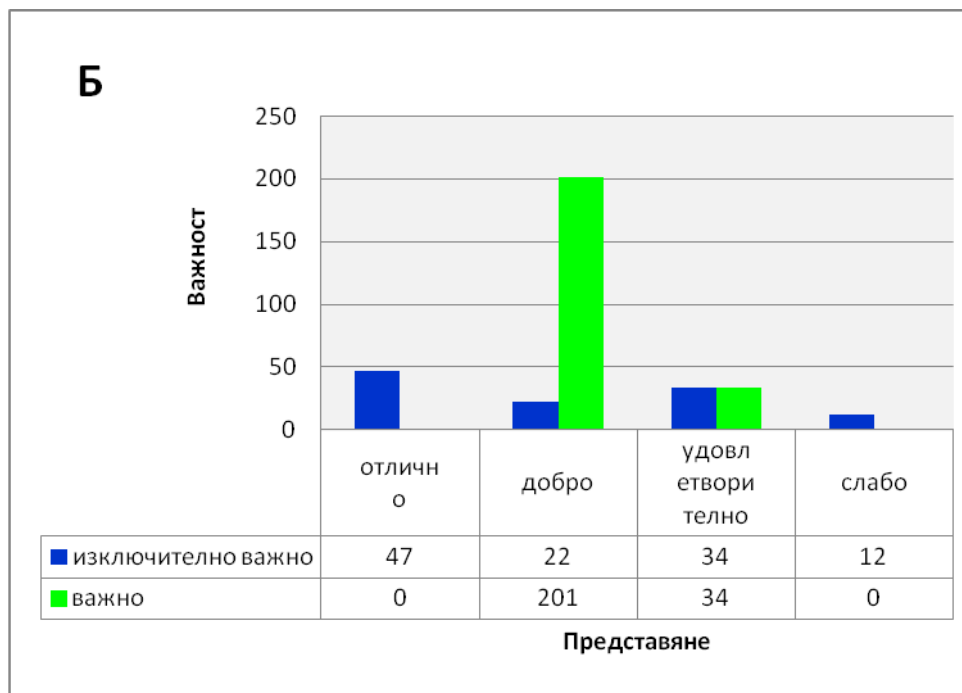
З. Лични – листа на чакащите при хронично заболяване



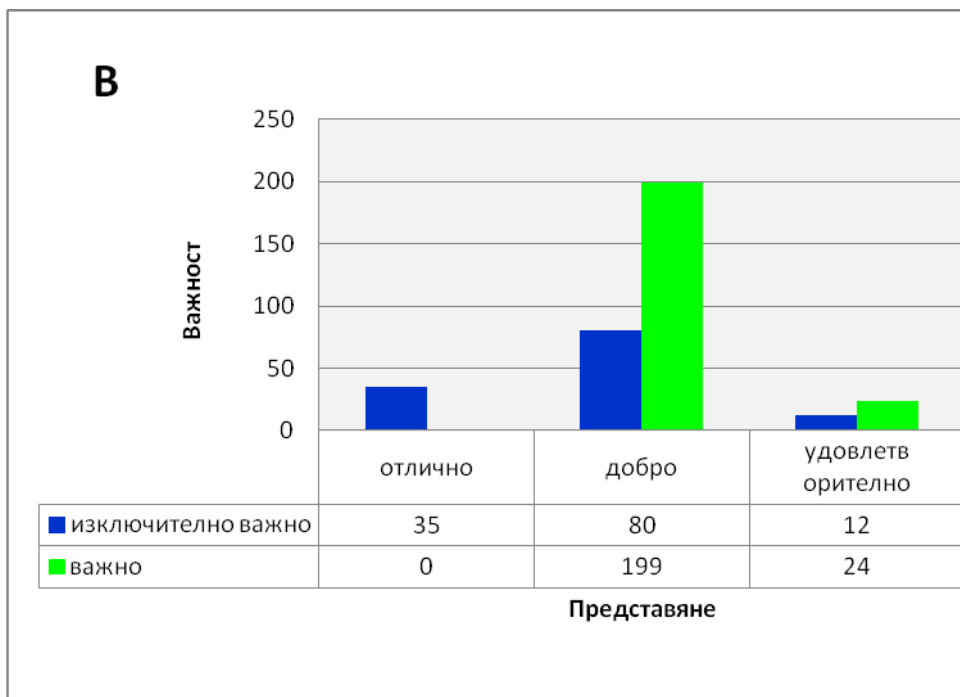
И. Административен офис – учтивост на служителите при не/заплащане на услугата при работа със здравноосигурително лице



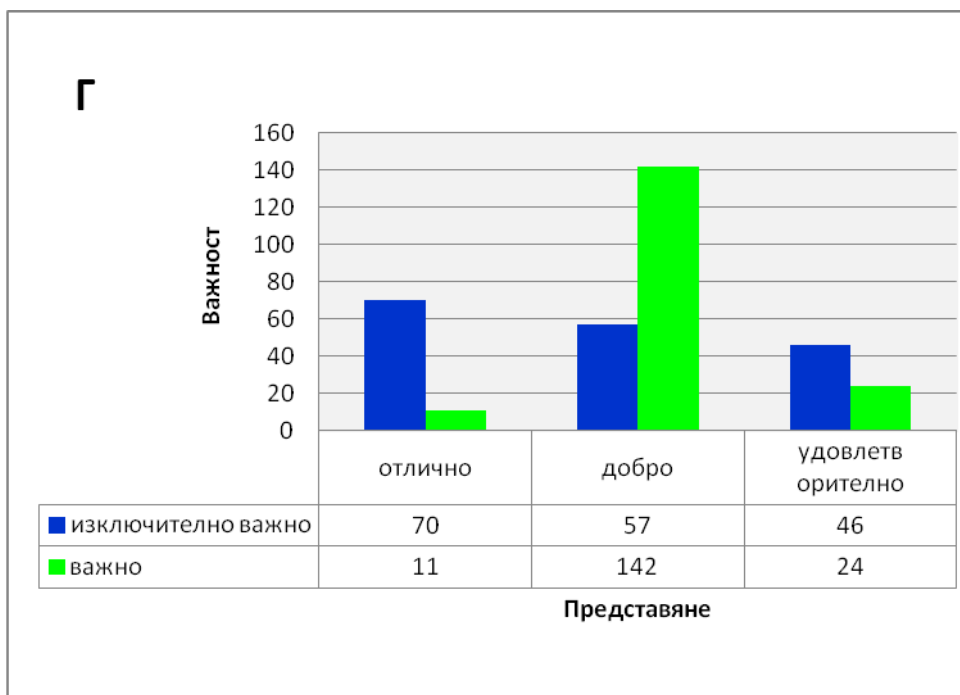
А. Бяхте ли учтиво приети и обслужени в приемната?



