

**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ  
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ**

---

**“ОЦЕНКА НА РИСКА НА КАЧЕСТВОТО НА  
МЕДИЦИНСКОТО ОБСЛУЖВАНЕ – ЕЛЕМЕНТ НА  
ЕФЕКТИВНИЯ МЕНИДЖМЪНТ В УМБАЛ  
БУРГАС”**

**АВТОРЕФЕРАТ**

**Бойко Георгиев Миразчийски**

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

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

**Научен ръководител:  
Проф. д-р Златица Петрова, дм**

**СОФИЯ, 2021**

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

Дисертационният труд съдържа 186 страници и е онагледен с 84 фигури, 19 таблици и 5 приложения.

Библиографската справка включва 100 заглавия, от които 43 на кирилица и 57 на латиница. Номерата на таблиците и фигурите отговарят на тези от Дисертационния труд.

**Научно жури:**

Проф. д-р Ралица Златанова Златанова-Великова, дм, вътрешен член за МУ София, ФОЗ

Проф. д-р Годор Димитров Черкезов, дм, вътрешен член за МУ София, ФОЗ

Проф. д-р Кънчо Трифонов Чамов, дм, външен член за МУ София

Проф. Валентин Костов Стоянов, дм, външен член за МУ София

Доц. Владимир Христов Гончев, дм, външен член за МУ София

**Резервни членове:**

Проф. Асена Христова Сербезова, дф, вътрешен член за МУ София, ФОЗ

Проф. Елена Младенова Шипковенска, дм, външен член за МУ София

Публичната защита ще се състои на 29 Ноември 2021 г.12 от в зала № 7 на Факултет по обществено здраве, УМБАЛ „Царица Йоанна – ИСУЛ” ЕАД, ул. „Бяло море” № 8, гр. София.

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

<b>ВЪВЕДЕНИЕ</b> .....	4
<b>1. ЦЕЛ И ЗАДАЧИ, МАТЕРИАЛ И МЕТОДИКА НА ПРОУЧВАНЕТО</b> .....	5
<b>2. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ</b> .....	8
2.1 Анализ на структурата, дейността, управлението на УМБАЛ Бургас .....	8
2.2 Анализ на резултатите от анкетно проучване №1 „Мнение на пациентите за качеството на медицинското обслужване .....	14
2.3 Анализ на резултатите от Анкетно проучване №2 – „Мнение на персонала в УМБАЛ Бургас по отношение предизвикателства в управлението и трудности в работния процес“ .....	19
2.4 Индикатори, за оценка на риска на качеството на медицинското обслужване в УМБАЛ Бургас и оценка на риска в СПО, ХО, АГО .....	27
2.4.1 Анализ на показателите в Хирургичните отделения .....	34
2.4.2 Анализ на показателите в АГО отделение .....	40
2.4.3 Анализ на показателите смъртност при ОМИ и МИ .....	43
2.4.4 Анализ на проверките, извършени от ИАМО на БЛЗ и на УМБАЛ Бургас .....	45
<b>3. КОНЦЕПТУАЛЕН МОДЕЛ ЗА РИСК МЕНИДЖМЪНТ, БАЗИРАН НА ОЦЕНКА НА РИСКА НА КАЧЕСТВОТО НА МЕДИЦИНСКОТО ОБСЛУЖВАНЕ</b> .....	48
3.1 Модел на риск базиран надзор (РБН) .....	48
3.2. Оценка на риска в УМБАЛ Бургас .....	52
3.2.1. Рискови профили и категоризиране на оценяваните субекти .....	52
3.2.2. Специфични рискови показатели в УМБАЛ-Бургас .....	54
<b>4. ИЗВОДИ, ЗАКЛЮЧЕНИЕ, ПРЕПОРЪКИ</b> .....	58
4.1 Изводи от литературния обзор .....	58
4.2 Изводи от анкетното проучване на мнението на пациентите за качеството на предоставяните медицински услуги от УМБАЛ Бургас .....	58
4.3 Изводи от анкетното проучване на мнението на персонала в УМБАЛ Бургас, по отношение предизвикателства в управлението и трудности в работния процес. ....	59
4.4 Изводи от анализа на болничните индикатори за качество .....	60
4.5 Други показатели, имащи отношение към качеството .....	61
4.6 Изводи от извършените проверки в УМБАЛ Бургас от ИАМО/ИАМН .....	61
4.7 Препоръки .....	62
4.8 Заключение .....	63
<b>5. ПРИНОСИ</b> .....	64

## ВЪВЕДЕНИЕ:

В ситуация на ограничени ресурси, необходими за ефективното функциониране на здравната система от една страна и на все по-високи обществени очаквания и изисквания към качеството на медицинските услуги от друга, прилагането на модел за риск-базиран контрол и оценка е едно от възможните решения, което позволява постигане на максимално ефективен резултат при оптимално използване на ограничените ресурси. Стратегическият мениджмънт е насочен към риска и неопределеността с цел да осигури дългосрочна приспособимост на организацията към изменящата се околна среда. Стратегическият мениджмънт определя дългосрочните цели на дадена организация чрез всеобхватни анализи на ситуацията. Той търси главно пътища за справяне с неочакваното, а не само за оптимизиране на съществуващото. Управление на риска и цялостен качествен контрол дефиниран е като *‘процес на съзнателна и непрекъсната борба на целия персонал за постигане на нулево ниво на дефектиране във всички аспекти на дейността на организацията’*. Според експерти<sup>1,2</sup>, **управлението на риска (риск мениджмънт) е процес на идентифициране, оценка, анализ и управление на всички потенциални рискове, които директно или индиректно влияят върху безопасността на пациентите.** Следователно, ако потенциалните рискове бъдат правилно оценени и анализирани, това ще помогне на здравните мениджъри да дефинират съответните приоритети в организациите, за да постигнат баланс между риск, полза и разходи. Т.е., управлението на риска може да се разглежда като част от цялостния процес на извършване на подобрения в дейностите на дадена здравна организация. По отношение на безопасността на пациентите, *управлението на риска може да се разглежда като внимателно и детайлно изучаване на системата на оказване на здравни услуги, за да се идентифицират факторите, които потенциално биха довели до причиняване на вреда за пациентите по време на лечение, и да се разработят и предприемат действия за предотвратяване на повторното ѝ причиняване в бъдеще*<sup>3</sup>. Контролът на риска покрива цялостния цикъл на работа в една организация, в това число и на лечебните заведения. Стратегическият мениджмънт е насочен към риска и неопределеността с цел да осигури дългосрочна приспособимост на организацията към изменящата се околна среда. Следователно, ако потенциалните рискове бъдат правилно оценени и анализирани, това ще помогне на здравните мениджъри да дефинират съответните приоритети в организациите, за да постигнат баланс между риск, полза и разходи. Т.е., управлението на риска може да се разглежда като част от цялостния процес на извършване на подобрения в дейностите на дадена здравна организация и предпоставка за подобряване на безопасността на лечебния процес. Подходът Риск базиран контрол позволява по-добра организация на контрола и изграждането на общо разбиране за качеството на услугите, като съдейства за утвърждаване на добрите практики, а едновременно с това насочва вниманието на мениджмънта към услуги с лошо качество, имащи нужда от подобрене.

<sup>1</sup> NPSA. (2006). Risk Assessment Programme. Overview. [www.npsa.nhs.uk](http://www.npsa.nhs.uk) (Last accessed on June 5<sup>th</sup>, 2009)

<sup>2</sup> Beaufort B., K. Darr. (2008). Managing Health Services Organizations and Systems. *Health Professions Press*. 7<sup>th</sup> Edition. p.p. 455 – 461.

<sup>3</sup> NPSA. (2006). Risk Assessment Programme. Overview. [www.npsa.nhs.uk](http://www.npsa.nhs.uk) (Last accessed on June 5<sup>th</sup>, 2009)

## 1. ЦЕЛ И ЗАДАЧИ, МАТЕРИАЛ И МЕТОДИКА НА ПРОУЧВАНЕТО

**Тезата на настоящото проучване** представя риск базирания подход при осъществяване на контрола в здравеопазването като подход, при който компетентни органи и задължени субекти идентифицират, оценяват и разбират рисковете, свързани с качеството на медицинското обслужване, на които са изложени оценяваните субекти и предприемат мерки, които са пропорционални на тези рискове. От своя страна риск-базираните проверки са част от цялостен цикъл на мониторинг, при който интензивността и честотата на проверките и другите форми на контрол на и в лечебните заведения се определят въз основа на оценка на рисковете за качеството на медицинското обслужване, които засягат тези лечебни заведения.

**Цел** на настоящото проучване е да представи Риск-базирания подход при осъществяване на контрола на качеството в УМБАЛ Бургас, като елемент на ефективния болничен мениджмънт.

### **Задачи:**

За постигане на поставената в дисертационния труд цел бяха поставени следните основни задачи:

1. Да се проследят и анализират основните теоретични моменти свързани с осъществяване на оценка на риска на качеството на медицинското обслужване, като елемент на мениджмънта.
2. Анализ на информацията за добрите практики в областта на риск-базирания контрол в три европейски държави – Англия, Дания и Португалия.
3. Проучване на участието на пациентите в оценката на качеството, чрез система на спонтанна обратна връзка (анкета), като възможност да допълване модела за Риск базиран контрол.
4. Да се проучи мнението на персонала в УМБАЛ Бургас по отношение предизвикателства в управлението и трудности в работния процес.
5. Определяне и разработване на система от индикатори, за оценка на риска на качеството на медицинското обслужване в УМБАЛ Бургас.
6. Да се предложи концептуален модел за ефективен риск мениджмънт, базиран на оценка на риска на качеството на медицинското обслужване. .

### **Материал и методика**

В резултат от така поставените основни задачи са конкретизирани обектът на наблюдение, единиците и признаците им. **Обект** на настоящето проучване е качеството на медицинското обслужване в УМБАЛ Бургас:

- специфични индикатори за качество в 3 отделения/клиники- хирургия, АГ, спешно приемно отделение;
- медикостатистически показатели;
- резултати от проверки на ИАМО/ИАМН ;
- удовлетвореност на пациентите- анкетно проучване

- мнение на персонала в УМБАЛ Бургас по отношение предизвикателства в управлението и трудности в работния процес-анкетно проучване

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

**Първият компонент** включва проучване и анализ на добрите практики на държави от ЕС - в областта на риск-базирания контрол.

**Вторият от компонентите** включва 2 анкетни проучвания сред пациентите и персонала на УМБАЛ Бургас. За целта се създаде Въпросник/Анкета (Приложение 2 и 3), включваща няколко секции въпроси:

- „Сигнални“ въпроси за идентификация на конкретен риск или проблем.
- Допълнителни въпроси, даващи информация за нагласите и мнението на пациента;
- Въпроси, мотивиращи пациента да даде предложения и препоръки за подобряване на услугата в свободен формат.
- Въпроси свързани със сигурността и безопасността на персонала, стандартната процедура при възникване на експозиция чрез убождаване или порязване, наличието на предпазни средства, стрес на работното място и други въпроси свързани с условията на труд.

**Третият компонент** от изследването включва анализ на система от специфични индикатори за качество-общоболнични и в СПО, ХО, АГ (Приложение 1 – чек лист), резултати от проверки на ИАМО/ИАМН, медикостатистически показатели от дейността на УМБАЛ Бургас.

**Логическа единица** на изследването са анкетираните пациенти и персонал .

**Техническа единица** на изследването са специфичните индикатори от дейността на три отделения за 11 месеца, пациентите пролежали в УМБАЛ Бургас, протоколи от проверки на ИАМО, персонал.

**Време и място на изследването.**

По втори компонент периодите са различни. Проучването е извършено в периода август 2019 г.-декември 2019 г. на хартиен носител. Обработени са 213 анкети (**анкета 1**). **Анкета 2** - проучването е извършено в периода февруари- май 2020 г. при 265 медицински персонал и съдържа 27 въпроса.

**По трети компонент** - резултати от проверки на ИАМО/ИАМН и медикостатистически показатели от дейността на УМБАЛ Бургас за 4 год.-2017-2020 г., специфични индикатори за качество януари 2020 г- декември-2020 г. за 1 година в СПО, ХО, АГ

- **Общи показатели за дейност и капацитет** за 2017-2020 г.;
- **Специфични показатели за качество на медицинските дейности.** Към тази група показатели са включени и показателите за постъпили и разгледани жалби;
- **Показатели за ресурсна осигуреност .**

## **Място на изследването - УМБАЛ Бургас.**

### **Методи на проучването**

Риск базиранят мониторинг и контрол е иновативен модел за планиране, провеждане и подобряване на качеството на медицинската услуга. Този подход позволява по-добра организация и мениджмънт на дейността и изграждане на общо разбиране за качеството на услугите, като съдейства за утвърждаване на добрите практики, а едновременно с това насочва вниманието на мениджмънта към области с неприемливо качество, имащи нужда от подобрене.

### **Социологически методи:**

**Документален метод** – проучена е нормативната уредба в България и страните на ЕС, свързана с риск мениджмънта, качеството, оценка и управление на качеството, надзор и контрол в системите на здравеопазване, правата на пациента и др. Научни публикации по проблема в национални и международни литературни източници, отчетни документи/доклади/протоколи на контролни институции и на УМБАЛ Бургас и др.

**Анкетен метод** : Предлаганата методология използва система от индикатори за обратна връзка с пациентите, като основен елемент на оценката на качеството и идентифициране на рискове за качеството или безопасността. Входящата информация се събира чрез попълване на Въпросник/Анкета, който може да бъде попълнен от всеки, който би желал да сподели личното си мнение, информация, впечатления и предложения по повод на определена здравна услуга, независимо дали е в качеството си на пациент, придружител на пациент или негов близък.

### **Въпросникът/анкетата №:1** включва няколко секции:

- Въпроси осигуряващи информация за профила на пациента и здравната услуга за която дава обратна връзка.

Анкетата е по подразбиране анонимна (макар, че е дадена възможност при желание попълващият да даде свои координати за контакт при нужда от допълнителна информация) и съдържа информация, характеризираща профила на пациента/лицето, предоставящо информация – възраст, пол, образование, опит като пациент и др., но не позволява неговата идентификация, без неговото изрично съгласие. Дадена е възможност, при желание от страна на пациента, да бъде посочен конкретния доставчик на тази услуга.

- Въпроси, осигуряващи системата от индикатори за удовлетвореност на пациента.

Системата от индикатори включва обща секция от индикатори, чиито въпроси са приложими за всички услуги и могат да се използват и самостоятелно. Включени са индикатори за удовлетвореност относно:

- Достъпност и комфорт – достъпна среда, битови условия, храна, хигиена
- Качество на медицинското обслужване, в т.ч. персонал, апаратура, организация на работа

- Комуникация и информация, в т.ч. информирано съгласие и възможност за пряк контакт с медицинските специалисти
- Обща удовлетвореност от предоставената услуга

Всички индикатори са базирани на ясен въпрос, съдържащи конкретен въпрос или положително твърдение за услугата, като и в двата случая са възможни най-малко 4 степени на отговор.

- „Сигнални“ въпроси за идентификация на конкретен риск или проблем – настъпили усложнения в резултат на предоставената услуга, нерегламентирани плащания, желание за подаване на жалба или оплакване
- Допълнителни въпроси, даващи информация за нагласите и мнението на пациента
- Въпроси, мотивиращи пациента да даде предложения и препоръки за подобряване на услугата в свободен формат, както и да предостави контакт за последваща обратна връзка

**Анкета №:2,, Оценка на риска“** - проучването е анонимно анкетно при 265 медицински персонал и съдържа 27 въпроса. Въпросите са свързани с сигурността и безопасността на пациентите и персонала, стандартната процедура при възникване на експозиция чрез убождане или порязване, наличието на предпазни средства, стрес на работното място, организация по време на Ковид 19 и други въпроси свързани с условията на труд.

- **Концептуален анализ** - за изясняване на терминологичните въпроси, свързани с темата на дисертационния труд;
- **Анализ и синтез;**

### **Методи за обработка на информацията:**

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

- Дескриптивен анализ – в табличен вид е представено честотното разпределение на разглежданите признаци, разбити по групи на изследване;
- Графичен анализ – за визуализация на получените резултати с цел пълно и ясно интерпретиране на информацията.
- За таблична и графична обработка и презентация са използвани продукти на Microsoft Office, както и продукти на Apple.

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

## **2. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ**

### **2.1. Анализ на структурата, дейността, управлението на УМБАЛ Бургас.**

#### **Анализ на средата**

Болница, която предприема анализ на средата, трябва да направи това в два аспекта - анализ на макросредата, т.е. влияние на здравната политика върху болницата и

анализ на конкретната среда, т.е. областта на влияние на болницата, тенденциите в търсенето и конкуренцията. Под макросреда се разбират всички условия, в които е поставена болницата и в които се налага да развива дейността си. Ако болницата следи и анализира четири променливи величини-**движение на населението в района на влияние, хоспитализираните болни, размера на пазарния дял и средния болничен престой, тя ще има добър ориентир за определяне на добра и печеливша стратегия.** Стратегическото диагностициране силно се подпомага от SWOT-анализа чрез установяване на силните и слабите страни, опасности и възможности. Въздействие върху пазара може да бъде указвано чрез мерки, повлияващи търсенето и други, въздействащи върху предлагането. От самото си създаване до днес „УМБАЛ – Бургас“ АД има водеща роля в болничния пазар на областта. “УМБАЛ – Бургас” АД предлага<sup>4</sup>:

- качествена болнична, диагностична, лечебна и рехабилитационна помощ и други медицински услуги на лица нуждаещи се от активно лечение съобразно стандартите за добра медицинска практика в областта на: вътрешни болести, кардиология, гастроентерология, ендокринология, неврология, педиатрия, обща хирургия, ортопедия и травматология, неврохирургия, урология, офталмология, оториноларингология, акушергинекология, нефрология и хемодиализа, инфекциозни болести, кожно-венерически болести;
- специализирани консултации, качествени високоспециализирани дейности и медико-диагностична дейност за амбулаторни пациенти;
- трудово лекарска експертна дейност;
- медико – козметични услуги;
- транспорт на лица с медицински показания;
- клинични изпитвания на лекарства и медицинска апаратура;
- своевременна методична помощ на амбулаториите за първична и специализирана извънболнична помощ, на общинските болници и диспансери;
- здравно-промотивни дейности и програми на населението в обслужвания район;
- обучение на студенти и специализанти от медицинските колежи и висши медицински училища.

Процесът на масова инвазия на частни лечебни заведения в цялата страна не подминава и Бургас. В областта има разкрити и няколко специализирани болници в областите: пулмология, физиотерапия, онкология и очни болести, които основно се занимават с планово, продължително лечение. В града са разкрити и функционират 4 Многопрофилни частни болници, както и "Специализирана очна болница за активно лечение - Бургас" ООД. Силен конкурент е и Комплексният онкологичен център (КОЦ), който дублира част от дейностите на областната болница в областта на хирургията, гастроентерологията и гинекологията. **Най-важно значение в макросредата заема системата на финансиране на болницата.** Здравната политика в страната влияе значително както върху състоянието, така и върху перспективата на болниците. Предоставянето на по-голяма автономност на лечебните заведения е сигнал с различно звучене за различните категории болници. Държавните болници имат ограничена автономност и степента ѝ се определя от принципала. Приложения модел за болнично финансиране разкрива основните направления по които се формират приходите на лечебните заведения за болнична помощ:

- договори за оказана медицинска помощ
- директни плащания
- възстановяване на направените разходи
- целеви субсидии от Републиканския бюджет

<sup>4</sup> Доклади от акредитационни процедури-2016, 2020 г

- отдаване под наем на активи
- дарения, помощи и др.

**Основен източник на финансиране** на „УМБАЛ – Бургас“ АД през последните години са приходите по договори с НЗОК, които представляват средно **82% от** общите приходи на лечебното заведение. **Вторият основен източник** на финансиране на „УМБАЛ – Бургас“ АД е Министерство на здравеопазването по реда на Наредба № 3 от 2019г. По този ред „УМБАЛ – Бургас“ АД получава субсидии за осигуряване на медицинска експертиза, осъществявана от ТЕЛК и за оказване на спешна медицинска помощ за пациенти със спешни състояния, преминали през спешно отделение, които пациенти не са хоспитализирани в лечебното заведение. Лечебното заведение реализира и собствени приходи: от наеми, потребителски такси, лечение на чужденци, платени медицински услуги и други.