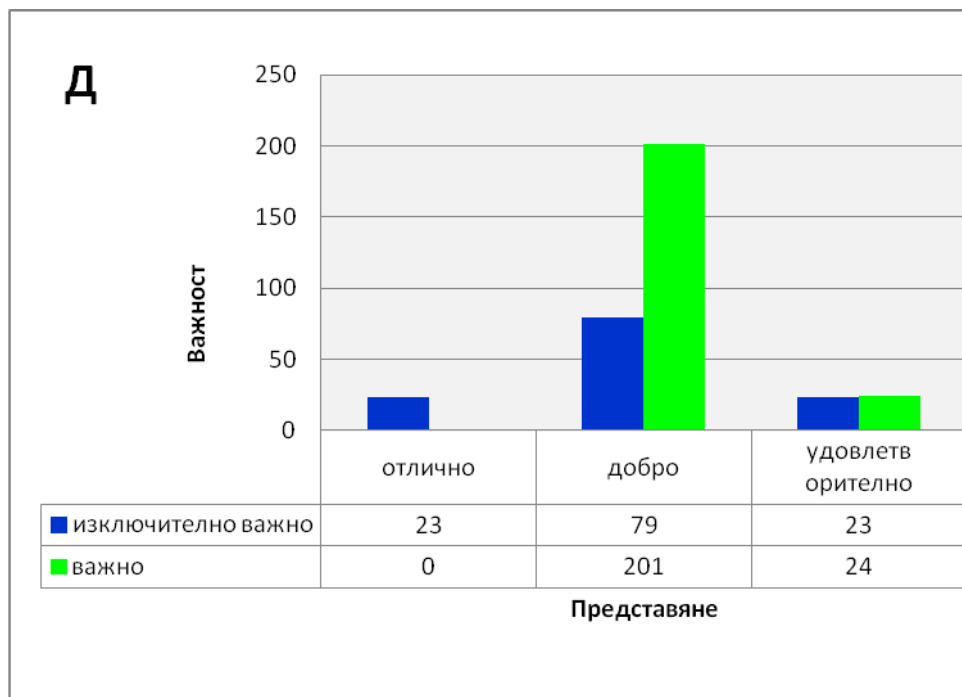
Б. Болницата разполага със съвременна техника, кабинетът е чист, приятен, поддържана е постоянна температура, осветлението и вентилацията са адекватни, тихо и спокойно



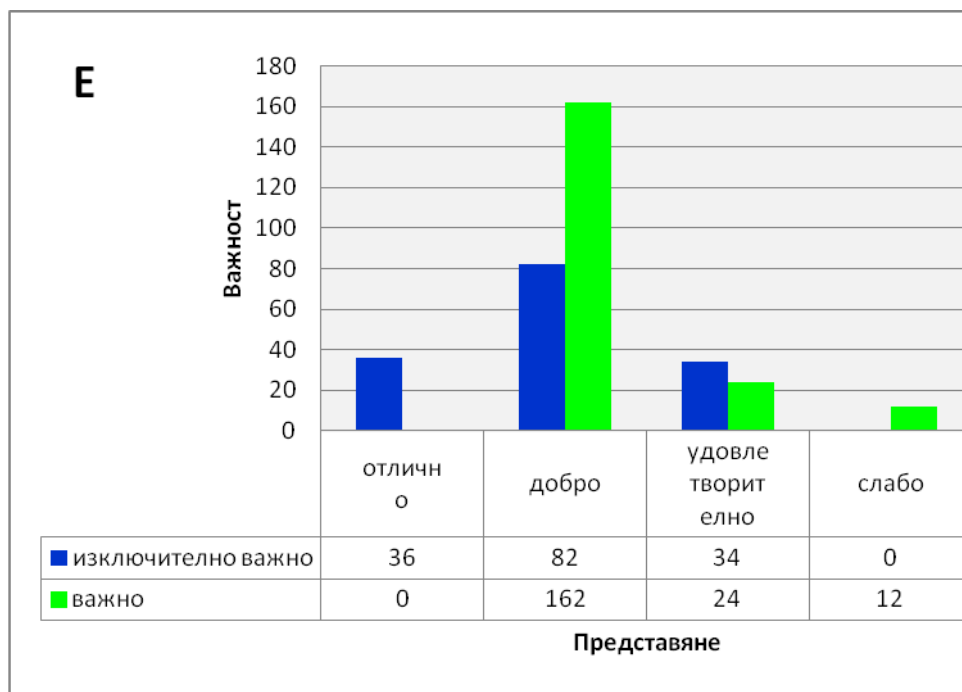
В. Осигуреност от болнична помощ – наличие на човешки ресурси, с висока клинична компетентност



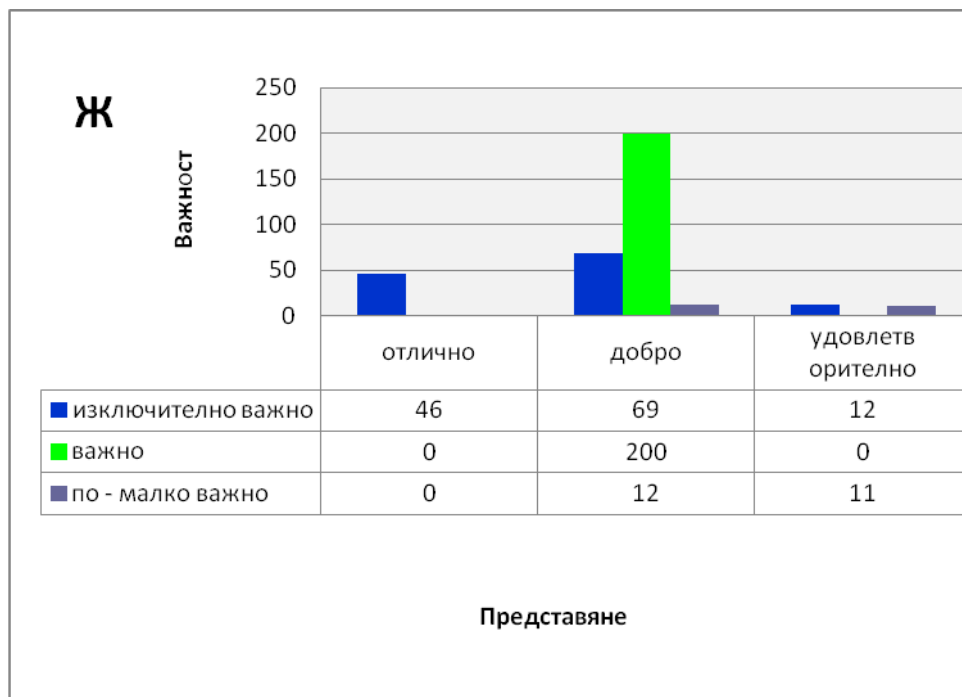
Г. Сестринско обслужване



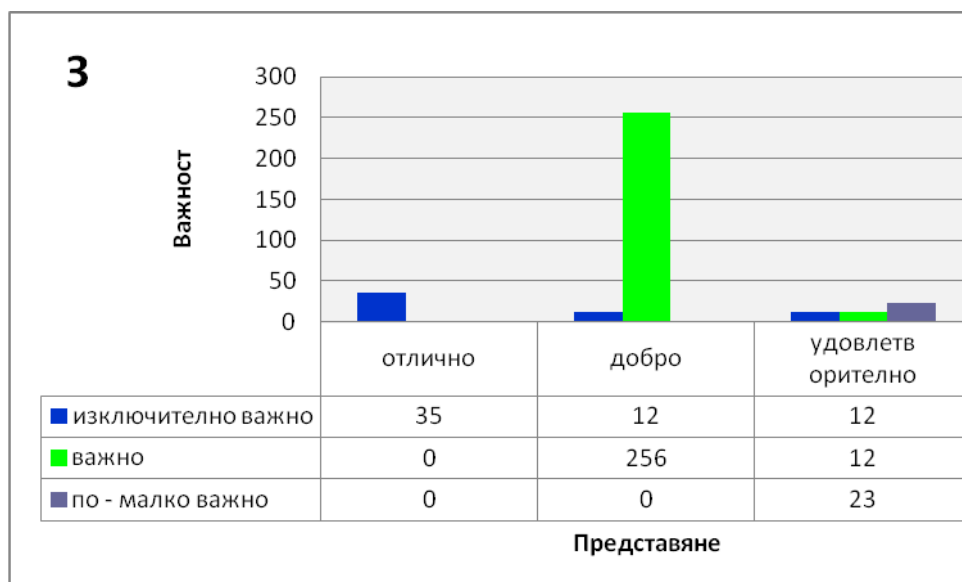
Д. Други видове обслужване: рентгеновите техници, лаборанти, служителите по приемането.



Е. Информаността за лечението и назначенията на лекарите



Ж. Организиране и вътрешен ред – достъпност, позволяващи посещаване на болницата своевременно



З. Лични – листа на чакащите при хронично заболяване



И. Административен офис – учтивост на служителите при не/заплащане на услугата при работа със здравноосигурително лице

Приложение № 20

Ранжиране на мотивационни фактори – СБАЛББ

№	Мотивационен фактор - СБАЛББ	Относително тегло	Ранжиране на мотивационните фактори
1.	Стил на ръководство	$245/51 = \underline{4.8}$	3
2.	Трудова дисциплина	$321/51 = \underline{6.3}$	5
3.	Трудово възнаграждение	$181/51 = \underline{3.5}$	1
4.	Сигурност на работното място	$249/51 = \underline{4.9}$	2
5.	Условия на безопасност и труд	$335/51 = \underline{6.6}$	6
6.	Организация на работното място	$303/51 = \underline{5.9}$	4
7.	Връзки с членовете на колектива	$435/51 = \underline{8.5}$	10
8.	Социални придобивки	$404/51 = \underline{7.9}$	8
9.	Признаване на лични способности	$471/51 = \underline{9.2}$	11
10.	Възможност за поившаване на квалификацията	$505/51 = \underline{9.9}$	13
11.	Задоволство, интерес към работата	$420/51 = \underline{8.2}$	9
12.	Самостоятелност на работата	$485/51 = \underline{9.5}$	12
13.	Лична отговорност	$395/51 = \underline{7.7}$	7
14.	Възможност за инициатива и изява	$562/51 = \underline{11.0}$	14
15.	Възможност за растеж и себереализация	$569/51 = \underline{11.1}$	15

Приложение № 21

Ранжиране на мотивационни фактори – МБАЛ

№	Мотивационен фактор - МБАЛ	Относително тегло	Ранжиране на мотивационните фактори
1.	Стил на ръководство	$378/57 = \underline{6.6}$	3
2.	Трудова дисциплина	$457/57 = \underline{8.0}$	8
3.	Трудово възнаграждение	$200/57 = \underline{3.5}$	1
4.	Сигурност на работното място	$373/57 = \underline{6.5}$	2
5.	Условия на безопасност и труд	$502/57 = \underline{8.8}$	10
6.	Организация на работното място	$386/57 = \underline{6.7}$	4
7.	Връзки с членовете на колектива	$457/57 = \underline{8.0}$	8
8.	Социални придобивки	$563/57 = \underline{9.9}$	14
9.	Признаване на лични способности	$399/57 = \underline{7.0}$	5
10.	Възможност за поившаване на квалификацията	$431/57 = \underline{7.6}$	6
11.	Задоволство, интерес към работата	$440/57 = \underline{7.7}$	7
12.	Самостоятелност на работата	$516/57 = \underline{9.1}$	11
13.	Лична отговорност	$466/57 = \underline{8.2}$	9
14.	Възможност за инициатива и изява	$531/57 = \underline{9.3}$	12
15.	Възможност за растеж и себереализация	$538/57 = \underline{9.4}$	13

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Адлер, Ю.,П., Хунузиди, Е.,И., Шпер, В.,Л., «Методы постоянного совершенствования сквозь призму цикла Шухарта – Деминга», журнал «Методы менеджмента качества», № 3, 2005, http://www.iteam.ru/publications/quality/section_57/article_2253/
2. Азгальдов Г. Г., „Практическая квалиметрия в системе качества: ошибки и заблуждения”, <http://www.labrate.ru>
3. Азгалдов Г., Райхман Е., „О квалинертии”, Изд. Стандартов, 1973, 172стр.
4. Ангелов Г., „Бенчмаркинг композитни индикатори за иновации и наука на ЕС”, Център по наукознание и история на науката – БАН, <http://www.seestil.net/download/GAngelov2005.pdf>;
5. Ангелов Г., „Бенчмаркингът като управленски метод и средство за изграждане на политика”, Център по наукознание и история на науката
6. Барт Т.В., „Управление качеством”, Учебный курс (учебно-методический комплекс), Московский институт экономики, менеджмента и права, Центр дистанционных образовательных технологий МИЭМП, 2010, http://e-college.ru/xbooks/xbook066/book/index/index.html?part-005*page.htm
7. Барт Т.В., „Управление качеством”, Учебный курс (учебно-методический комплекс), Московский институт экономики, менеджмента и права, Центр дистанционных образовательных технологий МИЭМП, 2010, част 1.3., Болнично управление, теоретични аспекти и практически решения (избрани лекции)» ИК «Хераклит А&Н», под редакцията на проф. Мирослав Попов, ISBN 954-573-018-8, стр. 12 Болнично управление, теоретични аспекти и практически решения (избрани лекции)» ИК «Хераклит А&Н», под редакцията на проф. Мирослав Попов, ISBN 954-573-018-8, стр. 222
8. Баташки, Ил., „Качество на медицинското обслужване в хирургичните звена на МБАЛ „Пловдив” АД, докторска дисертация, Пловдив, 2004
9. Большая Советская Энциклопедия, <http://bse.sci-ib.com/article060277.html>
10. Большая Советская Энциклопедия, <http://bse.sci-ib.com/article062783.html>
11. Болничен мениджмънт», под редакцията на Иванов, Л., Големанова, Ж., Издава НЦОЗ, 2005, стр. 260 - стр.261
12. Бенчмаркинг – сравнителен анализ”, Бюлетин на държавната администрация, 8/2005, <http://www.logincee.org/file8376/library>
13. Болнично управление, теоретични аспекти и практически решения (избрани лекции)» ИК «Хераклит А&Н», под редакцията на проф. Мирослав Попов, ISBN 954-573-018-8, 13, стр. 224 – 232