#### **Общи данни за „УМБАЛ – Бургас“ АД**

Размер на капитала – 14 605 хил. лева, разпределени на 1 460 461 бр. поименни акции с номинал от 10 лева на всяка от тях. Собственик - МЗ – 88,24 %, останалите проценти са разпределени между Общините в Бургаска област. В „УМБАЛ – Бургас“ АД се оказва болнична медицинска помощ с Разрешително № МБ – 42/16.12.2016 г.. „УМБАЛ – Бургас“ АД има двустепенно управление – Общо събрание и Съвет на директорите (СД), който се състои от трима души – председател, заместник-председател и изпълнителен директор, които работят въз основа на договор за управление. Лечебното заведение има сключен договор с НЗОК за работа по 229 клинични пътеки, 25 амбулаторни процедури и 3 клинична процедури. Проведени са 5 акредитации на болницата, като последната е през 2016 г. – със заповед на Министъра на здравеопазването на болницата е определена акредитационна оценка за цялостна медицинска дейност – „отлична“ за срок от 5 години.

**Организационна структура.** Структурата на „УМБАЛ – Бургас“ АД е изградена в съответствие с Наредба № 49/18.10.2010 г. на МЗ, на функционално-блоков принцип, както следва:

- 1. Консултативно-диагностичен блок** – с 19 консултативни кабинети, две медико-диагностични лаборатории и четири отделения без легла;
- 2. Стационарен блок** с 537 болнични легла в 25 отделения;
- 3. Болнична аптека;**
- 4. Административно-стопански блок.**
- 5. Медико-диагностични лаборатории:**
  - Клинична лаборатория с III ниво на компетентност в съответствие с утвърдения медицински стандарт по „Клинична лаборатория“;
  - Микробиология с II ниво на компетентност в съответствие с утвърдения медицински стандарт по „Микробиология“;
- 6. Отделения без легла-пет.**
- 7. Операционен блок 13 зали в т.ч**
- 8. Отделение по спешна медицина:**
  - Шокова зала;
  - Зала за диагностично уточняване и наблюдение;

Средно месечния брой на персонала е 965 бр. от които висш с медицинско образование – 203 бр., висш с немедицинско образование – 36 бр., медицински специалисти по здравни грижи (сестри, акушерки, фелдшери, рехабилитатори, лаборанти и др.) - 401 бр., санитарни – 234 бр. и друг персонал – 91 бр. Работещите в „УМБАЛ – Бургас“ АД изпълняват трудовите си задължения въз основа на утвърдени от Изпълнителния директор длъжностни характеристики.

#### **Медикостатистически и икономически показатели**

През последните години преминалите болни в болницата са относително постоянно число средно 31108 (с изключение на 2020г. когато поради извънредната епидемиологична обстановка в страната беше преустановен плановия прием на пациенти), което показва устойчивост на предпочитанията на потребителите включително и в условията на свободен избор на територията на страната.

**Табл. № 1. Медикостатистически и икономически показатели за периода от 2016г. до 2020 г.**

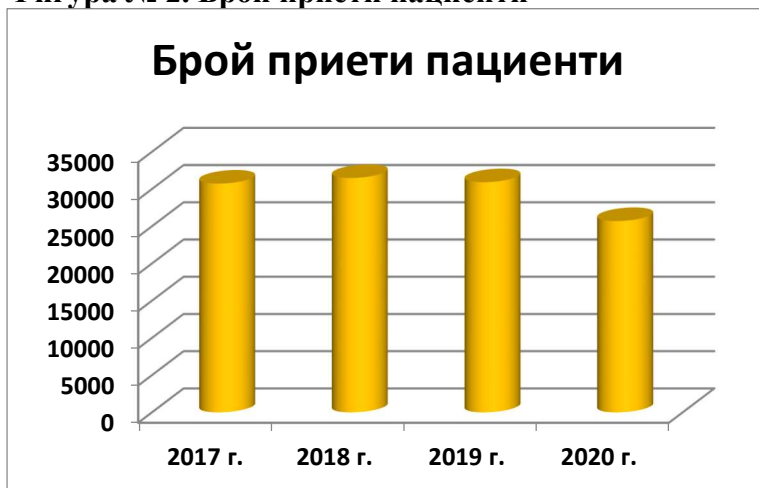
	2016 г.	2017 г.	2018 г.	2019г.	2020г.
<b>Среден брой легла</b>	508	498	526	542	568
<b>Брой преминали болни</b>	30 802	30 956	31 701	31129	25886
<b>Брой леглодни</b>	120666	128786	132646	131829	119576
<b>Използваемост на леглата - %</b>	64,9	70,7	69,1	66,6	57,5
<b>Използваемост на леглата - дни</b>	237,5	258,6	252,2	243,2	210,5
<b>Оборот на едно легло</b>	60,6	62,2	60,3	57,4	45,6
<b>Среден престой на един болен в дни</b>	3,9	4,2	4,2	4,2	4,6

Запазва се и средният престой на преминал болен. При среден престой около 4,2 календарни дни (4.7 за този тип болници). Не се наблюдават хиперхоспитализации, подобно на други болници на територията на страната. Влиянието на конкурентни структури също не е изразено в намаляващ брой на приетите болни. Болничният капацитет позволява нарастване на приетите болни с 10 до 20%, като е необходимо да се запази известен резерв в легловия фонд за обслужване на спешни и непредвидени случаи. Използваемостта на леглата също се запазва относително постоянен (средно 65.7 %) и в сравнение с този тип ЛЗ има по-висок% (62.6).

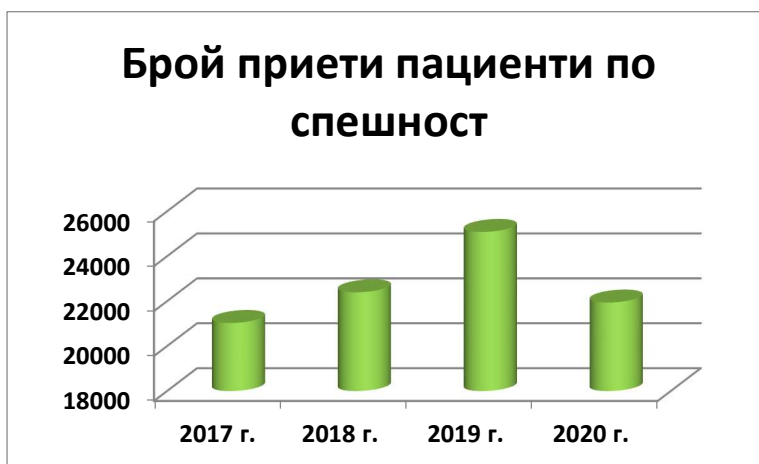
**Фигура №1 Средногодишен брой легла**



Фигура № 2. Брой приети пациенти



Фиг. № 3. Брой приети по спешност



Фиг. №4. Брой преминали болни



Фиг. № 5. Използваемост в %



Фиг. №14. Общ брой операции



Табл. №2. Икономически показатели на „УМБАЛ-БУРГАС“ АД 2017-2020 г.

Показатели	2017 г. (лв.)	2018 г. (лв.)	2019 г. (лв.)	2020 г. (лв.)
Стойност на 1 леглоден	212.73	213.27	232.56	297.53
Стойност на 1 леглоден	19.59	20.04	21.19	25.85
Стойност на ден за медицински консумативи	20.31	17.39	18.20	22.09
Стойност на 1 преминал болен	885.02	892.37	984.87	1374.37
Стойност на 1 храноден	2.72	1.85	1.80	2.17

Видно от приложените данни, информационната система позволява събирането и анализирането на данни, касаещи натуралните показатели на лечебното заведение. Сравнителната таблица за 3-годишен период 2017 г. – 2020+ г. и показва, че лечебното заведение като цяло има показатели за дейност, **които са относими към средните показатели за дейност за страната за този вид лечебни заведения:**

- ✓ средно за Областните МБАЛ в страната използваемостта е 63.3% (при средна използваемост за периода в болницата 65,5 %);
- ✓ оборотът е 48 преминали болни на едно легло (при среден оборот за периода за болницата 57 болни);
- ✓ средният престой е 4,8 дни ( при среден престой 4,2 в лечебното заведение);
- ✓ леталитетът е 1,9 % (в болницата средно за периода е 2,9 %). Изключение прави смъртността, която се дължи на увеличената смъртност от Covid 19 през 2020 г. Стационарен блок е с 537 легла, заделените легла за Covid 19 през 2020 г. средно са били 21%, а смъртността малко по-вече от 3%.
- ✓ Средногодишният брой на леглата за наблюдавания период е 521 легла.

Информационната система на болницата предоставя подробна информация за стойностите на храноден, лекарстводен, стойност на преминал болен, стойност на леглоден и др.

- ✓ Разходът на един преминал болен средно за страната за областни болници е **730.61 лв.** - при среден разход на болницата за един преминал болен –**1034,15 , т. Е около 7% по-висок.** Това се дължи на по-високата стойност на леглоден и лекарстводен.
- ✓ Стойност на един леглоден за страната е **151,06 лв.**, за болницата –**239, 02лв.**;
- ✓ Стойност на един лекарстводен за страната – **16.20 лв.**, за болницата – **23,94 лв.**;
- ✓ Стойност на един храноден за страната - 2.20 лв., за болницата – 2.13 лв.

## **2.2.Анализ на резултатите от анкетно проучване №1 „Мнение на пациентите за качеството на медицинското обслужване**

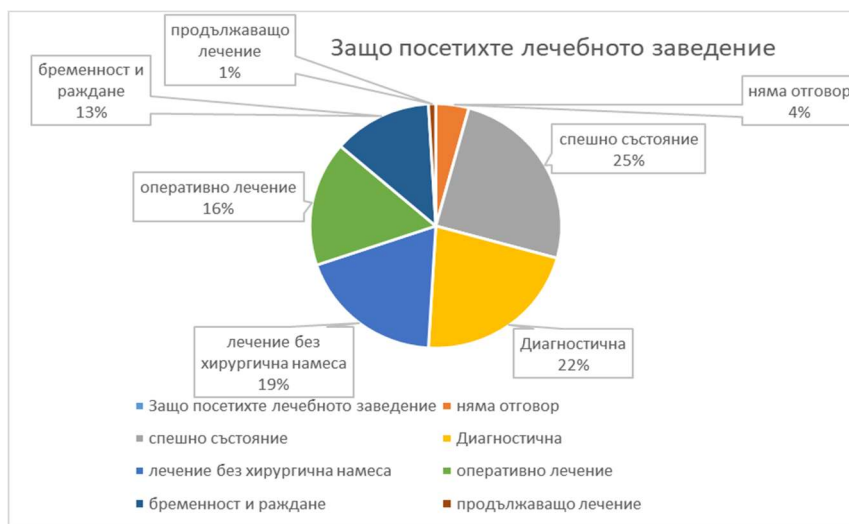
Въпросникът/анкетата включва няколко секции:

- Въпроси, осигуряващи информация за профила на пациента и здравната услуга за която дава обратна връзка: възраст, пол, образование, опит като пациент и др., но не позволява неговата идентификация.
- Въпроси, осигуряващи системата от индикатори за удовлетвореност на пациента.
- ✓ Достъпност и комфорт – достъпна среда, битови условия, храна, хигиена;
- ✓ Качество на медицинското обслужване, в т.ч. персонал, апаратура, организация на работа;
- ✓ Комуникация и информация, в т.ч. информирано съгласие и възможност за пряк контакт с медицинските специалисти;
- ✓ Обща удовлетвореност от предоставената услуга;

Проучването е извършено в периода август 2019 г.-декември 2019 г. на **213** лица на хартиен носител в следните отделения на УМБАЛ Бургас. Най-много пациенти попълнили въпросника са в Гинекология, Спешна хирургия, Родилно отделение и Ревматология. Възрастовата група най-често посещавали болнично лечебно заведение са пациенти между **30-49г. (39%)**, следвани от **50-69 г. (31%)** (т.е в **работоспособна възраст**), **75% са жени** и **52 %** от анкетираните са със средно образование. От анкетираните **84% са пациенти** и **16% близки и роднини**.

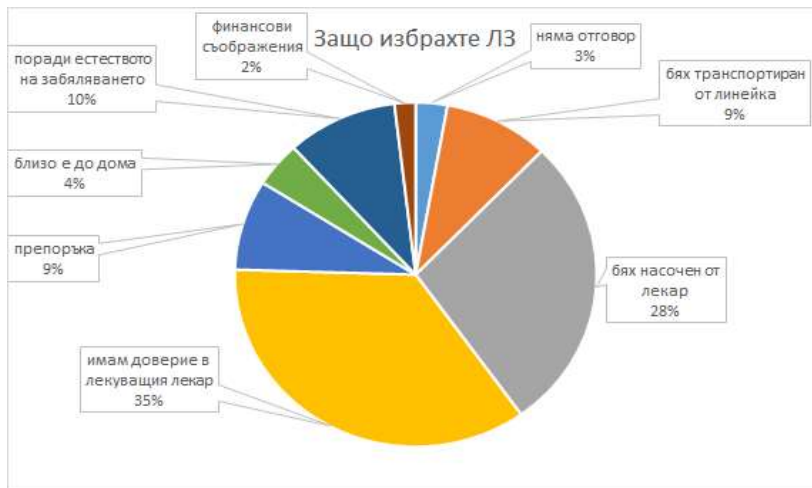
Потърсената медицинска помощ, основно е по повод спешно състояние, следвано от диагностика, хирургично заболяване за консервативно лечение, оперативно лечение и най-малко за долекуване. Това кореспондира с характеристиката на лечебното заведение като такова за активно лечение и по-големия брой анкетирани от тези отделения.

**Фиг. №15. Причина за посещение в лечебното заведение**

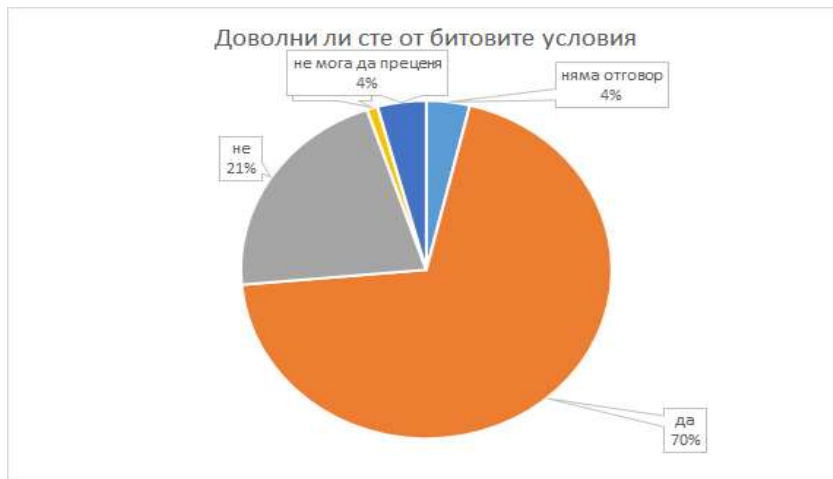


Около **86%** са заявили, че през годината са посетили **рядко лечебното заведение**, 5% веднъж месечно, а **изборът** е зависил от доверието в екипа, насочен от лекар, естеството на заболяването, препоръка от близки. Удовлетвореността от достъпността до лечебното заведение **-59 % са доволни и в 27% по-голяма степен доволни**, докато 10 % не могат да преценят, а изцяло недоволни и в по-голяма степен недоволни са 1-2 %. По отношение **достъпността за хора с увреждания, в 60% са доволни**, но тук % на не изцяло, не и не мога да преценя е по-голям 14%. **Удовлетвореността от битовите условия, техническата обезпеченост и хигиена е между 70-80%** което говори за добър мениджмънт на условията в които се предоставя медицинската помощ. Обезпокоителен е факта за **удовлетвореността от храната, тук над 50% са недоволни или не могат да преценят и само 35% са доволни**.

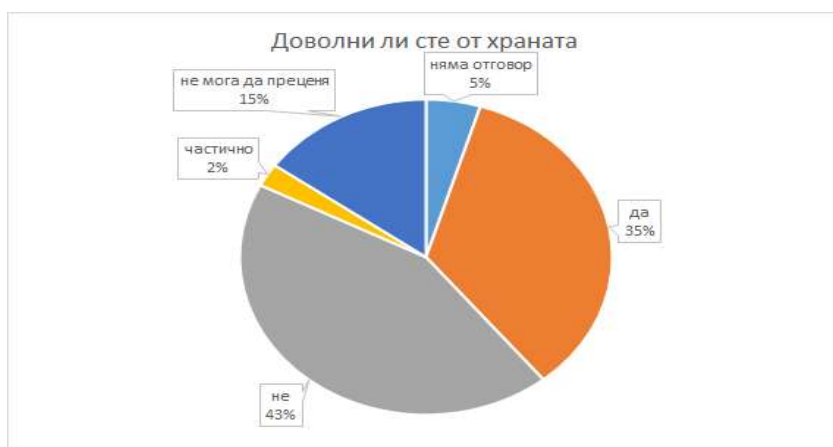
Фиг.№16. Причина за избор на ЛЗ



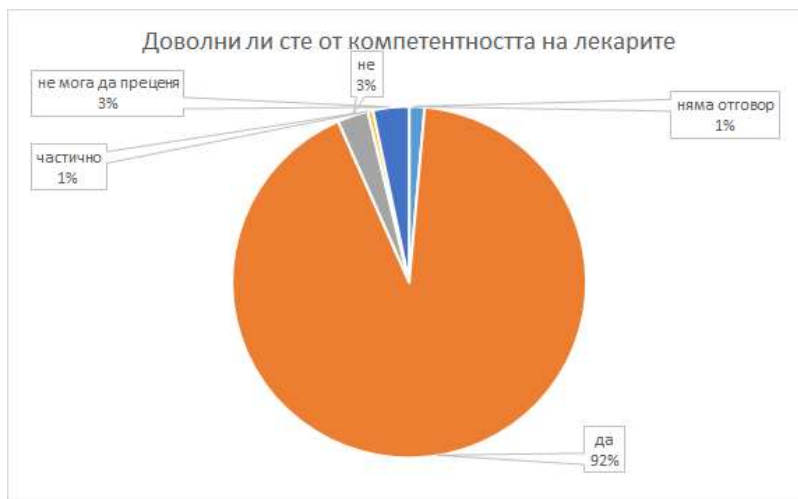
Фиг.№ 17.Удоволетвореност от битовите условия



Фиг.№ 18.Удоволетвореност от храната



**Фиг.№ 19.Удоволетвореност от компетентността на лекарите**



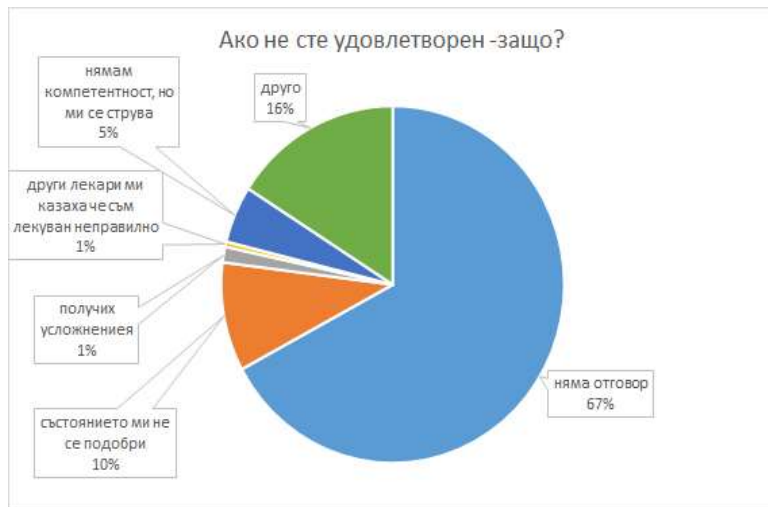
**Фиг.№ 20 Удоволетвореност от дейността на специалистите по здравни грижи**



**Фиг.№ 21.Обща удовлетвореност**



Фиг.№ 22. Причини за неудовлетвореността



Много висока над 90% е удовлетвореността от компетентността на медицинските екипи от медицинските грижи., от отзивчивостта, предоставянето на достатъчна информация, вниманието, обясненията и въобще от комуникацията. При 65% е нямало заплащане, а при 23 с информация и само при 3% без да е обяснено. На следващия въпрос, еднакъв 17% отговарят защо са недоволни и причините са както от субективно естество, така и поради наличие на усложнения, докато 67% нямат отговор, което е логично т.к кореспондира с положителните отговори на зададените по-горе въпроси..