14. Болнично управление, теоретически аспекти и практически решения (избрани лекции)", ISBN 954-573-018-8, под редакцията на проф. д-р Мирослав Попов, ИК „Хераклит А&Н", стр. 233;
15. Борисов, В., „Въведение в Здравния мениджмънт (избрани лекции)", Министерство на здравеопазването, Програма ФАР, Проект „Болничен мениджмънт, Издава фирма „Лукс-92", София, 1995, стр.134-135;
16. Борисов, В., „Здравна политика и мениджмънт (лекционен курс)", ISBN 954-9762-04-1, Издателство „График Консулт" ООД, София, 1998, стр.122
17. Борисов, В., във „Въведение в Здравния мениджмънт (избрани лекции)", Министерство на здравеопазването, Програма ФАР, Проект „Болничен мениджмънт, Издава фирма „Лукс-92", София, 1995, стр.101 - 102;
18. Борисов, В., „Въведение в Здравния мениджмънт (избрани лекции)", Министерство на здравеопазването, Програма ФАР, Проект „Болничен мениджмънт, Издава фирма „Лукс-92", София, 1995, стр.104-105;
19. Борисов, Б., „Синтетична социална медицина", София, 1999
20. Борисов В., „Мениджмънт на качеството на здравното обслужване. Въведение в здравния мениджмънт", Pг Phare, София, 1995
21. Борисов В., Воденичаров, Ц. и др., „Ново обществено здравеопазване", Изд. Акваграфикс, София, 1998
22. Борисов В., Воденичаров, Ц., „Реалности и здравната реформа", Филвест, София 2000
23. Варжапетян, А., Г., „Квалиметрия: учебное пособие", СПб.: ГУАП (Санкт – Петербургский государственный университет аэрокосмического приборостроения), 2005, стр. 17 - 18
24. Врачовски Д., Йорданов Пл., „Социално осигуряване", ISBN 954-23-0098-0, Академично издателство «Ценов», Свищов, 2003, стр. 7, по Здравомислов, А., „Потребности, интереси, ценности", Москва, 1988;
25. Глуховский. В., В., Програма TACIS – IBPP, „Применение современных стандартов по правам пациентов в качестве индикаторов внешнего и внутреннего контроля в системе акредитации медицинских учреждений", <http://www.communityhealth.com.ua/page.php?p=38>
26. Дамгалиев Д., Теллалян Ж., „Бизнес статистика", ISBN-10: 954-535-446-1, ISBN-13: 978-954-535-46-5, Издателство на Нов Български университет, 2006 стр. 219 – 257
27. Димова А., „Управление на качеството в болницата", ISBN 954-449-189-9, Издателска къща СТЕНО, Варна, 2004 стр. 30-стр.32
28. „Донъли Джеймс, Гибсън Джеймс, Иванчевич Джон, „Основи на мениджмънта", ISBN 0-256-09790-9, (на оригиналното издание), ISBN 954-520-095-2, Изд. «Отворено общество», София, 1997, стр 52 - 57

29. Донъли мл., Джеймс Х., Гибсън, Джемс, Л., Иванчевич, Джон, М., „Основи на мениджмънта”, ISBN 0-256-09790-9 (оригинално издание), ISBN 954-520-095-2 , Издателство «Отворено общество» ЕООД, София 1997; глава 16, стр. 459, 460;
30. Донъли мл., Джеймс Х., Гибсън, Джемс, Л., Иванчевич, Джон, М., „Основи на мениджмънта”, «Въпросът за качеството при управлението на производствените операции», ISBN 0-256-09790-9 (оригинално издание), ISBN 954-520-095-2 , Издателство «Отворено общество» ЕООД, София 1997; глава 16, стр. 288 - 290)
31. Димитров Д., „Многофакторна обусловеност на качеството в болничната помощ”, „Медицински мениджмънт и здравна политика”, Год. XLI? ,h/1 2010? ISSN 1312-0336 ELR 614/2)?
www.medun/acad/bg|cmb_htm|CML_Journas_Fulltext|medicinski%20m
32. Димитрова, В., «Съвременни прояви на бенчмаркинга в европейския бизнес», Икономически алтернативи, брой 3, 2008, стр. 109 – 126;
33. Дракър, П., «Мениджмънт, задачи, отговорности», ISBN 954-9964-53-1, Издателство „Класика и Стил”, ООД, София, 2003
34. Дракър, П., Мениджмънт предизвикателствата на 21 век», ISBN 954-9964-05-1, Издателство „Класика и Стил”, ООД, София, 2005
35. Егоров, Е., С., „Качество услуг Социално – экономической организации”, монография, ISBN 5-8265-0587-7 (978-5-8265-0587-8), Изд-во Тамбовский гос. техн. университета, 2007;
36. Еремеева Наталия, www.client-service.ru;
37. Залтман, Дж., „Как мислят потребителите?”, ISBN-10; 0544-327-014-7, ISBN-13:978-954-327-014-9, Издателство „Класика и Стил” ООД, София. 2006
38. Зорин, В.,А., Павлов, А.П., Пегачков, А.,А., „Контроль качества продукции и услуг: учебное пособие”, (УДК 629.3.083:658.562) (ББК 39.33:30.607) -М.:МАДИ (ГТУ), 2007,стр. 30 - 82
39. Иванов, Г., „Качество на медицинската помощ – същност, съдържание, оптрделяне, осугуряване, управление”, <http://www.nsoplb.org/doc/quality.doc>
40. Иванов, Г., «Медицинска квалитология», ВТ, 1999
41. Иванов., Л., „Подходи за оценка на качеството на медицинското обслужване”, Дисертационен труд, София, 1986
42. Иванова, Т., „Качество и управление на качеството (медицинска квалитология)”, ISBN 954-8823-37-3, Авторски колектив, под редакцията на проф. М. Попов, Изд. „Македония прес”, 2000, стр. 597-600
43. Иванов, Ив., Железаров, Ил., „Управление на качеството” част 1 Основни на управлението на качеството, ISBN 954-683-038-0, Печатна база на Технически университет – Габрово, 1996, стр. 5 (4-121)