На разновидностите на въпросите за удовлетвореността, пациентите считат че добрата медицинска грижа, предоставяне на ясна и разбираема информация, вниманието и доброто отношение, съвременното оборудване и организацията на работа са от най-съществено значение. Позитивна е нагласата на пациентите, че работата и резултатите в лечебното заведение могат да бъдат подобрени в 42 % да и в известна степен 34% и препоръчват в 72% същото лечебно заведение . Пациентите в 30%, не вярват, че ако изразят недоволство от медицинската услуга, това ще доведе до съществена промяна и най – често 60% ако са недоволни се обръщат към самото лечебно заведение.

Фиг.№ 23.Към кого се обръщате за да изразите недоволство ?



На базата на анализираната информация от обратната връзка с пациентите и определените индекси и нива на удовлетвореност на пациентите може да се определят конкретни аспекти на медицинското обслужване, които имат най-ниски нива на удовлетвореност и предложения за подобрения, предложени от пациентите в рамките на обратната връзка. Общото заключение е за добро качество и удовлетвореност от медицинската грижа УМБАЛ Бургас, с изключение на храненето и отчасти организацията. Получената информация от спонтанната обратна връзка с пациентите може да се използва като допълващ елемент към информацията за оценката на риска за качеството и безопасността и да се постигне синергичен ефект по отношение на ефективно планиране на контролните дейности от структурите, отговорни за тази дейност.

### **2.3 Анализ на резултатите от Анкетно проучване №2 – „Мнение на персонала в УМБАЛ Бургас по отношение предизвикателства в управлението и трудности в работния процес“.**

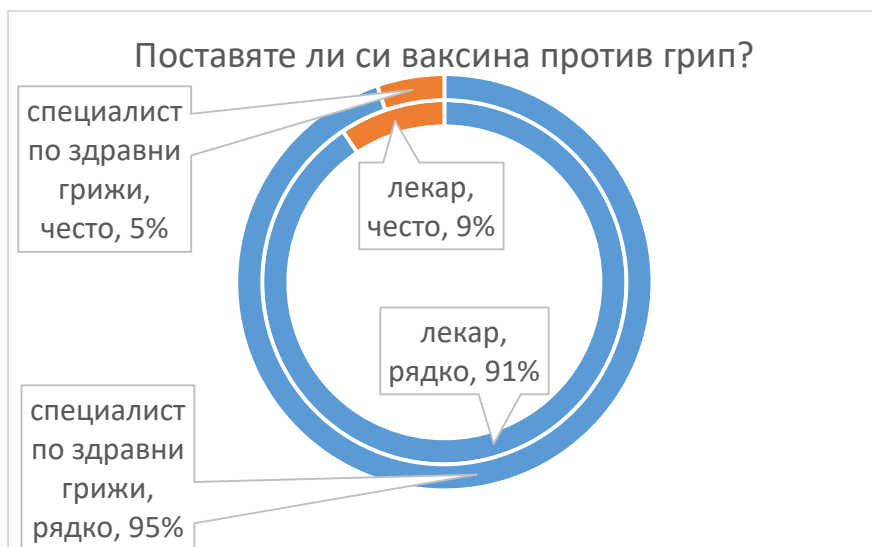
Демографска структура на анкетиранияте: В проучването участват **265 лица, от които 222 жени (83,8%) и 43 мъже (16,2%)**. Възрастовият диапазон е от 20 до над 60 г., като най-висок процент са между **40-50 г.(28,4%)**, следвани от **50-60 г.(23,1%)**, над **60г.(18,9%)** и **най-нисък между 20-30г.(9.1%)**. Най-голям брой – **110 лица (43,5%) са с образование магистър**, следвани от **95 (37,5%) с бакалавър** и **44 (17,4%) – със специално образование**. Образованието отговаря на заеманите длъжности. **Специалистите по здравни грижи са 57% от анкетиранияте.**

#### **Рискове, свързани с ваксинално покритие и кръвнопредавани инфекции**

В разглежданата анкета два въпроса проучват ваксиналното покритие на анкетиранияте лица за инфлуенца вирус и вирус на хепатит В. Ежегодните пикове на грипните вируси са свързани със сериозни последствия, както за пациенти, така и за персонал и техните семейства и близки контакти – тежко влошаване на хронични заболявания, увеличена честота на хоспитализация и престой в интензивни отделение, завишена смъртност. Емоционалните и финансовите загуби са огромни. Ежегодната ваксинопрофилактика се е доказала със своята ефективност, особено сред рисковите групи от населението.<sup>5</sup> От друга страна, хепатит В продължава да е една от най-опасните и коварни кръвнопредавани инфекции със своите продължителен латентен период, тежки последствия и липса на лечение. При него ваксинопрофилактиката е приета като златен стандарт за медицинския персонал (Center for Disease Control and Prevention, 2019).

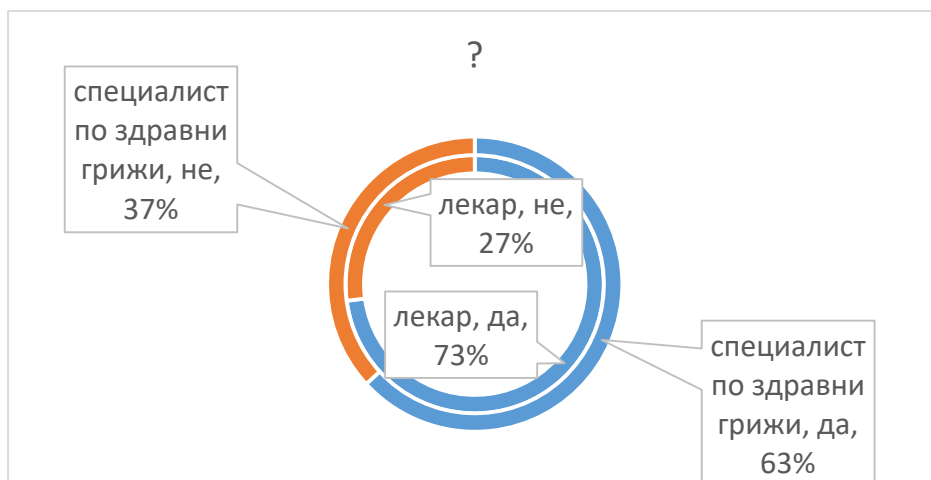
<sup>5</sup> (European Centre for Disease Prevention and Control, 2018r

Фиг. № 24. Поставяте ли си ваксина против грип?

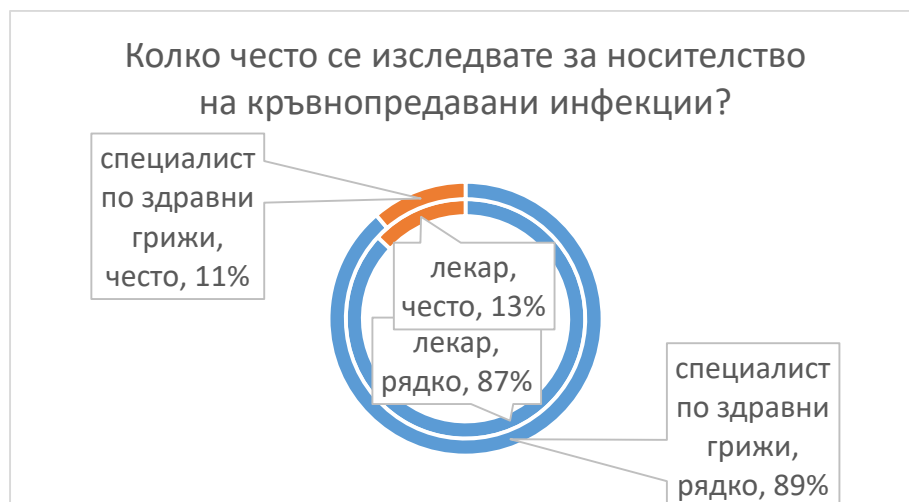


От данните от анкетираните лица е вижда, че едва **5% от специалистите по здравни грижи и 9% от лекарите си поставят регулярно и планово ваксина против грип.** Много голяма част – **95% от специалистите по здравни грижи и 91% от лекарите никога не си поставят такава ваксина.** Данните са сходни за двете групи работещи лица, като няма значителна разлика в разпределението на процентите за различните отговори. Това сочи, че като цяло персоналът от всички нива на дейност подхожда с приблизително еднаква нагласа към тази ваксинапрофилактика с всички произхождащи последствия – здравословни и финансови, засягащи както професионалиста и неговите близки, така и работодателя. Резултатите от анкетираните лица по отношение на ваксиналното покритие за **хепатит В се различават по отношение на тяхното разпределение между групите на специалистите по здравни грижи и лекарите.** В този случай се наблюдава **изразен превес на ваксинираните лица в групата на лекарите – 73% спрямо групата на специалистите по здравни грижи – 63%, т.е. около 10% по-ниско покритие във втората група.**

Фиг. № 25. Имате ли поставена ваксина против хепатит Б (3 приема)?

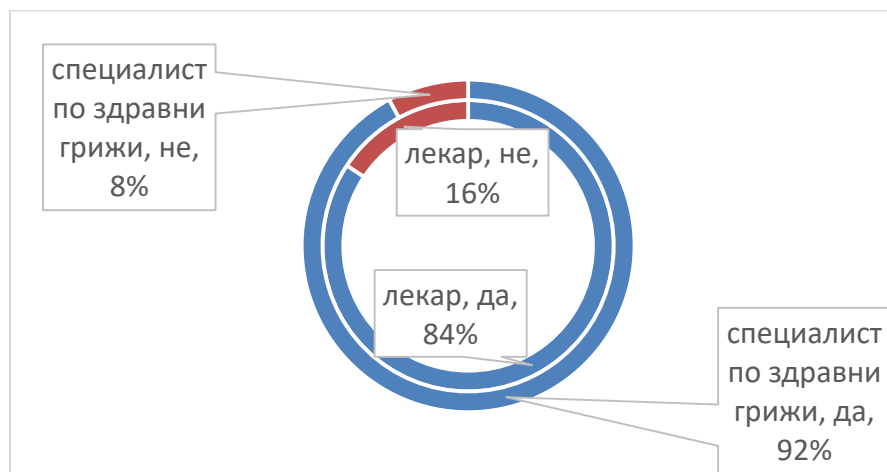


**Фиг.№ 26. Колко често се изследвате за носителство на кръвнопредавани инфекции?**



Забележително е, че едва **11%** от специалистите по здравни грижи и **13%** от лекарския персонал се изследва регулярно и планово. Също така **89%** от специалистите по здравни грижи и **87%** от лекарите го правят рядко. Това е един огромен процент от персонала, което демонстрира както общото възприятие и разбиране за кръвно предаваните инфекции и ваксинопрофилактиката, така и очертава много големия риск, сигурността и безопасността за пациентите, за медицинските специалисти и за работодателя. Наясно със стандартните процедури при убождане и порязване са над **84%** от анкетираните, което е сравнително добър показател, но не корелира с по-горния извод и предполага задълбочени проучване на този факт.

**Фиг. № 27. Запознати ли сте със стандартната процедура при възникване на експозиция чрез убождане или порязване.?**

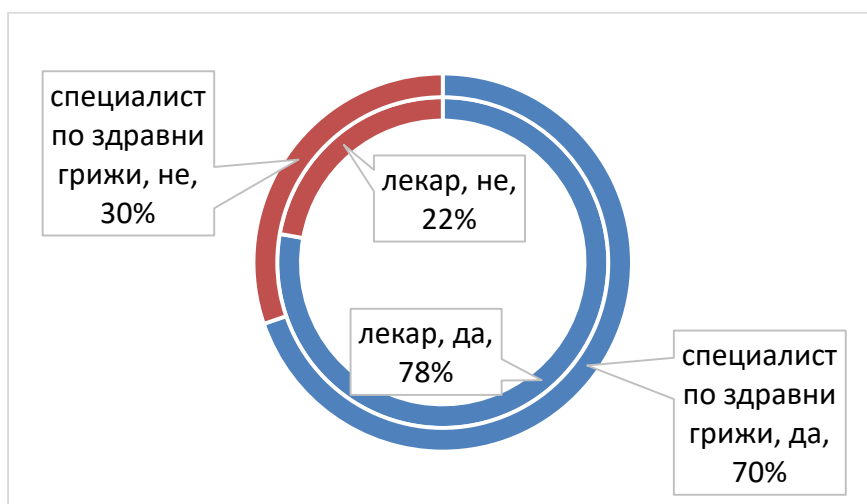


**Следващата група въпроси е отнасят към организацията и поведението на персонала по време на епидемията от COVID-19**

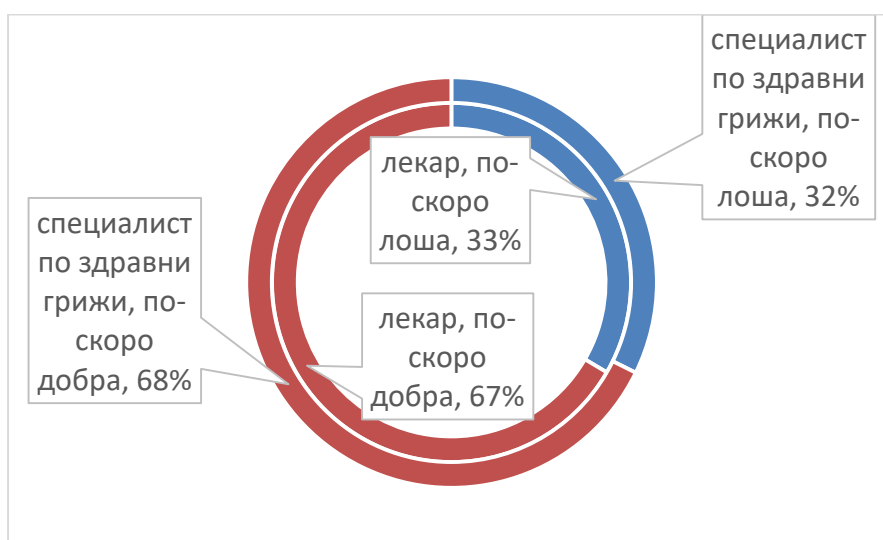
Пандемията Covid-19 постави здравните системи в Европа пред значително изпитание. Тя има разрушително въздействие върху: общественото здраве; преждевременна смъртност и

икономическа дейност както в държавите-членки, така и между тях<sup>6</sup>. Последниците от тези въздействия са различни в различните страни, но основните принципи остават същите. Почти еднакъв процент от лекарите и специалистите по здравни грижи считат **70% считат че са нямали достатъчно предпазни средства и около 20-30% са имали**, която постепенно се е подобрила. Голяма част от персонала считат, че основните **проблеми по време на пандемията са организационни (52%) и финансови (14%)**. Те се изразяват в **липса на предпазни средства в началото на пандемията (70%), липса на подготовка за работа в екстремна ситуация (52%), липса на подготвени кадри**. Остава огромно предизвикателство как ще бъде планиран, осигурен, мотивиран и задържан най-важният ресурс- човешкият капитал. Пандемията постави много принципни въпроси- общочовешки, политически, икономически и други, но най-вече фокусира вниманието върху въпросите колко устойчиви са нашите системи и по-специално, здравеопазната система. Реалният 'стрес-тест' демонстрира кои са слабостите не само в България, но и на европейско и глобално ниво, а именно, това е недостигът и неефективното управление на здравните ресурсите.

**Фиг. № 28. Имаште ли недостиг на ЛПС на вашето работно място?**

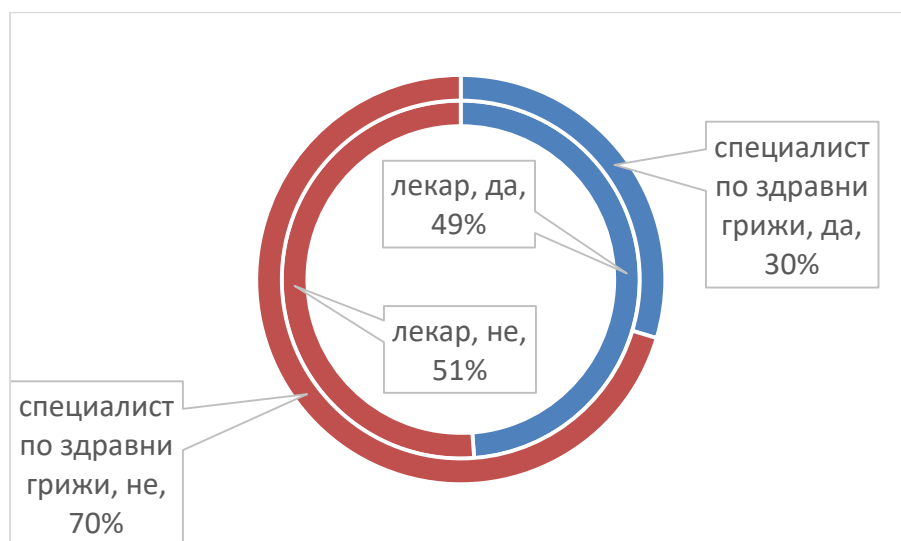


**Фиг. № 29. Към този момент каква е ситуацията с обезпечаване с ЛПС?**

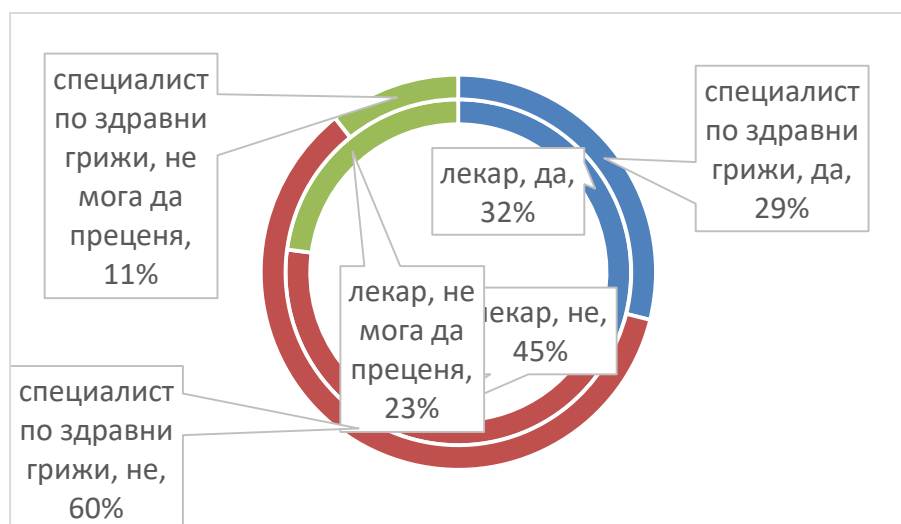


<sup>6</sup> ([www.uemo.eu](http://www.uemo.eu)) 2020

**Фиг. № 30. Вие лично участвали ли сте в диагностично-лечебния процес?**



**Фиг. № 31. Подготвени ли сте да работите в условията на епидемична обстановка като тази от COVID -19 ?**



Отговорите на персонала не са еднозначни. Както лекарите така и специалистите по здравни грижи считат, че най сериозни са предизвикателствата в **организационен аспект-70%** от лекарите, докато при сестрите този отговор е при **46%**. Това се дължи може би на факта, че 27% от сестрите не могат да преценят. Висок е процентът и отговорът свързан с **финансови проблеми при специалистите по здравни грижи-17%**. Морално-етичните проблеми като предизвикателство заема едва 7-10%.

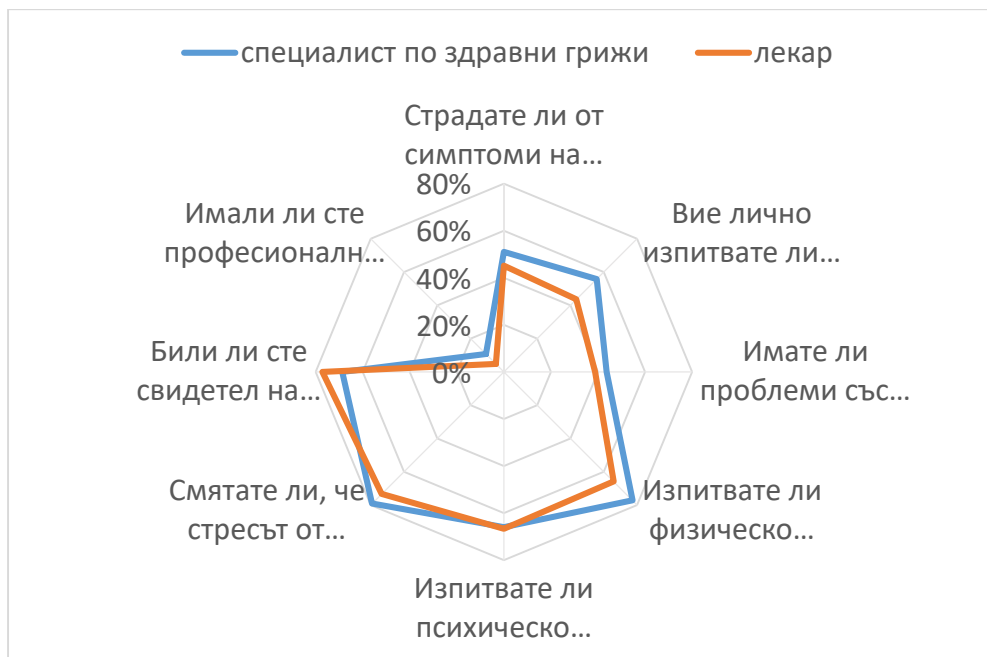
**Фиг. № 32. Най-сериозните предизвикателства в работния процес?**



### Съвременната болест – синдром на изпепеляването

Третата група въпроси представят интересен поглед върху един съвременен проблем, който е изключително болезнено разпространен сред медицинските специалисти- синдромът на изпепеляването и на т. нар. професионално изчерпване. Въпросът предоставя само два закрити отговора „Да“ и „Не“, според които участниците трябва да отговорят дали по своята собствена преценка страдат от симптомите на това заболяване. Безпокойство бележат отговорите, според които от **64% до 71% от анкетираните изпитват физическо и психическо изтощение след работа**, а **47% се самоопределят като страдащи от този синдром**. Синдромът на изпепеляването до голяма степен е свързан и с все по-напрегнатия свят в който живеем – пациентите са все по-негативно настроени, а обществото и медицинските специалисти вече не проявяват търпимост към здравеопазването като цяло. Това води със себе си множество конфликтни ситуации, като в последните години зачестиха и тежките агресивни прояви на работното място. Агресията на работното място е един доста натежаващ рисков фактор, който е взаимосвързан и с бърнаут синдрома. Отбелязваме, че агресията е посочена като вербална и/или физическа. Тревожен е фактът, че **68% са свидетели на вербална /физическа агресия, което 72% от анкетираните считат за негативна последица върху здравето им**.

**Фигура № 33. Страдате ли от симптоми на бърнаут синдром?**



### Безопасност на работното място

В днешно време темата за безопасността на работното място е неделима част от ежедневието на всеки съвременен човек. Здравните заведения носят значими рискове за своя персонал, като често тези рискове се представят и под формата на трудова злополука. Четвъртата група въпроси се отнасят към темата дали някога анкетиранията са ставали жертва на подобен инцидент, както и се прави връзка с въпроса за допълнителна професионална застраховка. От анкетиранията **9% заявяват, че са имали травма на работното място, същевременно 83% нямат допълнителна здравна застраховка.** Допълнителната професионална застраховка навлиза едновременно с тенденцията за съдебни искове в здравеопазването, която устойчиво и с големи темпове расте и в нашата здравна система. Тя се предпочита от медицински специалисти в инвазивни специалности, при които има по-голям професионален риск. Служителите, които вече са преживели трудова злополука, са много по-склонни да сключат допълнителна професионална застраховка. Може да се разсъждава по въпроса дали вече преживяното негативно събитие стимулира служителите да се защитят чрез този инструмент и дали е нужно да има негативно преживяване, за да се вземат мерки за бъдеща защита.

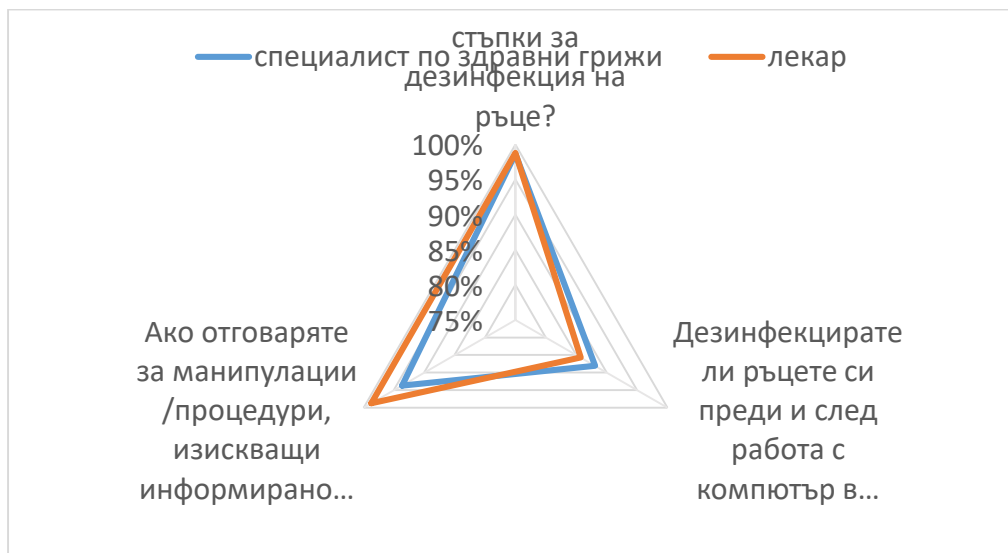
### Дезинфекция на ръце

В анкетата фигурират два въпроса, които са насочени към рисковете на работното място, свързани с дезинфекция на ръце. Прави впечатление разликата в отговорите при дезинфекция на ръцете за работа с пациент и за работа с компютър. Персоналът значително подценява работата с компютър като източник на инфекциозни агенти, и 13% отговарят, че никога/рядко дезинфекцират ръцете си преди работа с него, докато при работата с пациент такъв отговор са дали 0,4% от анкетиранията. **Има огромна разлика в процента служители, които са дали отговор „Винаги“ – цели 81% винаги дезинфекцират ръцете си при работа с пациент, докато при работа с компютър този**

**отговор посочват едва 49%.** Според Центъра за контрол и превенция на заболяванията (CDC), зоните, които се докосват с ръка, като тези на работните места на медицинската сестра, могат да допринесат за вторично предаване чрез замърсяване на ръцете, които впоследствие контактуват с пациенти. Често употребяваната апаратура, като например компютър, в едно здравно заведение, е значителен източник на инфекциозен риск, както за персонала, така и в следствие за пациентите.

Последната група въпроси касаят цялостната оценка на условията на труд: сграда, битови условия, информационни технологии, сигурност и защитеност на работното място. Еднакъв отговор дават **1/3 от анкетиранияте на въпроса за оценката общо на сградата-добра, много добра и слаба.** Същите пропорции се намират и в отговора за битовите условия- по 30%, което е логично и предполага активно поведение от страна на мениджмънта за подобряване на условията, в която работят медицинските специалисти.

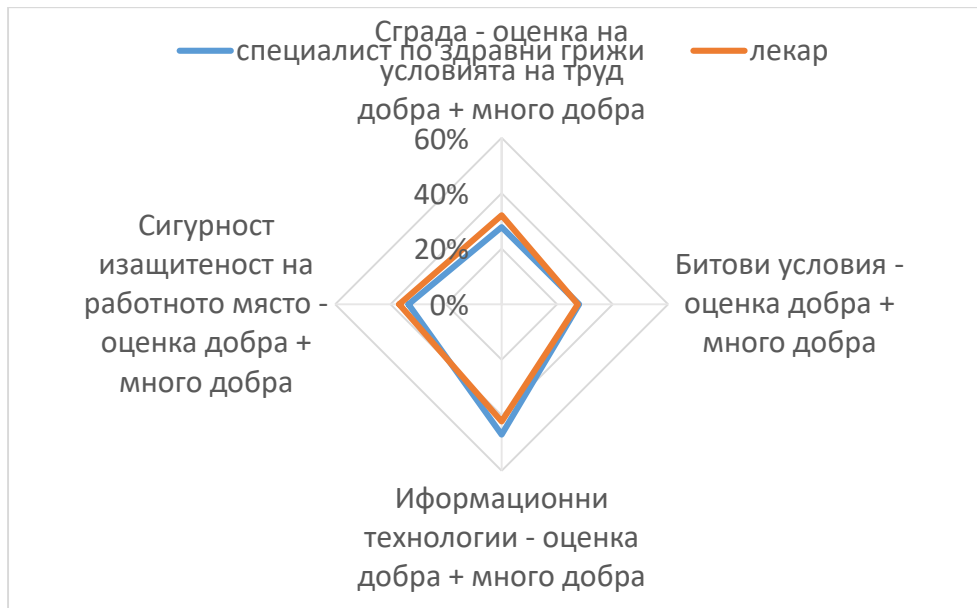
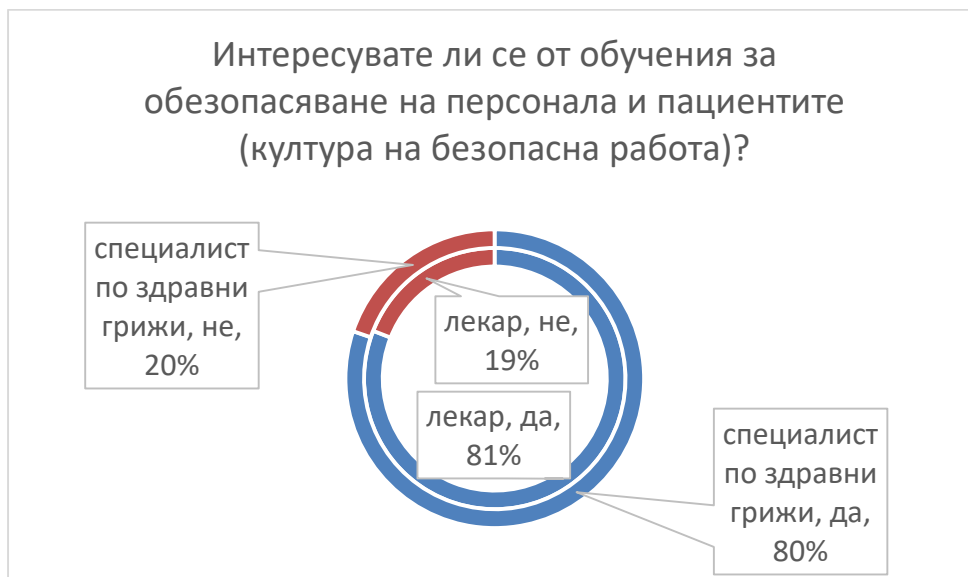
**Фиг.№ 34. Процедури при дезинфекция на ръце**



Отговорите на въпроса за сигурност и защитеност на работното място будят тревога, защото **29% считат, че не са защитени, а едва 35% са сигурни за своята безопасност.**

### Допълнителни обучения

Въпросът, свързан културата за безопасност на работното място е може би най-важният от цялата анкета. Той обективизира желание за допълнително обучение в сферата на безопасни условия на труд и управление на риска. От анкетиранияте лица 80% се интересуват от подобно обучение, докато 19% – не. Това сочи желанието на екипа да подобри своите възможности, да се запознае с допълнителна информация, да получи обучение и практически занятия в сферата на риск мениджмънта. Редно е ръководството да оползотвори на максимум този потенциал и да насочи работата в здравното заведение и служителите в него към едно позитивно надграждане на настоящите възможности, към гарантиране на по-добро здравословно състояние за персонал и пациенти, към спестяване на финансови ресурси и към визия в бъдещето.

**Фиг.№ 35. Сигурност и защитеност на работното място****Фиг.№ 36. Обучение за безопасна работа**

## 2.4 Индикатори, за оценка на риска на качеството на медицинското обслужване в УМБАЛ Бургас и оценка на риска в СПО, ХО, АГО

Моделът за рисков базиран надзор на качеството на медицинското обслужване е необходим, за да допринесе за подобряване на резултатите на лечебното заведение, изразяващо се във високо ниво на качество и безопасност на осъществяваните медицински дейности и удовлетвореност на потребителите на техните услуги. Предлаганият от нас опростен модел за оценяване на риска е лесноприложим, позволява добро обективизиране на резултатите в проблемните по отношение на риска области, сравнимост на оценките между отделните структури и възможност за проследяване в динамика. За болничните лечебни заведения могат да бъдат използвани следните индикатори:

**Общи показатели за дейност и капацитет** – брой преминали болни, брой легла, проведени леглодни, използваемост на леглата, болничен леталитет, вътреболнични инфекции, икономически показатели за дейност – средна стойност на леглоден, лекарстводен, храноден и др. Показатели за осигуреност с персонал – осигуреност с лекари и специалисти по здравни грижи.

**Показатели за ресурсна осигуреност** – материално-технически, информационни, финансови или др. Периодът на събиране на данните бе 2019-2020г. от информационната система на УМБАЛ .

**Специфични показатели за качество на медицинските дейности** – време за чакане, болничен леталитет за определени групи – бременност и раждане, постоперативен леталитет на оперирани болни, леталитет в зависимост от фазите на лечение, усложнения от проведено специфично лечение. Всеки индикатор има определен начин на изчисление, гарантиращ съпоставимост на резултатите. Към тази група показатели са включени и показателите за постъпили и разгледани жалби. Данните са в резултат на попълването чек листи в проследяваните отделения/клиники а именно СО, ХО, ГО, РО за период от 11 месеца.

**Табл. № 3. Специфични индикатори наблюдавани в УМБАЛ „ Бургас“ за 2020 г**

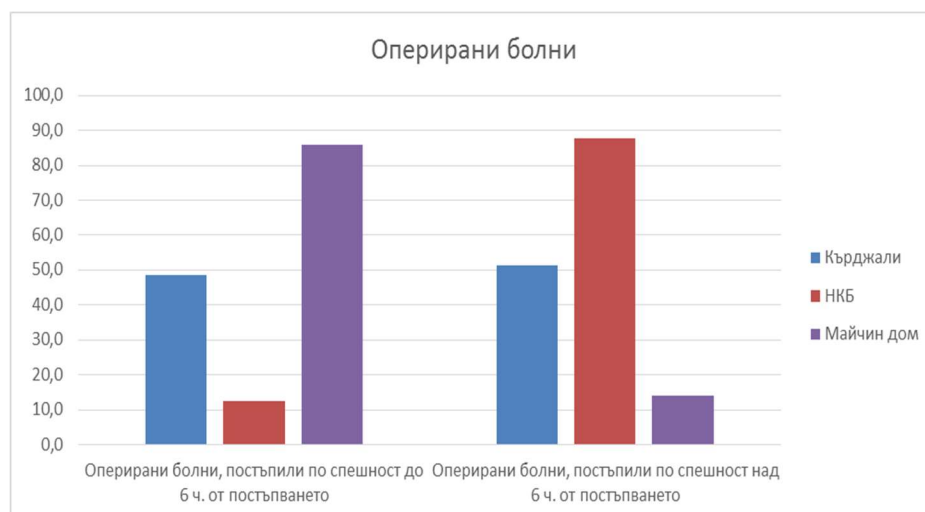
	Индикатори	Начин на изчисление		
1	Средно време за чакане при планова хирургия и терапевтични специалности <i>(по видове процедури; по специалности)</i>	Общото време за чакане, разделено на броя записани в листа за чакащи	4,2 дни	
2	Разпределение на оперираните болни, постъпили по спешност според срока на извършване на операцията: - до 6 ч. от постъпването - над 6 ч. от постъпването	Броят болни постъпили по спешност, оперирани в съответния срок след постъпването, умножен по 100 и разделен на общия брой на оперираните болни, постъпили по спешност	24% до 6 ч.  76% след 6 ч.	
3	Средно време за чакане в спешно отделение	Общото време за чакане в спешно отделение, разделено на броя преминалите	33 мин	9 м-20 мин окт. - 60 мин ноември-120
4	Средна продължителност на болничния престой	Общият брой проведени леглодни, разделен на броя преминали болни	4,2 дни	
5	Предоперативен престой	Броят леглодни, проведени от болните до извършване на операция, разделен на броя оперирани болни, напуснали стационара	0,87 дни	

6	Следоперативен престой	Броят леглодни, проведени от болните след извършване на операция, разделен на броя оперирани болни, напуснали стационара	2,7 дни	
7	Брой преминали в спешно отделение	За 11 месеца	32016	
8	Болничен леталитет общо	За 11 месеца	3,9	2,6 дни за 4 год.
9	Брой изписани и починали пациенти	За 11 месеца	24001	
10	Брой починали пациенти	За 11 месеца	871	
11	Болничен леталитет - преди започване на основното лечение; - по време на основното лечение без регистрирано усложнение; - по време на основното лечение, с регистрирано усложнение	Броят починали болни в стационара, умножен по 100 и разделен на броя напуснали стационара болни	0 болни 712 болни 13 болни	1,2% 2.3%
12	Брой преминали през стационара болни	За 11 месеца	27577 пациенти	
13	Брой оперирани в стационара болни	За 11 месеца	6867	
14	Постоперативен леталитет на оперираните болни	За 11 месеца Броят на умрелите болни по време и след операцията, умножен по 100 и разделен на оперираните болни напуснали стационара	29 болни	0.4%
15	Общо родилки за периода	За 11 месеца	1546	
16	Честота на умрели бременни, раждащи и родилки	Броят умрели бременни, раждащи и родилки, умножен по 1000 и разделен на броя на родилките	1	
17	Перинатална смъртност	Броят мъртвородени и умрели до 7-ия ден след раждането деца, умножен по 1000 и разделен на броя родени		1,2 %.

18	Раждания с усложнения	Броят раждания с усложнения, умножен по 100 и разделен на общия брой раждания	205	7,5%
19	Раждания с цезарово сечение	Броят раждания с цезарово сечение, умножен по 100 и разделен на общия брой раждания	374	41%
20	Общ брой родени деца		1567	
21	Брой недоносени деца за периода		152	
20	Болничен леталитет при недоносени деца	Броят умрели недоносени деца в стационара, умножен по 100 и разделен на броя родени недоносени	6 деца	3,8%
21	Болничен леталитет при доносени деца	Броят умрели доносени деца в стационара, умножен по 100 и разделен на броя родени доносени	2 деца	0,1%
22	Брой болните с постоперативни усложнения РО	За 11 месеца	19 пациенти	0,3%
23	Болничен леталитет при остър миокарден инфаркт	За 11 месеца	3 пациенти	16% 157%.
24	Брой болни с остър миокарден инфаркт за периода	За 11 месеца	19 пациенти	
25	Болничен леталитет при инсулт	За 11 месеца	94	9% 866%.
26	Брой болни с инсулт за периода	За 11 месеца	1084 пациенти	

За сравнение на някои от болничните специфични показатели използвахме данните от информационните масиви на други болнични заведения, включени в проекта на ИАМО.<sup>7</sup> На всички БЛЗ са раздадени еднакви чеклисти, съдържащи едни и същи показатели (**Приложение 1**). Различията в информацията се получава от различното портфолио на лечебните заведения. За сравнимост сме приели УМБАЛ „Ангел Дафовски“ и структурата по АГ.