44. Иванов Иван, Железаров Илия, „Управление на качеството”, част 2 Основни инструменти и статистически методи за управление на качеството», ISBN 954-683-038-0, Университетско издателство Васил Априлов» - Габрово, Габрово, 1999
45. Илева, Р., „Маркетинг”, изд. Абагар, 1997г. стр.107 – 108);
46. Имаи Масааки, „Кайдзен. Ключ к успеху японских компаний” (глава из книги), източник „Альпина Бизнес Букс”, <http://www.management.com.ua/qm/qm086.html>
47. Ишикава Каору, „Тотално управление на качеството в Япония”, ISBN - 954-445-294-X, ИК „Христо Ботев”, София, 1994г. стр. 91-92)
48. Ишикава, К., «Тотално управление на качеството в Япония», ISBN – 954-445-294-X, ИК „Христо Ботев”, София, 1994 стр.135 – 148
49. Ишикава, К., «Тотално управление на качеството в Япония», ISBN – 954-445-294-X, ИК „Христо Ботев”, София, 1994 стр.237 –стр. 257
50. Ишикава К. „Тотално управление на качеството в Япония”, ISBN-954-445-294-X, ИК «Христо Ботев», София, 1994 (стр. 334 – стр. 346)
51. Калайджиева В., «Подход за Тотално управление на качеството в здравеопазването», в «Основи на болничното управление», ISBN 954-8823-37-3, Изд. Македония прес, 2000г., стр. 624 - 641
52. Кентауиц Бари Х., Родигър Хенри Л., Елмс Дейвид Дж., „Експериментална психология”, девето издание, ISBN978-954-321-792-2, Издателство „Изток – Запад”, 2011, стр. 22 – 23.
53. Класическа философия на качествата”, <http://www.management.com.ua/qm/qm018.html>
54. Класическа философия на качествата”, по материалите на компанията Ланит, Адрес на статията: http://www.iteam.ru/publications/quality/section_57/article_832/)
55. Комитов Гл., Генов Стр., „Мениджмънт на ресурсите – приоритет на здравната реформа”, ISBN 978-954-616-199-4, Издателска къща „Горекс Прес”, София, 2009, стр. 60 – стр. 89;
56. Корийков, Цв., „Управление на качеството”, ISBN 954-712-021-2, Изд. ПБ при ПУ «А. Кънчев» - Русе, 1998, Русе
57. Костадинова, Т., „Маркетингови подходи в управление на болницата”, Здр. ик. мениджмънт, 1, №2 2001
58. Костов Д., „Управление на качеството”, ISBN 954-642-055-7, Изд. «Пенсофт», ISBN 954-14-0039-6, Изд. «Паблиц Сай Сет – Агри» ООД, София, 1999
59. Котлър Филип, Андреасен Алън, „Стратегически маркетинг на нестопанските организации”, ISBN 954-9964-68-X, Изд. „Класика и стил” ООД, София, 2005, стр. 732 – 734
60. Кош Р., „Принципът 80/20”, ISBN 978-954-783-017-1, Изд. Локус Пъблишинг ООД, София, 2007, стр. 34 - 56
61. Круглов, М.Г. Сергеев, С.К., Такташов В.А. И др., по материала на книгата „Менеджмент систем качества”, http://www.iteam.ru/publications/quality/section_85/article_878/;

62. Кьолле – Йовкова, Ел., „Качествен мениджмънт в медицината” Военно издателство ЕООД, 2005;
63. Куерво Х., Варела Ж., Беленес Р., „Управление на болницата”, ISBN 954-88-23-21-7, изд. Македония прес, 1998г., стр 114 – стр.121
64. Кузьмин, А.М. „Методът Модел на Кано”, <http://www.inventech.ru/pub/methods/metod-0022/>
65. Лазебник Л.Б., Л.Б., Конев Ю. В., Дроздов В.Н., Ефремов Л.И., „Полипрагмазия: гериатрически аспект проблеми”, Consilium Medicum/ТОМ 9 /№12, www.consilium-medicum.com
66. Лопатинская,И., В., „Лояльность как основной показатель удержания потребителей банковских услуг”, опубликовано в номере:Маркетинг в России и за рубежом №3/2002, <http://www.ateh.h12ru/articles/service/loalty2.html>
67. „Маслов, Д., Белокоровин, Э., «Удовлетворение потребителей по японски», статья опубликована в журнале «Методы менеджмента качества» №2, 2005, http://www.iteam.ru/publications/quality/section_60/article_2081/
68. Международен стандарт ISO 2001:2008, публикуван на 14.11.2008г. от Международната асоциация по стандартизация. През декември 2008г. БИС го публикува на български зик като БДС)
69. Мелдов, Вл., директор по качеству компании „Корус Консалтинг”, „Давайте жить по правилам”, „Технологии корпоративного управления”, http://www.iteam.ru/publications/quality/section_85/article_2866
70. Минько, Э. В., Минько, А.Э., Смирнов, В. П., „Качество и конкурентоспособность продукции и процессов”, учебное пособие, ISBN 5-8088-0154-0, Санкт Петербург 2005)
71. Маринов, М., „Качество на здравната помощ (същност, мониторинг и управление на качеството)”, Изд. „Абагар”, В. Търново 1998, стр. 68 – 71;
72. Национална програма „Медицински стандарти в Република България (2001 – 2007г.)”, Служебен бюлетин МЗ, год.XLVII, бр. 11, 2001г.;
73. Национален рамков договор 2001 между Националната здравноосигурителна каса, Българския лекарски съюз и Съюза на стоматолозите в България, ДВ, бр.107 от 2000г.”,чл. 439, ал.2
74. НРД 2001 – дял трети «Болнична помощ», чл. 385 ал. 2 т.т.1 и 2 (Договор за допълнение и изменение на Националния рамков договор между Националната здравноосигурителна каса, Българския лекарски съюз и Съюза на стоматолозите в България за 2001 г. (ДВ, бр. 107 от 2000 г.)
75. Новейшая философия качества”, <http://www.management.com.ua/gm/gm019.htm>;
76. Окрепилков, В., В., „Управление качеством”, SSBN 5-282-01912-4, Изд. «Экономика», 1996. Глава 2

77. Окрепилов В.В. „Управление качеством”, Издательство Санкт – Петербургского университета экономики и финансов, 1996, с изм. оригинала - макет ТОО „Макет”, 1998, ISBN 5-282-01912, стр 87,
78. Петрова, Зл., „Медицинският одит, основен подход за осигуряване на качеството на болничната помощ в условията на здравното осигуряване”, докторска дисертация, София, 2006
79. Петрова, Зл., „Ролята на НЗОК в политиката за качеството на здравеопазването”, Здравен мениджмънт, 3, № 1, 2003
80. Петрова, Зл., Младенова, В., „Удовлетвореността на пациента от медицински услуги – компонент на качеството на здравното обслужване”, здравен мениджмънт, 3, (3), 2003
81. Петрова, Зл., Стоянов, А., „Методика за изготвяне на сборна оценка на качеството на лечебните заведения”, Здравен мениджмънт, 4, (2), 2003
82. Петрова, Зл., Чамов, К., Гладилев, Ст., „Качеството в здравеопазката ването, съвременни измерения и тенденции”, ISBN 978-954-92188-1-7, Издава ХЕЛТ МЕДИА ГРУП, София, 2008, стр. 64 – 67;
83. Пономарев С.В., Мащенко С.В., Герасимов Б.И., Трофимов А.В., „Квалиметрия и управление качеством. Инструменти управления качеством: Учебное пособие”, ISBN 5-8265-0436-6, Тамбов: Издательство ТГТУ, 2005; http://window.edu.ru/window/library?p_rid=38135&p_rubr=2.2.75.13.7
84. Пономарев, С., В., Мищенко С., В., Герасимов, Б., И., Трофимов, А., В., „Квалиметрия и управление качеством. Инструменты управления качеством: Учебное пособие”, ISBN: 5-8265-0436-6, - Тамбов: Издательство ТГТУ, 2005. – 80с, стр 5- 10
85. Попов М. „Организация и управление на здравноосигурителните фондове и каси”, ISBN 954-449-198-8, Издателска къща СТЕНО, Варна, 2005, стр. 26 – 28
86. Попов М. „Организация и управление на здравноосигурителните фондове и каси”, ISBN 954-449-198-8, Издателска къща СТЕНО, Варна, 2005, стр. 135 – стр. 141
87. Попов М., „Организация и управление на здравноосигурителни фондове и каси”, ISBN 954-449-198-8, издателскакъща СТЕНО – Варна, 2005г. стр. 23-24);
88. Попчев Ив., Владимирова К., Панайотов Д., и други, „Мениджмънт и лидерство”, ISBN 978-954-499-1, Издателство на Нов Български университет, 2008г., стр. 44
89. Предводителева М.Д., Балаева О. Н., «Подходы к управлению качеством
90. Прохоров Ю., К., «Управление качеством: учебное пособие», СПбГУИТМО, Санкт – Петербург, 2007, стр. 42 – 44
91. Програма TACIS – IBPP, „Применение современных стандартов по правам пациентов в качестве индикаторов внешнего и внутреннего контроля в системе акредитации медицинских учреждений”, www.communityhealth.com.ua/page.php?p=38