<sup>7</sup> Проект „Социални иновации в Изпълнителна агенция „Медицински одит“, финансиран от Оперативна програма „Развитие на човешките ресурси“, 2014-2020, съфинансирана от Европейския съюз чрез Европейския социален фонд, регистрационен номер на договора: BG05:9OP001-4.001-0079-C01

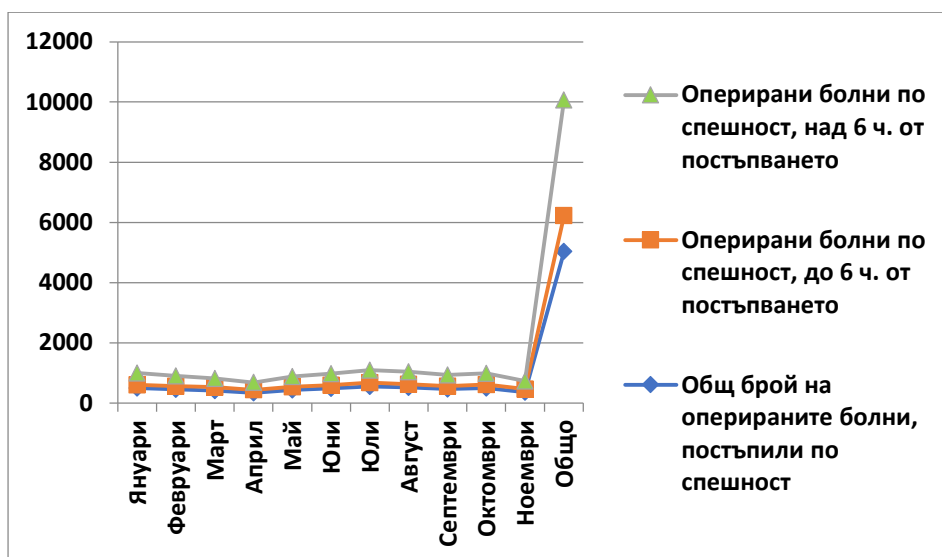
**Фиг. № 37. Оперирани болни до 6 часа/след 6 часа**

Оперирани в УМБАЛ „Ангел Дафовски – Кърджали, до 6 часа са под 50%, което е логично, тъй като тук влизат и приетите по спешност и за другите отделения, като хирургия, ортопедия и др. В УМБАЛ Бургас само 24% от постъпилите по спешност са оперирани до 6 ч., а 76% след 6 час. Този показател в сравнение с идентичната болница не е много добър, което вероятно е свързано с организацията в спешното отделение.

**Фиг. № 38. Средно време за чакане в спешно отделение**

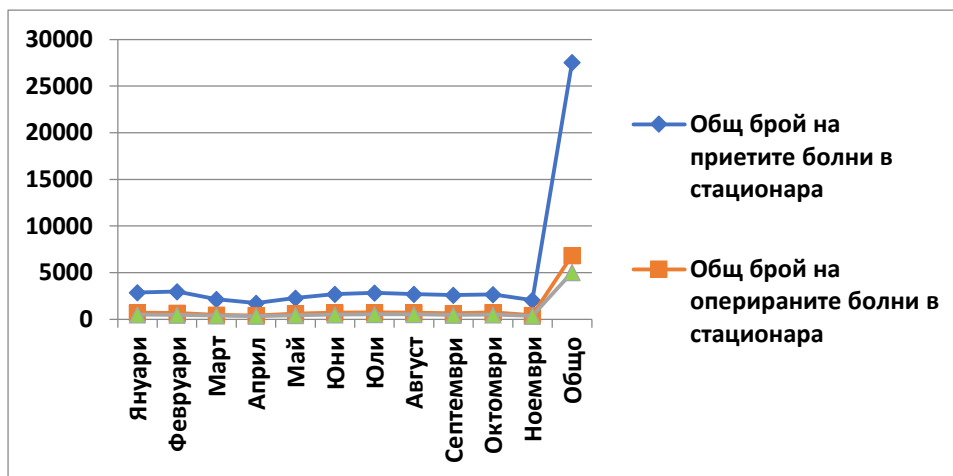
Това се потвърждава и от времето за чакане в СО, 20 мин. в УМБАЛ Б-с срещу 12 мин. в Кърджали. В Кърджали оперираните с цезарово сечение са 44,5%, в УМБАЛ Бургас – 41% и в двата случая се наблюдава така нареченият „цезаризъм“, което е изключително рисков показател, т.е. стойността около 50% от всички раждания е стойност, идентична с честотата на ЦС в национален мащаб.

Фиг.№ 39. Оперирани болни до 6ч. и след 6 ч



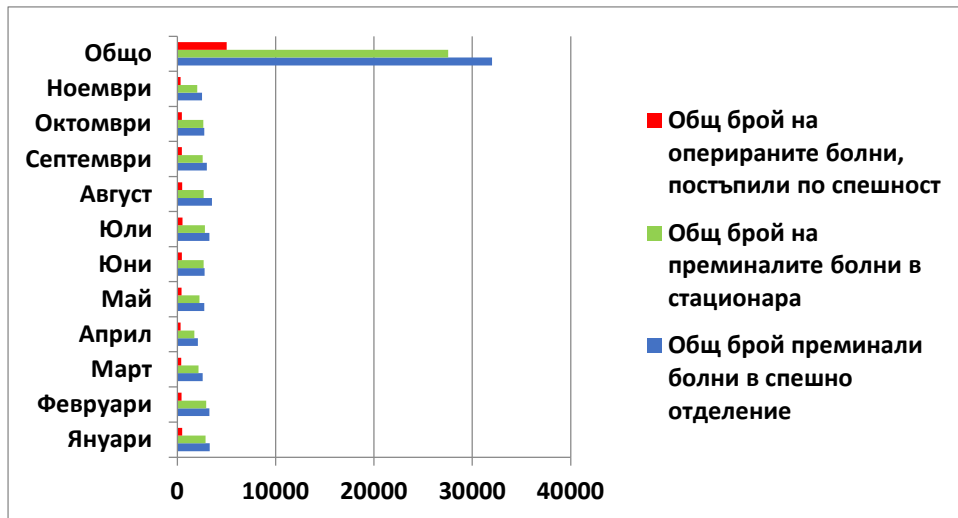
На следващите графики са разгледани индикаторите по месечно през 2020 г . приети в стационара, общо оперирани, приети по спешност и оперирани по спешност. Установихме , че няма статистическа значима разлика през отделните месеци.

Фиг.№ 40. Характеристика на преминалите болни/оперирани/постъпили по спешност

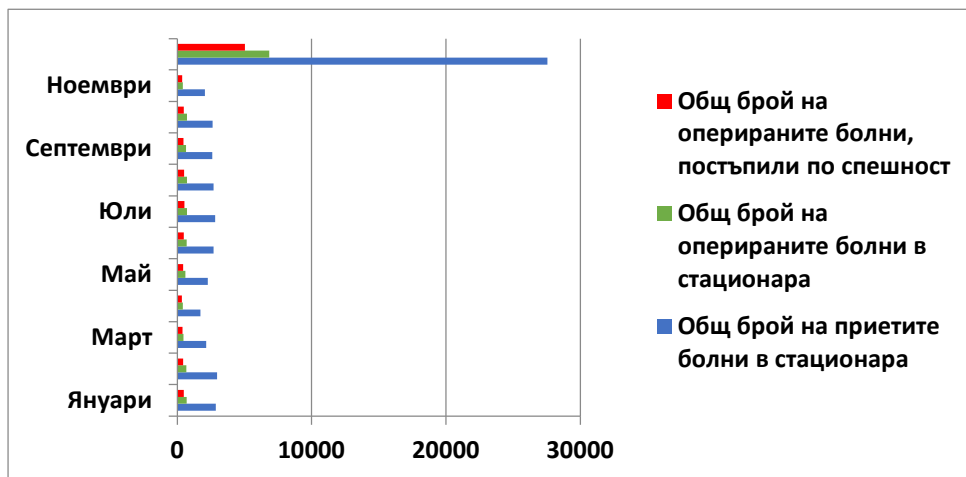


Общ брой преминали през стационара болни 27886 от тях оперирани 6867 или приблизително 24%, а 87% от преминалите болни в СП са приети за болнично лечение.

Фиг.№ 41. Характеристика на преминалите болни/ постъпили по спешност/ оперирани по спешност/



Фиг..№ 42. Характеристика на приети болни в стационара/ оперирани в стационара / оперирани по спешност/



Сравнявайки с данните на НЦОЗА (53.4%) за аналогичните структури е видно, че почти 1,6 пъти повече са приетите през СПО в УМБАЛ Бургас и около 3 пъти повече от стандартите за прием през СПО по научни данни. Това логически води до извода, че или системата на извънболничната помощ не работи достатъчно адекватно и добре, или доверието на пациентите в болничната помощ е високо и се разчита на своевременна и достатъчна помощ в болницата, както и наличието на няколко частни лечебни заведения, чиите предпочитания са свързани с планови пациенти и високодоходни клинични пътеки. Това е особено характерно за 2020 г, т.к в началото на пандемията липсват утвърдени алгоритми.

Табл. № 4. Обслужени лица 2019 г. СП/СПО<sup>8</sup> в БЛЗ

2019 г/СП/СПО		СПО	%
Общо обслужени лица	2 646 758	1 412 566	53.4%

## 2.5 Анализ на показателите в Хирургичните отделения.

На табл. № 5 са посочени някои характеристики на оперираните в страната за 2019 г. Данните за сравнение в УМБАЛ Бургас за периода 2018-2020 г., и особено за 2020 г. т.к обстоятелствата са различни са следните:

Табл. № 5. Характеристика на оперираните в страната<sup>9</sup>

2019 г/БЛЗ	Оперирани/напуснали	Получили усложнения	умрели	%
Общо	545629	4060	3230	0.6%

Табл. № 6. Характеристика на оперираните в УМБАЛ

Показатели	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	средно
Общ брой операции	10128	10346	10366	8484	9831
Оперативна активност	69,8	68,3	67,5	68,0	68,3%
Предопер. престой	0,9	1,0	1,0	1,1	1,0
Следоперативен престой	3,1	3,0	3,1	3,2	3,1
Постоперативен леталитет	2,4	2,6	2,6	0,5%	2%

Съгласно Медицински стандарт по хирургия количествени показатели за осъществяване на дейността – минимални /задължителни/ изисквания за годишен обем на медицинските дейности са следните<sup>10</sup>:

- ✓ най-малко 1000 операции годишно, като 50 % от тях, трябва да са с „много голям“ и „голям“ обем и сложност;
- ✓ използваемостта на леглата не трябва да е по-ниска от 70% на година;
- ✓ средният болничен престой не трябва да е по-висок от 7 дни;

<sup>8</sup> Статистически справочник, НЦОЗА, 2019 г

<sup>9</sup> Статистически справочник, НЦОЗА, 2019 г

<sup>10</sup> Медицински стандарт хирургия, 2021 г

- ✓ предоперативният престой не трябва да превишава 2 дни;
- ✓ оперативната активност не трябва да е по-ниска от 70%;
- ✓ следоперативните усложнения, нуждаещи се от хирургична корекция/ операция, не трябва да са по-вече от 1,5%;
- ✓ леталитетът на отделението/клиниката след операции не трябва да е по-висок от 2,0%;

Сравнявайки тези показатели със средните показатели на хирургичните отделения в УМБАЛ Бургас, установяваме следното: постоперативният леталитет, оперативната активност са в рамките на стандарта. Предоперативният престой е 2 пъти по-нисък, което говори за добра организация при приема на пациенти нуждаещи се от оперативно лечение. При направения анализ на обема операции много големи и големи през 2017-2020 средно е 17,3%, значително под стандарта, въпреки че средно годишно операциите са 9831. Лекото намаление се дължи на 2020 г., която е несравнима спрямо другите години, поради Ковид обстановката. Над 21% са големите операции и през четирите години. Основно оперативната активност е съсредочена върху средните по-обем операции, чийто процент се движи около 50%. Тези показатели са сравними спрямо показателите на областните болници, но все пак УМБАЛ Бургас е университетска и би следвало да отговаря на посочените по-горе стандарти. Усложненията през 2019 и 2020 са 0,2%, 0,3%, които са по-малко от посочения стандарт, но следва да се има предвид и ниския брой много големи и големи операции (около 3 пъти по-нисък).

**Табл. № 7. Видове операции 2017-2018**

Операции	2017г.	% от всички операции	2018 г.	% от всички операции
Много големи	1136	11,2	1154	11,2
Големи	2289	22,6	2247	21,7
Средни	4916	48,5	5105	49,3
Малки	1787	17,7	1840	17,8
<b>Общ брой операции</b>	<b>10128</b>	<b>100,0</b>	<b>10346</b>	<b>100,0</b>

Постоперативният леталитет през същият период 2017-2020 е средно 2 %, което отговаря на стандарта. Много трудно е да се направи анализ на видовете усложнения при отделните видове операции, както и при такива по-спешност или планови, т. к РЗИ изисква информация само общо за усложненията. Следва да се помисли да се регистрират видовете усложнения, за да бъдат анализирани и направена оценка на риска за съответното отделение и предприемат мерки за корекция.

Следоперативни усложнения 2019 г. – 24 бр.

Следоперативни усложнения 2020 г. – 29 бр.

Табл. № 8. Видове операции 2019-2020

Операции	2019	% от всички операции	2020	% от всички операции
Мн.големи	1292	12,5	1058	12,5
Големи	2251	21,7	2099	24,7
Средни	5239	50,5	3893	45,9
Малки	1584	15,3	1434	16,9
<b>Общ брой</b>	<b>10366</b>	<b>100%</b>	<b>8484</b>	<b>100%</b>

По данни на някои международни лит. източници посочени на фиг .70,<sup>11, 12</sup> е видно, че смъртността и усложненията при спешна абдоминална хирургия се анализиран по няколко показатели: общ леталитет ; първите 24 часа; 30 дневен леталитет, high - volume hospitals, low- volume hospitals. По отношение усложненията също се делят на хирургични и медицински. В случая не можем да направим сравнителен анализ , поради липса на събиране и анализиране на данни по този начи. Препоръчваме като възможност за по-точен анализ и оценка на риска да бъдат въведени и този вид показатели.

#### Фиг. № 43. Леталитет след спешна абдоминална хирургия

<sup>11</sup> Deirdre M Nally et al, BMJ, 2019

<sup>12</sup> Mai-Britt -Tolstrup, Langebeck's Arch Surg, 2017

**Леталитет след спешна абдоминална хирургия /САХ/**

От 10 344 п. със САХ – 798 умрели = честота 77/1 000  
 high volume hospitals – 54,7/ 1 000  
 low volume hospitals – 85,4/1 000

Deirdre M Nally et al. / BMJ Open 2019

От 10 745 п. от 357 центъра - 58 страни;  
 Общ леталитет = 1,6% за първите 24 ч., увеличаващ се до 5,4% - 30 дневен  
 high-volume hosp. – 4,5%; low-volume – 8,6%

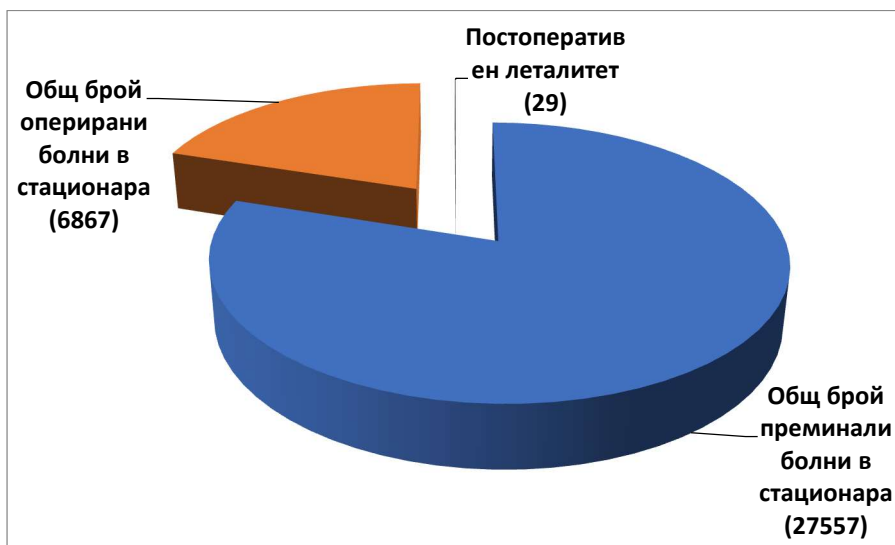
*BJS* 2016; **103**: 971–988

4 346 п. със САХ                    - 14% - хирургични усложнения  
     - 23% - медицински усложнения

Общ 30 дн. Леталитет = 8% /достигащ до 50% при възраст > 80 г./  
 Т.е. един на всеки пет оперирани при САХ умира  
 /от тях един от пет – в първите 24 ч./

Mai-Britt Tolstrup / Langebeck's Arch Surg, 2017

**Фиг.№ 44.Общ брой оперирани и постоперативен леталитет**



**Фиг. № 45. Общ брой операции 2013-2018 г**



Фиг. № 46. Предоперативен престой



Фиг. № 47. Следоперативен престой



Фиг. № 48. Оперативна активност

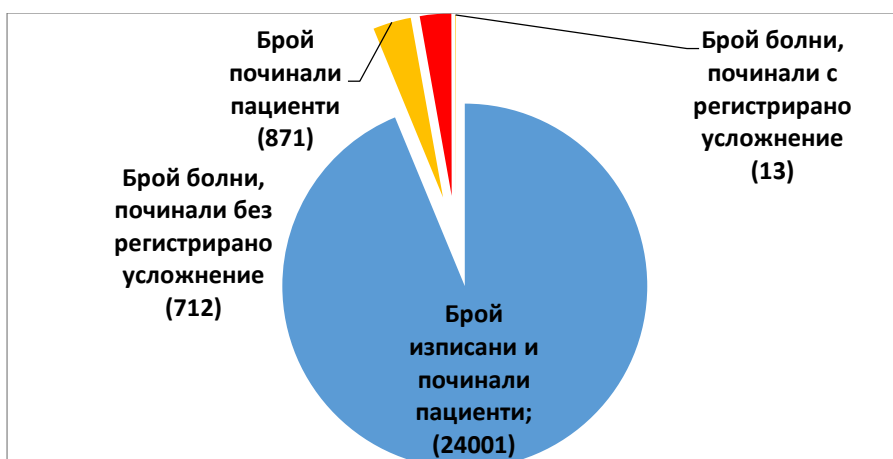


Фиг. № 49. Леталитет



Интересна е връзката между броя починали, починали с регистрирано усложнение и преминалите пациенти. Изключително малко са починалите пациентите с регистрирано усложнение и сборът с починалите пациенти без регистрирано усложнение прави 725, а не 871, така че интерпретацията е невъзможна. Потвърждение на това, че в лечебните заведения няма практика да се регистрират усложненията. Причината за това освен страха от наказания и съдебно преследване е и във възможността да се прехвърлят пациентите по други клинични пътеки и отчитат там, вкл. И от АГ отделенията.

Фиг.50. Характеристика на починалите пациенти



## 2.4.2. Анализ на показателите в АГО отделение

**В УМБАЛ „ Бургас“ оперираните с цезарово сечение са 41%.** В случая се наблюдава така нареченият „цезаризъм“, което е изключително рисков показател, т.е стойността над 40% от всички раждания е стойност, идентична с честотата на ЦС в национален мащаб. Вероятни причини за високият процент цезарови сечения са:

- концентрация на тежка патология;
- концентрация на доносени и несоносени плодове с тежки малформации, вкл. сърдечни малформации, както и антенатално загинали;
- повишена драстично честота на ART, с последваща многоплодна бременност/<sup>13</sup> ;
- **тенденция за повишен цезаризъм в страната и в света, което неизбежно води при едно предшестващо SC да следва повторно отново родоразрешение със SC.** У нас вагиналното раждане след SC е едва приблизително 1 % – твърде нисък процент в сравнение с тези в света: USA – 13% вагинални раждания след SC при 32% цезаризъм за 2018г.; във Великобритания – всяко 4-то раждане е със SC – около 26% за 2017/2018 г., при висока успеваемост на планирани вагинални раждания след SC 16%, спонтанни – 11%; в Италия – 9% отчетени при различия между 24-28% за различните части на страната. Европейската статистика и експерти съобщават следната закономерност: колкото по-ниска е честотата на SC (напр. в скандинавските държави – около 17% за 2018 г.) , толкова по-висока е честотата на вагиналните раждания след SC и обратно, какъвто е случаят в България.
- раждания на недоносени и екстремно недоносени плодове – около 10% за болницата при около 10% за страната.
- зачестяване на случаите на тежка заболяемост – прееклампсия, диабет, обезитас, плацентарна патология и техните усложнения, които съответно водят до краен резултат повишен процент на цезарова хистеректомия.