92. Ребрин, Ю.И., „Управление качеством”, учебное пособие электронна версия, Таганрог: Изд. ТРТУ (Таганрогский государственный радиотехнический университет), 2004, 174с., http://www.aup.ru/books/m93/2_1.htm
93. Ребрин, Ю. И., „Управление качеством”, Учебное пособие, Таганрог: Издательство ТРТУ, 2004, http://www.aup.ru/books/m93/2_2.htm
94. Рийс, А., Траут Дж., „Неизменните 22 закона на маркетинга”, ISBN: 954-9964-03-5, Издательство «Класика и Стил» ООД, София, 2004г.) стр. 19 - 23
95. Рибов Манол, «Туризмът в ерата на качеството», ISBN 954-573-018-8, Издательство «Тракия - М», София 2003г., стр. 123 - 129
96. Рибов Манол, «Туризмът в ерата на качеството», ISBN 954-573-018-8, Издательство «Тракия - М», София 2003г., стр. 120;
97. Сергеев, А., А., <http://www.cultinfo.ru/fulltext/1/001/008/110/956.htm>
98. Стефанов Нако, Радев Христо, Буров Ивелин, и други, „Управление на качеството”, ISBN 954-608-096-9, ИК «Труд и право», София, 2004г. стр. 18-19
99. Стефанов, Н., „Управление на човешкия фактор и Японското управление”, <http://www.bgjaponology.blog.bg/technology/2009/04/17/upravlenie-na-choveshkiia-factor>
100. Стефанов, Н., „Управление на качеството, стратегически и оперативни аспекти, подходи техники”, ISBN 954-649-451-86 Изд. СИЕЛА – СОФТ Енд павлишинг, София, 2001
101. Старченко А.А., Фуркалюк М.Ю., Комарец С.А., Курило И.,Н., Алешин П.И., „Менеджмент лекарственным обеспечением в системе обязательного медицинского страхования: новые нормативные акты”, Страховая медицинская компания „РЕСО-Мед”, г. Москва
102. Тодоров, Т., Шопова, М., „Статистическите методи за контрол на качеството: състояние, проблеми, перспективи”, списание „Диалог”, 3, 2009г.
103. Тонков, Петър «Разделението на труда, причините за него и последствията, според Адам Смит» 17 май 2007г.
104. Федюкин В.К., „О создании учебной дисциплине Квалитология”, <http://www.quality21.ru/> , Дата публикации 18.10.2004г. Санк-Петербургский государственный инженерно-экономический университет
105. Филева, П., Тужаров, Хр., „Тотално управление на качеството или новата философия на бизнеса”, ISBN 978-954-8898-02-7, Изд. Асеновци, 2007, стр. 42- 44
106. Филева, П., Тужаров, Хр., „Тотално управление на качеството или новата философия на бизнеса”, ISBN 978-954-8898-02-7, Изд. Асеновци, 2007, стр. 46 – 48
107. Филева, П., Тужаров, Хр., „Тотално управление на качеството или новата философия на бизнеса”, ISBN 978-954-8898-02-7, Изд. Асеновци, 2007, стр. 51 - 55
108. Филева, П., Тужаров, Хр., „Тотално управление на качеството или новата философия на бизнеса”, изд. Асеновци, 2007г. стр. 32

109. Филева, П., Тужаров, Хр., „Тотално управление на качеството или новата философия на бизнеса”, ISBN 978-954-8898-02-7, Изд. Асеновци, 2007, стр. 101 – 108
110. Филева, П., Тужаров, Хр., „Тотално управление на качеството или новата философия на бизнеса”, ISBN 978-954-8898-02-7, Изд. Асеновци, 2007, стр. 194 – 195;
111. „Финансиране и управление на здравеопазването. Теоретични основи, модели, проблеми и тенденции”, София, Министерство на финансите, дирекция Бюджет”, отдел „Микроикономически анализи”, (без година и автор), достъпно на (www.minfin.bg/document/2891:1)
112. Хинков, О., „Понятия и принципи на правилата на добрата клинична практика”, национална конференция на БЛС „Българското здравеопазване след присъединяването към ЕС”, 10-11.05.2007г., гр. Плевен, <http://www.anesthesia-bg.org/news.php>;
113. Хинков, О., „Стандарти на медицинската практика в България”, <http://www.med-stand.government.bg/IndexPubl.htm>;
114. Христов, С., «»Тотално управление на качеството и Каору Ишикава», Сити Мениджмънт Консулт ООД, <http://www.novavizia.com/4217.html>
115. Цызарь, А., директор Marketing Lab, Новий маркетинг, публикации: август 2002, (www.4Service.com.ua)
116. Цызарь, А., (директор Marketing Lab), „Разработка и модификация товаров и услуг – метод Кано”, Новий маркетинг, август 2002, <http://www.4service.com.ua>
117. Чобанянева Ив., Димова А., „Управление на качеството в здравеопазването”, ISBN 954-449-197-X, Издателска къща СТЕНО, Варна, 2004 стр.25-стр.26
118. Babakus E., Mangold, G., W., “Adapting the SERVQUAL Scale to Hospital Services: an Empirical Investigation”, Journal List “Health Serv Res”, v.26 (6), Feb., 1992, pp. 767-786, PMID:PMC 1069855
119. Baniasadi S., Fahimi F., Shalviri G., Pharmaceutical Care Unit, Tb and Lung Disease Reserch Center. NRITLD, Masih Daneshvari Hospital, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran, “Developing an adverse drug reactions reporting system at a teaching hospital”, Basic Clin Pharmacol Toxicol, 2008 Apr; 102(4):408-11. Epub 2008 Feb 29, PMID: 18312492, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18312492>.
120. Berry Thomas H., “Managing the Total Quality Transformations”, ISBN 0-07-00-5071-6, USA, 1991
121. Campbell H, Hotchkiss R, Bradshaw N, Porteous M. Integrated care pathways. BMJ. 1998 Jan 10;316(7125):133-7., [PubMed] [BMJ]
122. Deming W.Edwards, “Deming’ 14 Points”, excerpted from Chapter Two of “Out of The Crisis”, by W. Ed. Deming”, http://www.demung.ces.clemson.edu/pub/den/deming_info.htm