Според д-р Румен Велев най-честите причини са обикновено:

- Факторът „време“ има положително въздействие върху честотата на цезаровото сечение. В неработно време процентът на ЦС е по-нисък от средната честота на оперативните раждания в болницата;
- Изборът на екип води до по-висока честота на ЦС;
- Участието на външен партньор гарантира висока честота на ЦС;
- Желание на пациента

При раждането с цезарово сечение честотата на майчината смъртност и особено на заболяемостта се увеличава почти двукратно спрямо тази при вагинално раждане. Близко 1/3 до 1/2 от смъртните случаи при майките след раждане със секцио се дължат директно на самата операция. Отчасти това нарастване на смъртността се свързва със смъртността при всяка оперативна интервенция, но от друга страна, има отношение и

<sup>13</sup> Славов, С., Акушерски проблеми през втората половина на бременността и раждането при едноплодни бременности след инвитро фертилизация, дисертационен труд, с. 25-26, МУ София, 2019 г.

към заболяванията, които вероятно са довели до необходимостта от раждане със секцио. Основните причини за заболяемост и смъртност могат да бъдат последствия от или усложнения на инфекции, тромбоемболична болест, фактори на анестезията, хирургични травми и др.<sup>14, 15</sup>. В УМБАЛ за 2020 г. при 374 броя цезарови сечения и 1546 раждания, усложненията са общо **205, или 7,5%, без да се разделят на такива след цезарово сечение**. Друг интересен специфичен показател, относим към качеството, е перинаталната смъртност. За 11-месечен период по данни на УМБАЛ перинаталната смъртност е 1,2 %. По данни на Health System Tracker в САЩ перинаталната смъртност се подобрява и в кривата за периода 2008-2017 г. е с почти постоянен характер, като бележи спад през 2016 и 2017 г. От **5.79%** (перинатално загинали/мъртвородени плюс починали до 7-ия ден от раждането) на 1000 живородени, за 2016-2017 спада до 2.38 и 2.88%, средно за САЩ – 5.9%. Ситуацията в други сравнявани страни: Канада, Германия, Австрия, Франция, Япония, Скандинавски държави – средно 6 на 1000, като за Япония – 2.4%, Швеция – 4.6%, Австрия- 8.14%, Франция 10.84%. По данни на Europeristat<sup>16</sup> за 2015 г. европейската перинатална смъртност се движи по следния начин: медиана за мъртвородени – 2,3 на 1000 за Кипър, Дания, Ирландия, Финландия и Словакия, Румъния, България и Унгария – 3.5 на 1000. Забелязва се тенденция на намаляване спрямо 2010 г. с 5% (тази статистика се води на 5 години). Честотата на недоносените под 1000 г е 4,5% за Швеция, Финландия и 8% за Испания, Португалия, Гърция, България. За други извън посочените по-горе медианата е 7.3.

**Фиг. 51. Перинатална смъртност на 1000 живородени, Health System Tracker, 2017, 2016 г.**



<sup>14</sup> Румен Велев, мд, Медико-социални проблеми при цезарово сечение – управление на риска, дисертационен труд, НЦОЗА, 2018, София

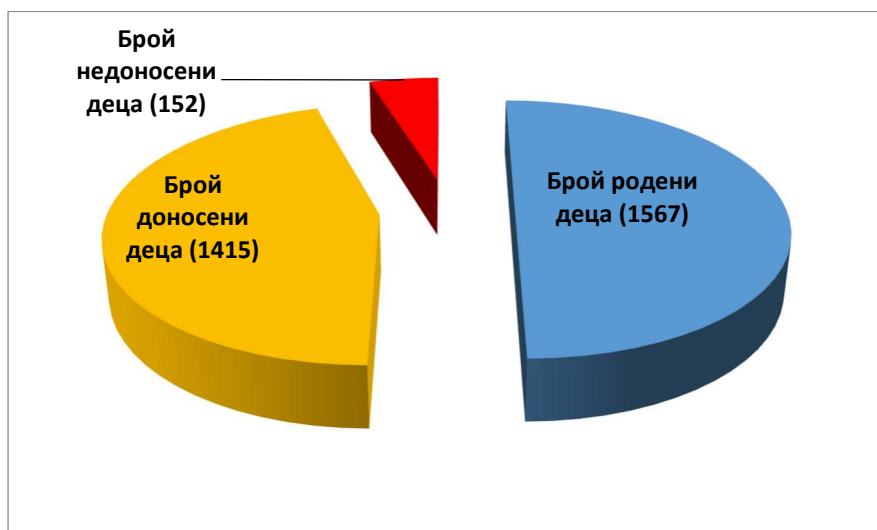
<sup>140</sup> Zarezadeh, Y. et al. Designing and instructional guideline for common medical errors in gynecology and obstetrics, Educ. Kos. Med. Sci., 2014, 3 (1)

<sup>15</sup> Health System Tracker „What do we know about infant mortality in the U.S. and comparable countries?“ R. Kamal, J. Human, D. McDermott, Chart Collection, Health & Wellbeing, oct. 18, 2019

<sup>16</sup> Europeristat, European Perinatal Health Report  
Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015

Недоносените деца за 11 месечен период през 2020 г в УМБАЛ е 152 (10%) с 3,8% леталитет. При доносените деца леталитетът е 0,1%. Анализирайки тези данни спрямо данните в България и други страни, считаме, че показателите са сравнително добри.

**Фиг..№ 52. Брой родени деца/доносни и недоносни**

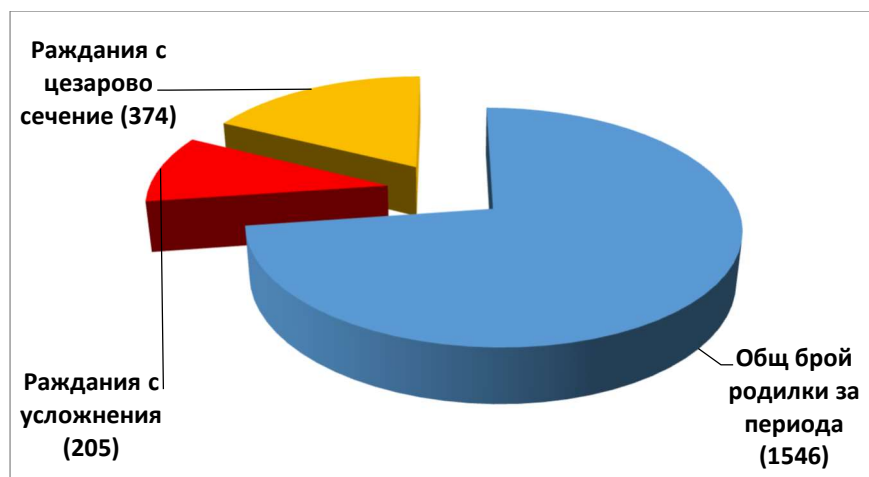


Поради отсъствието на система за отчитане и единни критерии, еднакви за всички държави, мониторингът е непълен. Най-чести причини за смърт в ранния неонатален период по честота са<sup>17</sup>:

1. Конгетиталти и хромозомни
2. Нисък гестационен срок при раждане и екстремно ниско тегло
3. Усложнения на бременността и заболявания на майката
4. Внезапна детска смърт
5. Инциденти
6. Компликации на плазента, първо връв, мембрана
7. Бактериален сепсис
8. Заболявания на циркулацията
9. Респираторен дистрес
10. Хеморагии

**Фиг..№ 53. Общ брой родилки/с усложнение и цезарово сечение**

<sup>17</sup> Костова Цанкова М, , „Аспекти на качеството и безопасността в СБАЛАГ., Майчин дом“-оценка на риска“, дисертационен труд, 2020, ФОЗ, МУ София



### 2.4.3 Анализ на показателите смъртност при ОМИ и МИ

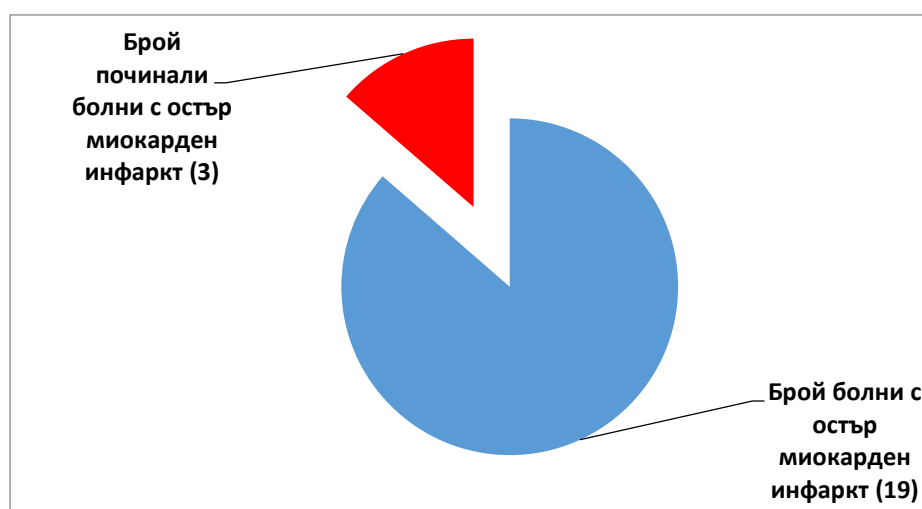
На 28-ия ден от ОМИ смъртността е 18-27 %. България е сред страните с висока смъртност от ИБС (101,6 на 100 000 население). Страна с най-ниска смъртност от ИБС е Япония (17,5 на 100 000 население).<sup>18</sup> **Анализът на данните за преминалите пациенти с ОМИ и смъртността при тях за 2020 г. в УМБАЛ Бургас показва, че е по-висока около 1,5 пъти (16%, 157%.).**

Исхемичния мозъчен инсулт е сред водещите пречини за смърт и инвалидност в България. Според националният здравен бюлетин болните с мозъчен инсулт съставляват 80% от болните с наличие на мозъчно-съдови заболявания. Най-честите причини за исхемичния мозъчен инсулт са тромбоза, емболия и мозъчна хипоперфузия. Най-честите инициални симптоми са свързани с остро настъпила огнищна неврологична симптоматика или по-рядко количествени промени в съзнанието при засягане на мозъчния ствол. Епидемиологичен доклад на Световната здравна организация (СЗО) сочи, че България е една от водещите страни в Европа по брой на инсултите. В документа се посочва, че през 2015 година в Германия от исхемичен инсулт са починали 38 на 100 000 души, а в България през 2019 г. – **близо 296 на 100 000 души, което означава, че смъртността у нас е близо 4 пъти по-висока. По данни на УМБАЛ Бургас за 2020 г смъртността е почти 2,9 пъти по-висока (9%,866%.)** Различават се два основни вида инсулт. Най-чест е исхемичният инсулт, като на него се дължат около 85% от случаите. Той възниква, когато притокът на кръв към мозъка е блокиран от тромб или стеснени кръвоносни съдове. Вторият по честота вид е хеморагичният инсулт и се развива при разкъсване (руптура) на кръвоносен съд. Рисковите фактори за възникване на инсулт са най-често: високо кръвно налягане (хипертония) и предсърдното мъждене, високи нива на холестерол, диабет, тютюнопушене, неправилно хранене, затлъстяване, прекомерна употреба на алкохол, липса на физическа активност и стреса. В България се **закъснява в диференцирането на рисковите фактори.** Факт е, че имаме сериозен проблем в контрола на артериалната хипертония. Факт е, че повишеното артериално налягане води до сериозни усложнения, но притеснителното като тенденция е подраняването на заболяването и контролирането му в дългосрочен план сред тези

<sup>18</sup> НЦОЗА 2019 г

индивиди.Ето защо профилактиката е от изключително значение. Следенето на кръвното налягане, редовното измерване на кръвната захар, спазването на хранителен режим, мярката в употребата на алкохол и тютюн, активното движение и избягването на стрес, са фактори, които могат и трябва да бъдат контролирани от самите пациенти. При хората над 60-годишна възраст това вече не е пожелателна, а задължителна отговорност – както към собственото им здраве, така и към качеството на живот на близките им. **Още при поява на първите симптоми пациентът да бъде транспортиран до лечебно заведение, където в рамките на 60 минути да му се направят всички необходими изследвания и да бъде подложен на терапия. „Посланието към хората трябва да бъде – бърз медицински контакт от първите минути на инсулта“.**<sup>19</sup>

**Фиг..№ 54. Смъртност при болни с ОМИ**



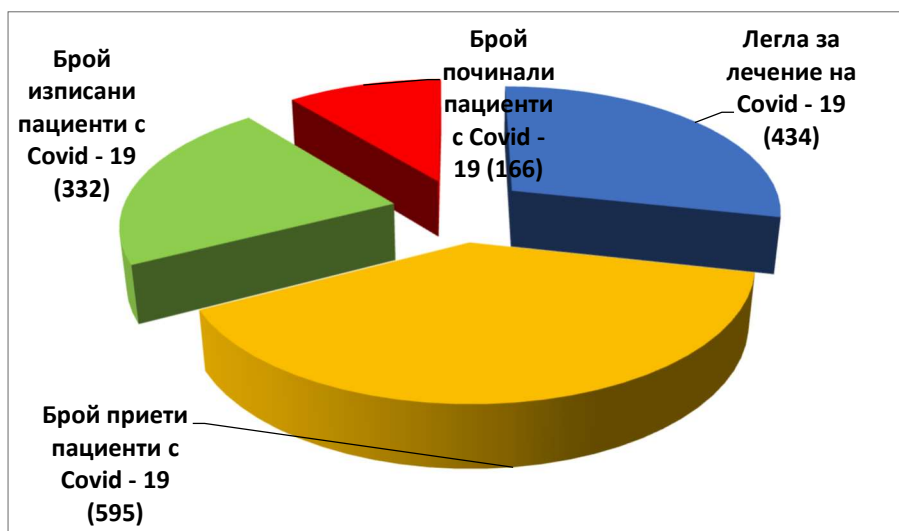
За 10 месеца през 2020 г в УМБАЛ Бургас са постъпили **595 пациенти с Ковид 19, 3% от тях са починали или 0, 6% от преминалите болни в ЛЗ.** Интерпретацията на този показател е труден, поради факта, че не ясно дали са починали от Ковид или със Ковид.

**Фиг..№ 55.Смъртност при болни с инсулт**

<sup>19</sup> Информационна среща на здравни журналисти по повод Световния ден за борба с инсулта, 29 октомври 2019 г



Фиг. № 56. Смъртност при Ковид -19



## 2. 4.4 Анализ на проверките, извършени от ИАМО на БЛЗ и на УМБАЛ Бургас

Като част от третият компонент от нашето проучване включихме и резултати от проверки на ИАМО/ИАМН. Анализирахме публичната информация от извършените от ИАМО/ИАМН проверки на болничните лечебни заведения в страната за три периода от време (2018-2020 г.), и съответно проверките, извършвани в УМБАЛ Бургас. Проверени са 657 болнични лечебни заведения. Доколкото данните сочат, най-голям процент от проверките са следствие от жалби на пациенти (94%) от общо извършени проверки за 3 год. период. Голяма част от жалбите са провокирани от неудовлетвореност на пациентите по конкретен повод. Те не са преднамерени, целящи уронване престижа на лечебното заведение и/или изпълнител на медицинска помощ и тенденциозно затормозяване на работата им чрез създаване на административни проблеми от предизвиканите проверки. Това предполага добра информираност и адекватност на пациентите по отношение на обема и качеството на медицинските грижи, които би трябвало да получат. Т.е. резултатите показват, че жалбите на пациентите могат да бъдат надежден и достоверен инструмент в измерването на качеството на предоставяните медицински услуги. Фактът обаче, че по-голямата част от проверките са провокирани от

жалби на пациенти, не е добър показател за работата на системата за контрол на качеството на медицинската помощ в страната. Необходимо е засилване на превантивната роля на контролните механизми – от ниво вътрешен контрол в самото лечебно заведение чрез СОП и съблюдаване на тяхното приложение, през контрол на ниво съсловна организация и дружества по специалности чрез правилата за добра медицинска практика и медицинските стандарти и накрая – контрол от националния регулатор в лицето на ИАМО/ИАМН. Подобна системност и последователност в контрола на качеството на здравните грижи би трябвало да рефлектира в по-висока удовлетвореност на пациентите и респ. – в намаляване на жалбите и нарушенията. За трите години има 52 проверки по медийно отразяване, което е негативен показател, т.к най често се касае за смърт или неоказана своевременно медицинска помощ. Значително по-малък е процентът на проверките по стандарти, както и такива по структура и управление. Под други най често са проверките свързани с промяна на разрешение на ЛЗБП, ВБИ, лекарствени реакции, а през 2020 г., получаването на допълнителни трудови възнаграждения в размер на 1000 лв, спазване изискванията и изпълнението на СОП за работа в условията на COVID-19, реодит, нарушение на икономическите права, наличие на ценоразписи в ЛЗ и др.

**Табл. № 9. Брой и видове проверки през 2018-2020 г на БЛЗ**

Година	2018	2019	2020	<b>общо</b>
Брой проверки	550	603	658	1811
Проверка по жалба	446/81%	501/83%	453/70%	<b>1400/94%</b>
Проверка по медицински стандарти	34/6,2%	10 /1,6%	12/1,1%	<b>56/3%</b>
Структура, управление, организация и дейност на ЛЗ	48/8,7%	33/3,4%	23/3,3%	<b>104/6%</b>
Медицински изделия/лекарства	1	1	1	3
Чл.98, ал. 3, ал.4 ценоразпис		5/0,8%	25/3,4%	<b>30/1,1%</b>
Медии	5/0,9%	18/2,9%	29/4,2%	<b>52/2,9%</b>
Фин. стандарт		2	11/1,0%	<b>13/0,7%</b>
Други	12/0.2%	33/5,4%	4/0,5%	<b>49/2,7%</b>

Най-често жалбите са свързани с нарушение на достъпността, качеството, икономическите права на пациентите, морално етични проблеми. Най-общо получените жалби в ИАМО/ИАМН могат да бъдат класифицирани в следните основни групи за период от 4 години<sup>20</sup>:

- Неудовлетвореност от качеството на предоставеното медицинско обслужване.
- Нарушени права на пациента по време на лечебно-диагностичния процес;
- Морално-етични проблеми;
- Други.

<sup>20</sup> Отчетни доклади ИАМО, 2015-2019

Издадени са 50 АУАН, което е 3% от извършените проверки.

**Табл. № 10. Брой и видове проверки през 2018-2020 г на УМБАЛ Бургас**

Брой проверки	Жалба	Структура, управление, организация и дейност на ЛЗ	Асистирана репродукция	Медийни случаи	Финансов стандарт;	спазване на ЗТОТК.	Стандарт и
70	34	2	1	2	1	1	29

За същият период броя проверки на ИАМО/ИАМН в УМБАЛ Бургас са 70, което представлява 3,8% от всички извършени проверки в БЛЗ. Проверките по жалби също са най много, но представляват 48% от общо извършени проверки, което е почти 2 пъти по-малко от тези извършени на БЛЗ. Най-често жалбите са от СПО, хирургия, АГ, което подкрепя нашата теза, за необходимостта от оценка на риска в тези отделения. Останалите проверки с изключение на тези по стандарти са по една-две. На табл. № 16 са посочени констатирани видове нарушения 18 на брой, което е 2,6% от общия брой проверки. От всички нарушения са издадени 9 броя АУАН от които 5 са свързани с жалби на пациенти. Това значи, че само 1,5% от проверките по жалби, нарушенията са основателни. И тук най чести са нарушенията свързани с качеството и обема на оказаната услуга. Показателите са много добри спрямо общите данни на резултатите от проверките на МБАЛ, където при 1400 проверки по жалби са установени нарушения и издадени 3,6% АУАН, т.е 2 пъти по-малко.

**Табл. № 11. Видове и брой нарушения**

мед.докум.	орг.упр.	стандарты	ЗЗ/качество	други
6	2	4	4	2

По време на проверките е анализиран пътят на пациента от деня на неговия прием в ЛЗ до изписването му или до момента, в който е настъпило нежеланото събитие, за да бъдат установени причините, довели до него. Този анализ се извършва чрез преглед на цялата документация, съотносима към случая, както и получаване на писмени обяснения и провеждане на разговори с лицата, участници в лечебно-диагностичния процес. При необходимост се изискват и писмени становища от независими консултанти. За изготвяне на окончателните констатации от проверката в някои случаи се разговаря и със самите жалбоподатели или техните близки.

**Изводи от извършените проверки в УМБАЛ Бургас:**

- В някои от случаите се констатира оказване на **несвоевременна или недостатъчна по обем медицинска помощ, което показва, че не се спазват утвърдени алгоритми на поведение в областта на добрата медицинска практика.**
- Една от най-често срещаните констатации е **непълнотата на медицинската и друга документация, съотносима към анализирания проблем.** Това означава липса на доказателство за извършените от медицинските специалисти дейности.

- **Липса или неспазване на вътрешни правила** за осъществяване на организацията на лечебно-диагностичния процес, влошена комуникация, което показва неупражнен или неефективен контрол от страна на ръководството на лечебното заведение.

### **3. КОНЦЕПТУАЛЕН МОДЕЛ ЗА РИСК МЕНИДЖМЪНТ, БАЗИРАН НА ОЦЕНКА НА РИСКА НА КАЧЕСТВОТО НА МЕДИЦИНСКОТО ОБСЛУЖВАНЕ**

Управлението на риска може да се разглежда като част от цялостния процес на извършване на подобрения в дейностите на дадена здравна организация. По отношение на безопасността на пациентите управлението на риска може да се разглежда като внимателно и детайлно изучаване на системата на оказване на здравни услуги, за да се идентифицират факторите, които потенциално биха довели до причиняване на вреда за пациентите по време на лечение, и да се разработят и предприемат действия за предотвратяване на повторното ѝ причиняване в бъдеще. Следователно, риск мениджмънтът може да се разглежда като важна предпоставка за подобряване на безопасността на лечебния процес.

#### **3.1 Модел на риск базиран надзор (РБН)**

Компетентната структура прилага следните четири етапа като част от ефективния модел на РБН, свързан с качеството на медицинското обслужване:

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

Етап 3 – Надзор;

Етап 4 – Наблюдение, преглед и последващи действия.

Риск базираният надзор не е еднократно действие, а непрекъснат и цикличен процес

##### **Етап 1**

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

- собствеността и организационната структура, като се вземе предвид дали оценяваният субект е държавно, общинско или частно лечебно заведение, дружество майка, дъщерно дружество, клон или друг вид структура (например второстепенен разпоредител с бюджет), и степента на сложност и прозрачност на неговата организация и структура;
- управленска структура;
- естеството и сложността на предоставяните здравни услуги и наличното ниво на компетентност;
- използваните външни услуги;
- видовете обслужвани клиенти;
- териториалния обхват на дейността – с общинско, областно, междуобластно или национално покритие;

- качеството на вътрешните правила за управление и структури, включително адекватността и ефективността на вътрешния одит и функцията за съответствие с правилата и ефективността на политиките и процедурите в областта на качеството на медицинското обслужване, в степента, в която те вече са известни;
- преобладаващата “корпоративна култура”, по-специално “културата на съответствие с правилата” и културата на прозрачност и доверие в отношенията с компетентният орган;
- други общи аспекти, например години на дейност, „история“ на развитието, финансово състояние и др.

Тази информация може да се събира в рамките на плановия и/или извънреден надзор, свързан с жалби и оплаквания, и анализира, когато е приложимо в контекста на оценката на рисковите фактори.

**Фиг. № 57. Процесен цикъл на Модела за риск-базиран надзор**



## Етап 2: Оценка на риска

Компетентната структура за оценка следва да предприема цялостен подход по отношение на рисковите фактори, свързани с качеството на медицинското обслужване, установени при етап 1, които съвместно ще представлява основа за оценката на риска на оценявания субект. Във връзка с това, следва да се оцени степента, до която присъщите рискови фактори, установени на етап 1, засягат оценявания субект и степента, до която системите и механизмите за контрол, свързани с качеството на медицинското обслужване, с които разполага оценяваният субект, са достатъчни за ефективното редуциране на присъщите рискове, на които той е изложен. Необходимо е да се претеглят рисковите фактори и редуциращите фактори в зависимост от относителното им значение. Следва да се гарантира, че претеглянето не е необосновано повлияно само от един фактор и че се отчитат надлежно факторите, представляващи най-висок риск за

качеството на медицинското обслужване. За нуждите на претегляне на рисковите фактори се използва рисковата матрица, отчитаща вероятността и влиянието/ефекта от събитието .

**Таблица №12 . Качествено измерване на вероятността**

<b>Вероятност</b>	<b>Описание</b>
Много висока	Очаквано е да се появи при повечето от случаите/много често
Висока	Вероятно ще се появи при много от случаите/често
Умерена	Може да се появи определена част от случаите/относително често
Ниска	Може да се появи в малка част от случаите/рядко
Много ниска	Може да се появи само при изключителни обстоятелства/много рядко

**Таблица №13 . Качествено измерване на влиянието/ефекта**

<b>Влияние/ефект</b>	<b>Описание</b>
Много силно	Смърт, трайно увреждане или инвалидизация, загуба на детеродна способност и др.
Силно	Сериозни увреждания и усложнения в резултат на медицински дейности, трудно повлияващи се от допълнително медицинско лечение или грижи
Умерено	Усложнения, повлияващи се от допълнително медицинско лечение или грижи
Слабо	Неблагополучия, овладяни в рамките на полаганото лечение или грижи без допълнителни последствия
Много слабо	Неблагополучия, неналагащи лечение или грижи

Комплексната оценка на риска се базира на съчетанието на отделните компоненти (вероятност и влияние/ефект) при използване на Матрица за оценка на риска .

Таблица №14 . Матрица за оценка на риска

			ВЛИЯНИЕ (ЕФЕКТ)				
			МН. СЛАБО	СЛАБО	УМЕРЕНО	СИЛНО	МН. СИЛНО
			1	2	3	4	5
ВЕРОЯТНОСТ	МН. ВИСОКА	5	5	10	16	20	25
	ВИСОКА	4	4	8	12	16	20
	УМЕРЕНА	3	3	6	9	12	15
	НИСКА	2	2	4	6	8	10
	МН. НИСКА	1	1	2	3	4	5

**Легенда: бяло – нисък риск, жълто – среден риск, оранжево – висок риск, червено – екстрем.**

Въз основа на аналитичното интерпретиране на общата информация и оценката на рисковите фактори съгласно Матрицата на риска, посочена по-горе, компетентният орган избира обем от информация, която да се събира задължително за нуждите на РБН. Информацията включва конкретни показатели за оценка на риска по отделни групи лечебни заведения. Изборът на показателите, които са специфични за отделните видове лечебни заведения, е базиран на критерия “най-важни за наблюдение на рисковете за качеството на медицинското обслужване”. Това са показатели, свързани с идентифициране на рискове, попадащи в категория „екстремен риск“, „висок риск“ и по преценка „умерен риск“. На базата на групирането на определени показатели и оценка на тяхната чувствителност и информативност по отношение на оценката на риска се определят т.н. „ключови показатели“. За нуждите на първия цикъл от въвеждането на Модела за рисков базирани надзор на качеството на медицинското обслужване се въвеждат задължителни показатели за основните групи лечебни заведения, съгласно Закона за лечебните заведения:

За лечебните заведения за болнична помощ:

- Общи показатели за дейност и капацитет
- Показатели за осигуреност с персонал
- Медикостатистически показатели
- Специфични показатели за качество на медицинските дейности .
- Показатели за ресурсна осигуреност
- Показателите за постъпили и разгледани жалби;

В резултат от прилаганата методика (при други изследвания)<sup>21</sup> са идентифицирани следните рискови области: спешна медицина, акушерство и гинекология, хирургия. Критична точка и правно-етичен конфликт се поражда при приложението на няколко нормативни документа: Законът за здравето, НРД, индивидуалните договори на

<sup>21</sup> Костова-Цанкова М, „Аспекти на качеството и безопасността в СБАЛИАГ, „Майчин дом“-оценка на риска“, дисертационен труд, 2020, ФОЗ, МУ София

изпълнителите на медицинска помощ, при заплащането на допълнителни услуги, които не се покриват от касата, както и нарушените икономически права на пациентите при приложението на Наредбата за осъществяване правото на достъп до медицинска помощ. Националното законодателство регламентира юридическата фигура на „информираното съгласие“ основно в Закон за здравето, като специални разпоредби се съдържат и в поднормативни актове, утвърдени медицински стандарти, утвърдени правила за добра медицинска практика в сферата на здравеопазването.

- чл. 92, ал. 1, т. 3 от Закона за здравето лекуващият лекар е длъжен да информира пациента относно планираните профилактични дейности и рисковете, свързани с тях.
- чл. 86, ал. 2, т. 2 от Закона за здравето “При хоспитализация пациентът има право на осигуряване от лечебното заведение за болнична помощ на необходимите за лечението му медицински изделия, когато те не се заплащат от Националната здравноосигурителна каса или от държавния бюджет”;
- чл. 82б, ал. 2, т. от Закона за здравето “Медицинските изделия по ал. 1 се осигуряват чрез болничните аптеки на лечебните заведения за болнична помощ”;
- чл. 86, ал. 1, т. 1 от Закона за здравето “Като пациент всеки има право на зачитане на гражданските, политическите, икономическите, социалните, културните и религиозните му права”;
- чл. 29, т. 1 от Наредба за осъществяване на правото на достъп до медицинска помощ “Не се допуска извършването на избор на лекар/екип, който да лекува и наблюдава пациента за цялото време на престоя му в лечебното заведение, в т.ч. на служебно определения от лечебното заведение лекуващ лекар на пациента”.

## **3.2. Оценка на риска в УМБАЛ Бургас**

### **3.2.1. Рискови профили и категоризиране на оценяваните субекти**

Въз основа на аналитичното интерпретиране на общата информация и оценката на рисковите фактори съгласно Матрицата на риска, посочена по-горе, ние избирахме обем от информация, която да се събира задължително за нуждите на РБН . Информацията включва конкретни показатели за оценка на риска по отделни направления. Изборът на показателите, които са специфични за УМБАЛ Бургас е базиран на критерия „най-важни за наблюдение на рисковете за качеството на медицинското обслужване“. На базата на групирането на определени показатели и оценката на тяхната чувствителност и информативност по отношение на оценката на риска се определят т.нар. „ключови показатели“. За УМБАЛ Бургас подбрахме следните показатели:

Общи показатели за дейност и капацитет – брой преминали болни, брой легла, проведени леглодни, използваемост на леглата, болничен леталитет, вътреболнични инфекции, икономически показатели за дейност – средна стойност на леглоден, лекарствен, храноден и др.;

Специфични показатели за качество на медицинските дейности – време за чакане, оперативна активност, болничен леталитет, постоперативен леталитет на оперирани болни, леталитет в зависимост от фазите на лечение, усложнения и др. Всеки индикатор има определен начин на изчисление, гарантиращ съпоставимост на резултатите. Към тази група показатели са включени и показателите за постъпили и разгледани жалби от извършени проверки на ИАМО/ИАМН

### **Резултати от двете анкетни проучвания.**

За всички количествени ключови показатели за рискови фактори се формират „базови“ стойности на съответния показател, които се определят чрез статистическа и аналитична оценка на събраните в хода на първоначалното одитиране данни и показват минималното ниво на стойностите на показателя, под/над което е налице риск за качеството и безопасността на медицинските дейности. Така се формира т.нар. „базова“ линия, която включва базовите стойности на всеки ключов показател и дава възможности за позиционирането на показателите на одитирания обект над и под нея, в зависимост от спецификата на съответния показател. За целта за всеки ключов показател освен базова стойност се определят и положително и отрицателно отклонение, което отразява отношението му към риска (по-висок или по-нисък). Освен базовата линия за определени показатели може да се определи и т.нар. „критична линия“, която показва ниво на показателя, при което е налице значителен риск за качеството и безопасността на медицинските дейности. Базовата и критичната линия дават възможност за всеки ключов показател да се определи индивидуален резултат за наличие на риск в съответното лечебно заведение. За количествените показатели се определят индикатори за наличие на риск както следва:

- 0 („Няма доказателства за риск“) – стойността на ключовия показател е под базовата линия;
- 1 („Риск“) – стойността на ключовия показател е над базовата линия, но не достига критичната линия;
- 2 („Повишен риск“) – стойността на ключовия показател е над критичната линия.

За качествените показатели се определят индикатори за наличие на риск както следва:

- „0“ (няма доказателства за риск) - за показателите, при които е налице цялостно изпълнение/съответствие с изискванията;
- „1“ (наличие на риск) – за показателите, при които е налице частично изпълнение/съответствие с изискванията;
- „2“ (висок риск) - за показателите, при които не е налице изпълнение/съответствие с изискванията.

Общият рисков профил се изчислява в проценти по следния начин:

Сборът от индивидуалните резултати на включените в оценката ключови показатели се разделя на броя на показателите, а полученият резултат се разделя на две (т.е. на най-лошия възможен резултат за „повишен риск“). Резултатът от деленето се умножава по сто, за да се получи резултат, изразен в проценти. Колкото по-голяма е стойността на

общия рисков профил, т.е. полученото число в проценти, толкова по-голям е рискът от лошо изпълнение на медицинските дейности, като се прилагат следните категории:

- Нисък риск – до 40 %;
- Среден риск – от 41 до 80 %;
- Висок риск – над 80 %.

Тъй като РБН не е еднократно действие, а непрекъснат и цикличен процес, информацията, на която се основава оценката на риска, трябва да се преразглежда периодично и на ad hoc основа, и при необходимост да се актуализира.

### 3.2.2. Специфични рискови показатели в УМБАЛ-Бургас

За първи път методиката за Риск базиран надзор и оценка на риска е приложен от д-р Мариана Цанкова - Костова в дисертационния и труд „Аспекти на качеството и безопасността в СБАЛАГ, „Майчин дом“-оценка на риска“, защитен през 2020г. В настоящият труд прилагаме същата методика като подбираме специфични показатели за УМБАЛ-Бургас. Въз основа на аналитичното интерпретиране на информацията, получена от литературния обзор, анкетното проучване и анализа на специфичните показатели, ние подбрахме рисковите фактори съгласно Матрицата на риска, която да се събира задължително за нуждите на РБН . Изборът на показателите, които са специфични за УМБАЛ-Бургас, е базиран на критерия „най-важни за наблюдение на рисковете за качеството на медицинското обслужване“. Те са:

**Като първи индикатор** анализирахме публичната информация от извършените от ИАМО/ИАМН проверки на болнични лечебни заведения в страната за три годишен период от време (2018-2020 г.), и съответно проверките, извършвани в УМБАЛ-Бургас.

**Табл. № 15. Брой и видове проверки през 2018-2020 г на БЛЗ**

Година	2018	2019	2020	общо
Брой проверки	550	603	658	1811
Проверка по жалба	446/81%	501/83%	453/70%	<b>1400/94%</b>
Проверка по медицински стандарти	34/6,2%	10 /1,6%	12/1,1%	<b>56/3%</b>
Структура, управление, организация и дейност на ЛЗ	48/8,7%	33/3,4%	23/3,3%	<b>104/6%</b>
Медицински изделия/лекарства	1	1	1	3
Чл.98, ал. 3, ал.4 ценоразпис		5/0,8%	25/3,4%	<b>30/1,1%</b>
Медии	5/0,9%	18/2,9%	29/4,2%	<b>52/2,9%</b>
Фин. стандарт		2	11/1,0%	<b>13/0,7%</b>
Други	12/0.2%	33/5,4%	4/0,5%	<b>49/2,7%</b>

От извършените общо проверки 94% са по жалба на пациенти, 9% – по медицински стандарт, структура и управление, 2,9% по сигнали на медии. При

проверените 657 БЛЗ при 3% (54) от извършените проверки са установени нарушения и издадени 50 АУАН. В УМБАЛ Бургас при извършените 70 проверки, видове нарушения 18 на брой, което е 2,6% от общия брой проверки. От всички нарушения са издадени 9 броя АУАН от които 5 са свързани с жалби на пациенти. Това значи, че само 1,5% от проверките по жалби, нарушенията са основателни. И тук най-чести са нарушенията свързани с качеството и обема на оказаната услуга. Показателите са много добри спрямо общите данни на резултатите от проверките на МБАЛ, където при 1400 проверки по жалби са установени нарушения и издадени 3,6% АУАН, т.е. 2 пъти по-малко. На базата на описаните по-горе данни приемаме **броя на жалбите и резултатите от проверките на ИАМО/ИАМН, при които в над 50% се установяват пропуски в качеството за медицинската услуга, за базова линия, тъй като нямаме официална статистика.**

**С 0 („Риск“) – „стойността на ключовия показател е под базовата линия“:**  
**резултатите от проверките на УМБАЛ Бургас с (2,6%) установени нарушения.**

**Като втори индикатор** резултати от анкетите:

Показатели от анализа на първата анкета (пациенти): 3 показателя

- Удоволетвореността от битовите условия е над 70%.
- Достъпност-над 50% са удовлетворени.
- Хранене- над 50% са недоволетворени.

Ако следваме логиката на Матрицата на риска, то приемаме удовлетвореността от битовите условия за риск 0, достъпността 0 риск, храненето за 1 риск.

Показатели от втората анкета (медицински персонал): 6 показателя

- Ваксинации :
  - ✓ Срещу грип-95% от специалистите по здравни грижи и 91% от лекарите никога не си поставят такава ваксина.
  - ✓ Срещу хепатит - наблюдава изразен превес на ваксинираните лица в групата на лекарите – 73% спрямо групата на специалистите по здравни грижи – 63%, т.е. около 10% по-ниско покритие във втората група.
- Проблеми по време на пандемията от Ковид 19 (2020г.) - основните проблеми организационни (52%) и финансови (14%). Те се изразяват в липса на предпазни средства в началото на пандемията (70%), липса на подготовка за работа в екстремна ситуация (52%),
- Агресията на работното място като рисков фактор-68% са свидетели на вербална /физическа агресия, което 72% от анкетираните считат за негативна последица върху здравето им.
- Травма на работното място: 9% заявяват, че са имали травма на работното място, същевременно 83% нямат допълнителна здравна застраховка.
- Оценка на сградата и битовите условия- еднакъв отговор 30% от анкетираните дават -добра, много добра и 30% слаба.

Следвайки отново логиката приемаме –ваксинация против грип-висок риск 2, ваксинация хепатит -0, организационни- 1, агресия 2, липса на застраховка -2, оценка на битовите условия-1.

**Общ рисков показател от първите два обобщени показателя : проверки и анкети е 40% , следователно нисък риск.**

### **Специфични показатели за АГО –отделение:**

**Като трети специфичен рисков показател** приемаме оперираните с цезарово сечение. В УМБАЛ „ Бургас“ оперираните с цезарово сечение са 41%, (в СБАЛАГ „ Майчин дом са 52.4% и 44.5% в Кърджали)<sup>22</sup>, и в трите случаи се наблюдава т.нар. „цезаризъм“, което е изключително рисков показател, т.е. стойността около 50% от всички раждания е стойност, идентична с честотата на ЦС в национален мащаб.