123. Deming, W., "Deming's System of Profound Knowledge", The excerpt of Chapter 4 of The New Economics, second edition by W. Edwards Deming, published by the Massachusetts Institute of Technology, Center for Advanced Educational Services, Cambridge, MA 02139, http://www.deming.ces.clemson.edu/pub/den/deming_info.htm
124. Dexter A. Hansen, "Total Quality Management (TQM) Tutorial help", <http://www.home.att.net/~iso9kl/tgm/tgm/html>
125. Donabedian, Av., "Evaluating the Quality of medical Care", The Milbank Quarterly, Vol. 83, №4, 2005 (pp.691 – 729)
126. Donabedian, Av., "Evaluating the Quality of medical Care", The Milbank Quarterly, Vol. 83, №4, 2005
127. Duffy Grace L., "Quality Basics", <http://www.asq.org/quality-progress/2007/06/basic-quality/10-quality-basics.html>
128. Dorothy Bonn, "Adverse drug reactions remain a major cause of death", The Lancet, Volume 351, Issue 9110, Page 1183, 18 April 1998, doi:10.1016/S0140-6736(98)23016-9, [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(98\)23016-9](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(98)23016-9)
129. European Observatory on Health Systems and Policies, <http://www.euro.who.int/observatory/Glossary/TopPage?phrase=Quality>
130. Francesca Menniti-Lppolito, Roberto Raschetti, Roberto Da Cas, Carlo Giaquinto, Luigi Cantarutti, "Active monitoring of adverse drug reactions in children", The Lancet, Volume 355, Issue 9215, Page 1613-1614, 6 May 2000, [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(00\)02219-4](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(00)02219-4).
131. F. John Reh. "How to Use Benchmarking in Business", <http://www.management.about.com/cs/benchmarking/a/Benchmarking.htm>
132. Graeme C. Payne, in New Quality Tool, <http://www.asq.org/quality-progress/2007/06/basic-quality/10-quality-basics.html>
133. Gronroos' Perceived Service Quality Model", <http://www.degromoboy.com/cs/gronroos.htm>
134. Haksik Lee, Yongki Lee, Dongkeun Yoo, (2000), "The determinants of of perceived service quality and its relationship with satisfaction", Journal of Service Marketing, Vol.14 Iss:3, pp 217-231
135. History of Quality", (posted at 10:17AM Jan 05, 2009 by byuan in General), http://www.blogs.sun.com/byuan/entry/history_of_quality;
136. Jonhston Robert "(1995), The determinants of service quality: satisfiers and dissatisfiers", International Journal of Service Industry Management, Vol.6 Iss:5, pp53-71
137. Jonhston Robert "Zone of tolerance":The Blackwell Encyclopedia of Management: Blackwell Reference Online, http://www.blackwellreference.com/public/tocnode?id=g9780631233176_chunk_g9

138. Jarersiripornkul N., Chaisrisawadsuk S., Chaiyakum A., Krska J., Department of Pharmacy Practice, faculty of Pharmaceutical Sciences, Khon kaen University, Khon Kaen Thailand, "Patient self-reporting of potential adverse drug reactions to non – steroid anti-inflammatory drugs in Thailand", *Pharm World Sci.* 2009 Oct; 31 (5): 5559-64. Epub 2009 Jul 4, PMID: 19575308, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19575308>.
139. Jarernsiripornkul N., Krska J., Richards RM., Capps PA., Department of Clinical Pharmacy, Khon Kaen University Thailand, "Patient reporting of adverse drug reactions: useful information for pain management", *Eur J Pain.* 2003;7 (3): 219-24, PMID: 12725844, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12725844>.
140. Jose J., Rao PG., "Pattern of adverse drug reactions notified by spontaneous reporting in an Indian tertiary care teaching hospital", *Pharmacol Res.* 2006 Sep; 54 (3): 226-33. Epub 2006 May 12, PMID: 16781163, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16781163>.
141. Kevin Cacioppo, "Measuring and Managing Customer Satisfaction", *Harvard Business Review*, November/December, 1995
142. Kim Erlandson, RN, MPH, CPHQ, "Performance Improvement Training Session One, University of Iowa Hospitals & Clinics CORM September 1, 2005,
143. Lynne B. Hare, <http://www.asq.org/quality-progress/2007/06/basic-quality/10-quality-basics.html>
144. Measuring Quality of Care", <http://www.suburbanhospital.org/Quality/HowToMeasure.aspx>;
145. Payne Grame C., "Quality Basics", Measurement, <http://www.asq.org/quality-progress/2007/06/basic-quality/10-quality-basics.html>
146. Piwernetz K. - DIABCARE office EURO, Munich, Germany, "DIABCARE Quality Network in Europe – a model for quality management in chronic diseases", *Int Clin Psychopharmacol*, 2001 Apr; 16 Suppl 3:S5-13, PMID: 11459330 [PubMed – index for MEDLINE]
147. Quality Function Deployment (QFD) For Needs Assessment", Interdisciplinary center for Research in Earth Science Technologies, A Research Institute of the University of Missouri – Columbia, <http://www.icrest.missouri.edu/Projects/Infomart/QFDProject/index.htm>
148. R. Dan Reid, "Cause and Effect Diagram" in "Building From the Basics", *Quality Progress* / 2009 January, <http://www.asq.org/quality-progress/2009/01/basic-quality/building-from-the-basics.html>
149. Russ Westcott, "Pareto Analysis" in "Building From the Basics", *Quality Progress* / 2009 January, <http://www.asq.org/quality-progress/2009/01/basic-quality/building-from-the-basics.html>
150. Schonberger Richard, J., Knod Edward, M., Jr., "Operations Management – continuous Improvement", ISBN 0-256-11218-5, ISBN-0-256-15602-6 (international ed.), USA, 1994

151. Selection criteria for quality controlled information gateways - Appendix 3: Quality/selection definitions, models and methods in use”
<http://www.ukoln.ac.uk/metadata/dasire/quality/appendix-3.html>
152. Sullivan, L., P., “Quality Function Deployment”, Quality Progress, June, 1988, pp39-0;
153. Six Points That Measure Quality”, The Cleveland Clinic Foundation, 1996,
<http://www.medhelp.org/ccf/generic.htm>
154. Smith, Jim L., “The History of Modern Quality”,
<http://www.peoriamagazines.com/ibi/2009/jul/history-modern-quality>
155. Timothy J., Clarck, “Success Through Quality: Support Guide for the Journey to Continuous Improvement, ASQ Quality Press, 1999, <http://www.asq.org/learn-about-quality/variation/overview/overview.html>
156. T., M., Kubiak, “Cause and Effect Diagram” in “Building From the Basics”, Quality Progress / 2009 January, <http://www.asq.org/quality-progress/2009/01/basic-quality/building-from-the-basics.html>
157. Thurmann PA., “Methods and systems to detect adverse drug reactions in hospitals”, Philipp Klee- Institute of Clinical Pharmacology, Hospital Wuppertal, Drug Saf. 2001; 24 (13):961-8, PMID: 11735652.
158. <http://www.asq.org/learn-about-quality/history-of-quality/overview/guilds.html>
159. <http://www.asq.org/learn-about-quality/history-of-quality/overview/industrial-revolut>
160. <http://www.asq.org/learn-about-quality/history-of-quality/overview/20th-century.html>
161. <http://www.asq.org/learn-about-quality/history-of-quality/overview/wwii.html>
162. <http://www.asq.org/learn-about-quality/history-of-quality/overview/total-quality.html>
163. <http://www.asq.org/learn-about-quality/history-of-quality/overview/beyond-total-quality.html>
164. <http://www.peoriamagazines.com/ibi/2009/jul/history-modern-quality>
165. <http://www.tuj.asenevtsi.com/TQM2009/TQM06.htm>
166. <http://www.unmc.edu/community/ruralmeded/flexner.htm>
167. http://www.politoloji.com/index.php?option=com_content&task=view&id=29&Item
168. <http://www.asq.org/juran/institute-statement.html>
169. <http://www.qualitypro.org.ua/index.php/guru-kachestva/genichi-taguchi/9-dzhozef-dzhuran>
170. <http://www.qualitypro.org.ua/index.php/guru-kachestva/genichi-taguchi/14-armand-feigenbaum>
171. <http://www.qualitypro.org.ua/index.php/guru-kachestva/genichi-taguchi/17-kaoru-isikava>
172. http://www.businessballs.com/dtiresources/quality_management_gurus_theories.pdf
173. <http://www.dti.gov.uk/quality/gurus>
174. <http://www.qualitypro.org.ua/index.php/guru-kachestva/genichi-taguchi>

175. <http://www.uo09.mnogosmenka.ru/uo090167.htm>;
176. <http://www.asq.org/learn-about-quality/cost-of-quality/overview/overview.html>
177. <http://www.management.com.ua/qm/qm026.html>, „Цена ошибки”, Статья опубликована в журнале "Управление компанией" (№2, февраль 2002 г.)
178. <http://www.geodesy.gd.itb.ac.id/hzabidin/wp-content/uploads/2007/11/total-qualitymanagement.pdf>
179. http://www.navoprosotveta.net/12/12_6589.htm
180. <http://www.businessballs.com/qualitymanagement.htm>
181. <http://www.cofe.ru/finnace.russian/10427.htm>
182. <http://www.stroibk.ru/library/k/tyur.htm>, „Кружки качества на Японских предприятиях”
183. <http://www.qh.siteedit.ru/krujokkachestva>, „Работа японского кружка качества”, по материалам „Кружки качества на японских предприятиях”, Издательство стандартов, 1990
184. <http://www.tuj.asenevtsi.com/TQM2009/TQM012.htm>
185. <http://www.asq.org/learn-about-quality/quality-assurance-quality-control/overview/overview.html>
186. http://www.businessballs.com/dtiresources/quality_management_gurus_theories.pdf
187. www.dti.dov.uk/quality/gurus
188. http://www.12manage.com/methods_kaizen.htm
189. www.en.wikipedia.org/wiki/Customer_satisfaction;
190. <http://www.ateh.h12ru/articles/service/loalty2.html>
191. <http://www.dti.gov.uk/quality/process>, “Process understanding & Improvement, Six steps for process improvement”
192. http://www.businessballs.com/dtiresources/TQM_process_management.pdf
193. <http://www.dti.gov.uk/quality/process>, “Process understanding & Improvement, Six steps for process improvement”
194. http://www.businessballs.com/dtiresources/performance_measurements_management.pdf
195. <http://www.businessballs.com/maslow.htm>
196. www.bpir.com/total-quality-management-history-of-tqm-and-business-excellence
197. <http://www.businessballs.com/qualitymanagement.htm>
198. <http://www.management.com.ua/qm/qm036.html>
199. http://www.businessballs.com/dtiresources/TQM_process_improvement_tools.pdf
200. <http://www.businessballs.com/qualitymanagement.htm>

201. <http://www.inventech.ru/pub/methods/metod-0022/>
202. <http://www.marketing.vechkaev.ru/kano.htm>
203. <http://www.klubok.net/article36.htm>
204. <http://www.standart.ru/iso9000/iso9000-txt15.phtml>
205. <http://www.denimg.ru/TenUpr/strFunka.htm>
206. <http://www.inventech.ru/lib/glossary/evrmethod/>
207. <http://www.smartdraw.com/encyclopedia/interrelationship-diagram.htm>
208. <http://www.questlearningskills.org/weblessons/definereation.htm>
209. <http://www.asq.org/learn-about-quality/new-management-planning-tools/overview/tree-diagram>
210. <http://www.openclinical.org/clinicalpathways.html>
211. <http://www.casewise.com/>
212. <http://www.uihealthcare.com/depts/cqspi/performanceimprovement/pimodel/define.ht>
213. <http://www.uihealthcare.com/depts/cqspi/performanceimprovement/pimodel/measure.>
214. <http://www.uihealthcare.com/depts/cqspi/performanceimprovement/pimodel/analyze.h>
215. <http://www.uihealthcare.com/depts/cqspi/performanceimprovement/pimodel/improve.h>
216. <http://www.uihealthcare.com/depts/cqspi/performanceimprovement/pimodel/control.ht>
217. <http://www.cqmex.org/?81&02&9638>
218. <http://www.dti.gov.uk/quality/benchmarking> “Benchmarking”
219. http://www.businessballs.com/dtiresources/TQM_benchmarking.pdf
220. <http://www.dti.gov.uk/quality/tools>
221. <http://www.openclinical.org/clinicalpathways.html>, по (Hill, 1994, Hill 1998;
222. <http://www.uihealthcare.com/depts/cqspi/performanceimprovement/pimodel/define.ht>
223. <http://www.uihealthcare.com/depts/cqspi/performanceimprovement/pimodel/measure.>
224. <http://www.uihealthcare.com/depts/cqspi/performanceimprovement/pimodel/analyze.h>
tp
225. <http://www.uihealthcare.com/depts/cqspi/performanceimprovement/pimodel/improve.h>
tp

226. <http://www.uihealthcare.com/depts/cqspi/performanceimprovement/pimodel/control>

227. <http://www.asq.org/juran/institute-statement.html> 230

228. http://www.businessballs.com/dtiresources/TQM_benchmarking.pdf