**Приемаме, че базовата линия е 30% (по лит. данни), а критичната – 50%, в случая рисковият показател е 2, тъй като, макар и малко, е над критичната линия.**

**Четвърти специфичен рисков показател**, относим към качеството, е перинаталната смъртност. За 11-месечен период по данни на УМБАЛ Бургас перинаталната смъртност е 1,2 ‰. По данни на Europeristat<sup>23</sup> за 2015 г. европейската перинатална смъртност се движи по следния начин: медиана за мъртвородени – 2.3 на 1000 за Кипър, Дания, Ирландия, Финландия и Словакия, Румъния, България и Унгария – 3.5 на 1000. Ако приемем, че базовата стойност е 3.5‰.

**Ако приемем, че базовата стойност е 3.5‰, то в случая в УМБАЛ Бургас е под базовата линия и рискът е 0.**

**За пети специфичен рисков показател** приемаме болничния леталитет на недоносените деца за 11 месечен период през 2020 г. В УМБАЛ е 152 (10%) с 3,8% леталитет. При доносените деца леталитетът е 0,1%. Ако приемем 10% за базов показател (по лит. данни), то в случая стойността на рисковия показател е 0.

**Рисков профил за АГО: 35%, следователно нисък риск.**

### **Специфични показатели за Хирургия:**

**За 6-ти, 7, 8, 9 10 индикатори** и техните базови стойности приемаме стойностите има от стандарта по Хирургия:

- най-малко 1000 операции годишно, като 50 % от тях, трябва да са с „много голям“ и „голям“ обем и сложност;
- използваемостта на леглата не трябва да е по-ниска от 70% на година;
- предоперативният престой не трябва да превишава 2 дни;
- оперативната активност не трябва да е по-ниска от 70%;
- следоперативните усложнения, нуждаещи се от хирургична корекция/ операция, не трябва да са по-вече от 1,5%;
- леталитетът на отделението/клиниката след операции не трябва да е по-висок от 2,0%;

**За шести показател** УМБАЛ Бургас достига базовата стойност, но сбора от много големите и големи операции е значително по-нисък средно е (17,3%), т.е има висок риск 2.

**Седми показател** оперативната активност не трябва да е по-ниска от 70%, в случая е на базовата стойност , т. е има 0 риск.

<sup>22</sup> Костова-Цанкова М, „Аспекти на качеството и безопасността в СБАЛАГ „ Майчин дом“–оценка на риска“ , дисертационен труд, 2020, ФОЗ, МУ София

<sup>23</sup> Europeristat, European Perinatal Health Report  
Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe in 2015

**Осми показател** предоперативният престой не трябва да превишава 2 дни , в случая е 1 ден и е 2 пъти по-нисък, т.е 0 риск..

**Девети показател** следоперативните усложнения, нуждаещи се от хирургична корекция/ операция, не трябва да са по-вече от 1,5%, в случая са 0,3 %, пет пъти по-ниски , но трябва да се има в предвид обема операции, затова приемаме риск 1.

**Десети показател леталитетът на отделението/клиниката след операции не трябва да е по-висок от 2,0%, в случая е също 2%, т. е в рамките на стандарта, но също приемаме риск 1, поради посочените по-горе причини.**

**Рисков профил за хирургия 66%, следователно среден риск.**

#### **Други показатели, имащи отношение към качеството:**

**За единадесети показател** приемаме болничният леталитет. Леталитетът за болниците от такъв тип по данни на НЦОЗА е 1,9 %, докато в УМБАЛ болницата средно за периода е 2,9 %. Следва да се вземе в предвид увеличената смъртност от Covid 19 през 2020 г. при заделени легла за Covid 19 през 2020 г. средно 21% от общия брой, смъртността е малко по-вече от 3%. **В случая оценката на риска е 1.**

**Дванадесети показател**, ако приемем, че базовата линия за смъртност от исхемичен инсулт е 38 на 100 000 души, а в България през 2019 г.– близо 296 на 100 000 души, което означава, че смъртността у нас е близо 4 пъти по-висока. По данни на УМБАЛ Бургас за 2020 г смъртността е почти 2,9 пъти по-висока (9%,866‰.), **т.е риск 2.**

**За тринадесети показател** приемаме разпределение на оперираните болни, постъпили по спешност, според срока на извършване на операцията:

- до 6 ч. от постъпването,- над 6 ч. от постъпването. Средно стандартът за оперирани до 6 час е 50% от постъпилите по спешност . В УМБАЛ Бургас само 24% са оперирани до 6 ч. **Оценка на риска 2.**

**Последен приет** от нас показател е „средно време за чакане в спешно отделение“. В УМБАЛ Бургас то е средно 33 мин, 1,5 пъти по-вече от средното време за чакане в такъв тип болници. **Оценка на риска 1.**

#### **ОБЩ РИСКОВ ПРОФИЛ на УМБАЛ Бургас:**

Обща стойност  $30 : 28 \text{ пок.} \times 100 : 2 = 55\%$

**Общ рисков профил на УМБАЛ Бургас попада в Среден риск (от 41 до 80%), тъй като е 55%.**

<b>Индикатори</b>	<b>Рисков профил</b>
<b>Проверки, анкети</b>	<b>40%</b>
<b>ХО</b>	<b>66%</b>
<b>АГО</b>	<b>35%</b>
<b>Общи показатели</b>	<b>37%</b>
<b>ОБЩ РИСКОВ ПРОФИЛ</b>	<b>55%</b> <b>СРЕДЕН РИСК</b>

## 4. ИЗВОДИ, ЗАКЛЮЧЕНИЕ, ПРЕПОРЪКИ

### 4.1. Изводи от литературния обзор:

- Процесите по управление на риска и подобряване на качеството осигуряват рамка, чрез която се взема предвид всичко, което организацията прави, как го прави, както и да идентифициран начини за подобрене.
- Според експерти<sup>24, 25</sup> управлението на риска (риск мениджмънт) е процес на идентифициране, оценка, анализ и управление на всички потенциални рискове, които директно или индиректно влияят върху безопасността на пациентите.
- Рисково базиран подход (РБП) означава подход, при който компетентният орган и задължените субекти идентифицират, оценяват и разбират рисковете, свързани с качеството на медицинското обслужване, на които са изложени оценяваните субекти, и предприемат мерки, които са пропорционални на тези рискове.
- «Здравният мениджмънт е изкуството да се овладее процесът, чрез който здравните ресурси се преобразуват в здравни резултати»<sup>26</sup>. Ефективна управленска дейност е възможна само, когато здравните мениджъри овладеят уменията да се анализира в единство конкретното състояние на трите елемента на здравеопазната система – вход, процес и изход.
- В условията на икономическа криза и увеличено търсене на болнични услуги, контролът върху разходите и качеството в болничния сектор трябва да бъде стратегически ориентирани и практически фокусирани<sup>27</sup>.
- Отсъствието на контролната функция и оценка на риска е много чест недостатък в дейността на здравните мениджъри, които в стремежа си да мобилизират всички налични ресурси забравят да проконтролират как се използват тези ресурси за изпълнение на взетото управленско решение.

### 4.2. Изводи от анкетното проучване на мнението на пациентите за качеството на предоставяните медицински услуги от УМБАЛ Бургас

- На разновидностите на въпросите за удовлетвореността, пациентите считат, че добрата медицинска грижа, предоставяне на ясна и разбираема информация, вниманието и доброто отношение, съвременното оборудване и организацията на работа са от най-съществено значение (89% много голяма и в по-голяма степен).
- Много висока над 90% е удовлетвореността от компетентността на медицинските екипи, от отзивчивостта, от предоставянето на достатъчна информация, вниманието, обясненията и въобще от комуникацията.

<sup>24</sup> NPSA. (2006) Risk Assessment Programme. Overview. [www.npsa.nhs.uk](http://www.npsa.nhs.uk) (Last accessed on June 5<sup>th</sup>, 2009)

<sup>25</sup> Beaufort B., K. Darr. (2008) Managing Health Services Organizations and Systems. *Health Professions Press*. V<sup>th</sup> Edition, p.p. 455–461.

<sup>26</sup> Борисов, В., Здравен мениджмънт с основи на здравната политика, 2003

<sup>27</sup> Спиридонов, Ст., Болничният мениджмънт в България- реалности и предизвикателства, Симелпрес, София, 2010 г.

- Удовлетвореността от достъпността до лечебното заведение -59 % са доволни и в 27% по-голяма степен доволни, докато 10 % не могат да преценят, а изцяло недоволни и в по-голяма степен недоволни са 1-2 %.
- Обезпокоителен е факта е за удовлетвореността от храната, тук над 50% са недоволни или не могат да преценят и само 35% са доволни.
- Общото заключение е за добро качество и удовлетвореност от медицинската грижа УМБАЛ Бургас, с изключение на храненето и отчасти организацията. Получената информация от спонтанната обратна връзка с пациентите може да се използва като допълващ елемент към информацията за оценката на риска за качеството и безопасността и да се постигне синергичен ефект по отношение на ефективно планиране на контролните дейности от структурите, отговорни за тази дейност.

### **4.3. Изводи от анкетното проучване на мнението на персонала в УМБАЛ Бургас, по отношение предизвикателства в управлението и трудности в работния процес“.**

- В разглежданата анкета два въпроса проучват ваксиналното покритие на анкетиранията лица за инфлуенца вирус и вирус на хепатит В:
  - Едва 5% от специалистите по здравни грижи и 9% от лекарите си поставят регулярно и планово ваксина против грип. Много голяма част – 95% от специалистите по здравни грижи и 91% от лекарите никога не си поставят такава ваксина;
  - по отношение на ваксиналното покритие за хепатит В , се наблюдава изразен превес на ваксинираните лица в групата на лекарите – 73% спрямо групата на специалистите по здравни грижи – 63%, т.е. около 10% по-ниско покритие във втората група;
  - Това сочи, че като цяло персоналетът от всички нива на дейност подхожда с приблизително еднаква нагласа към този вид ваксинапрофилактика с всички произхождащи последствия – здравословни и финансови, засягащи както професионалистта и неговите близки, така и работодателя.
- Пандемията Covid-19 има разрушително въздействие върху: общественото здраве; преждевременна смъртност и икономическа дейност както в държавите-членки на ЕС, така и между тях<sup>28</sup>. Голяма част от персонала считат, че основните проблеми по време на пандемията са организационни (52%) и финансови (14%). Те се изразяват в липса на предпазни средства в началото на пандемията (70%), липса на подготовка за работа в екстремна ситуация (52%), липса на подготвени кадри.
- Реалният ‘стрес-тест’ демонстрира кои са слабостите не само в България, но и на европейско и глобално ниво, а именно, това е недостигът и неефективното управление на здравните ресурсите.

- Агресията на работното място е един доста натежаващ рисков фактор, който е взаимосвързан и с бърнаут синдрома. Отбелязваме, че агресията е посочена като вербална и/или физическа. Тревожен е фактът, че 68% са свидетели на вербална /физическа агресия, което 72% от анкетиранияте считат за негативна последица върху здравето им.
- Въпросът, свързан културата за безопасност на работното място обективизира желание за допълнително обучение в сферата на безопасни условия на труд и управление на риска. От анкетиранияте лица 80% се интересуват от подобно обучение, докато 19% – не. Това сочи желанието на екипа да подобри своите възможности, да се запознае с допълнителна информация, да получи обучение и практически занятия в сферата на риск мениджмънта.

#### 4.4. Изводи от анализа на болничните индикатори за качество

В резултат на направения анализ на литературата и дейността на УМБАЛ Бургас, избрахме следните **специфични показатели за качество на медицинските дейности**: време за чакане за прием, в спешно приемно отделение, болничен леталитет за определени групи – бременност и раждане, инсулт, инфаркт, постоперативен леталитет на оперирани болни, леталитет в зависимост от фазите на лечение, усложнения от проведено специфично лечение, подадени жалби, резултати от проверките и общоболнични медикостатистически показатели. Обработените показатели са в резултат на попълваните чек листи в проследяваните СО, ХО, АГО, избрани като критични отделения<sup>29</sup>, за период от 11 месеца на 2020г.

- Няма система за наблюдение, отчитане и съобщаване на неиндицираните цезарови сечения.
- В УМБАЛ „ Бургас“ оперираните с цезарово сечение са 41%. В случая се наблюдава така нареченият „цезаризъм“, което е изключително рисков показател, т.е стойността над 40% от всички раждания е стойност, идентична с честотата на ЦС в национален мащаб
- Недоносените деца за 11 месечен период през 2020 г в УМБАЛ е 152 (10%) с 3,8% леталитет. При доносените деца леталитетът е 0,1%. Анализирайки тези данни спрямо данните в България и други страни, считаме, че показателите са сравнително добри.
- Сравнявайки специфичните показатели на ХО в УМБАЛ Бургас, със средните показатели на хирургичните отделения на същия тип болници, установяваме следното: постоперативният леталитет (2 %), оперативната активност (60%) са в рамките на стандарта. Предоперативният престой е 2 пъти по-нисък, което говори за добра организация при приема на пациенти нуждаещи се от оперативно лечение. При направения анализ на обема операции много големи и големи през

<sup>29</sup> Петрова Зл., д.м., Годор Черкезов, д.м., Ралица Златанова-Великова, Елисавета Петрова-Джеретто д.м, Александрина Гигова. „Риск базирани проверки в здравеопазването, изд.Бивалвия ООД“ „2020, ISBN:978-619-91569-0-2, 203 str,

2017-2020 средно е 17,3%, значително под стандарта, въпреки че средно годишно операциите са 9831.

- Много трудно е да се направи анализ на видовете усложнения при отделните видове операции, както и при такива по-спешност или планови, т. к РЗИ изисква информация само общо за усложненията. Следва да се помисли да се регистрират видовете усложнения, за да бъдат анализирани и направена оценка на риска за съответното отделение и предприемат мерки за корекция.
- По отношение усложненията: те също се делят на хирургични и медицински.<sup>30, 31</sup> В случая не можем да направим сравнителен анализ , поради липса на събиране и анализирани на данни по този начин. Интересна е връзката между броя починали, починали с регистрирано усложнения и преминалите пациенти. Изключително малко са починалите пациентите с регистрирано усложнение и сборът с починалите пациенти без регистрирано усложнение е 725, а не 871, така че интерпретацията е невъзможна. Потвърждение на това, че в лечебните заведения няма практика да се регистрират усложненията.

#### **4. 5. Други показатели, имащи отношение към качеството:**

- Леталитетът за болниците от такъв тип по данни на НЦОЗА е 1,9 %, докато в УМБАЛ Бургас, средно за периода е 2,9 %. Следва да се вземе в предвид увеличената смъртност от Covid 19 през 2020 г. при заделени легла за Covid 19 през 2020 г. средно 21% от общия брой, смъртността е малко по-вече от 3%.
- Разпределение на оперираните болни, постъпили по спешност, според срока на извършване на операцията: до 6 ч. от постъпването и над 6 ч. от постъпването. Средно стандартът за оперирани до 6 час е 50% от постъпилите по спешност. В УМБАЛ Бургас само 24% са оперирани до 6 ч.
- Показател „средно време за чакане в спешно отделение“, в УМБАЛ Бургас то е средно 33 мин, 1,5 пъти по-вече от средното време за чакане в такъв тип болници.

#### **4.6. Изводи от извършените проверки в УМБАЛ Бургас от ИАМО/ИАМН**

- Констатирани видове нарушения са 18 на брой ( 2,6%) от общия брой проверки. От всички нарушения са издадени 9 броя АУАН от които 5 са свързани с жалби на пациенти. Това значи, че само 1,5% от проверките по жалби, нарушенията са основателни. Показателите са много добри спрямо общите данни на резултатите от проверките на МБАЛ, където при 1400 проверки по жалби са установени нарушения и издадени 3,6% АУАН, т.е 2 пъти по-малко.
- Най-често жалбите са свързани с неудоволетвореност от качеството на услугите. Констатира оказване на несвоевременна или недостатъчна по обем медицинска

<sup>30</sup> Deirdre M Nally et al, BMJ, 2019

<sup>30</sup> Mai-Britt -Tolstrup, Langebeck's Arch Surg, 2017

помощ, което показва, че не се спазват утвърдени алгоритми на поведение в областта на добрата медицинска практика.

- Организационните проблеми са свързани с неспазване на вътрешни правила за осъществяване на организацията на лечебно-диагностичния процес, влошена комуникация, което показва неупражнен или неефективен контрол от страна на ръководството на лечебното заведение, част от което са и началници на клиники/отделения.
- Една от най-често срещаните констатации е непълнотата на медицинската и друга документация, съотносима към анализирания проблем. Това означава липса или недостатъчни доказателства за извършените от медицинските специалисти дейности.
- Рисково базиран подход (РБП), който приложихме за идентифицирането, оценката и преценката на рисковите показатели, свързани с качеството на медицинското обслужване, и след като приложихме метода на „Оценка на риска“, установихме, че **Общият рисков профил на УМБАЛ Бургас попада в Среден риск (от 41 до 80%), тъй като е 55%.**

**Рисковият профил на отделните структури е както следва:**

Индикатори	Рисков профил
• Проверки, анкети	• 40%
• ХО	• 66%
• АГО	• 35%
• Общи показатели	• 37%
• <b>ОБЩ РИСКОВ ПРОФИЛ</b>	• 55%
	<b>СРЕДЕН РИСК</b>

Оценката на риска в хирургичните отделения, независимо че е среден, изисква особено внимание от страна на ръководството за оптимизиране на някои ключови показатели: обема операции, усложненията, организацията на спешния прием и възможност за увеличение на оперираните болни до 6 –я час.

#### **4.7. Препоръки**

Основното предимство на модела за оценка на риска е, че се използват данни, събрани в хода на извършваните вътрешен мониторинг и проверки и анализ на индикатори, които дават по-ясна и обективна представа за качеството на медицинското обслужване от стандартната здравна статистика, както и възможност да се селектират данни, които са най-информативни за нуждите на съответния контрол. На базата на идентифицираните и събрани „важни“ за контрола данни се прилага изчислителен модел за оценка на риска, който следи избраните показатели за качеството и оценява нивото на риск за всеки оценяван субект. След първоначалното въвеждане на модела, обект на задължителен одит проверка са всички рискови медицински дейности. Останалите

инспекции се фокусират върху области, където моделът показва висок риск или нужда от подобряване на качеството на медицинското обслужване.

Позволяваме си да направим следните препоръки:

**Към оперативния мениджмънт на БЛЗ:** препоръката е въвеждането на риск базирания подход и регулярен мониторинг на рисковите фактори и оценката на риска.

**Към Хирургичното дружество и БЛС:** Разработване на надеждни и възпроизводими критерии за измерване и контрол на качеството, както и система за проследяването им в БЛЗ общо и за отделните рядкови специалности .

**Към МЗ, РЗИ и ИАМН:**

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

Много трудно е да се направи анализ на видовете усложнения при отделните видове операции, както и при такива по-спешност или планови, т. к РЗИ изисква информация само общо за усложненията. Следва да се помисли да се създаде практика, да се регистрират видовете усложнения/неблагополучия, които също се делят на хирургични и медицински.<sup>32,33</sup> По този начин се създава възможност да бъдат анализирани и направена оценка на риска за съответното отделение и предприемат мерки за корекция.

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

## 4.8. Заключение

Стратегическият мениджмънт е насочен към риска и неопределеността с цел да осигури дългосрочна приспособимост на организацията към изменящата се околна среда. Стратегическият мениджмънт определя дългосрочните цели на дадена организация чрез всеобхватни анализи на ситуацията. Следователно, ако потенциалните рискове бъдат правилно оценени и анализирани, това ще помогне на здравните мениджъри да дефинират съответните приоритети в организациите, за да постигнат баланс между риск, полза и разходи. Т.е., управлението на риска може да се разглежда като част от цялостния процес на извършване на подобрения в дейностите на дадена

<sup>32</sup> Deirdre M Nally et al, BMJ, 2019

<sup>32</sup> Mai-Britt -Tolstrup, Langebeck's Arch Surg, 2017

здравна организация. Следователно, риск мениджмънтът може да се разглежда като важна предпоставка за подобряване и на безопасността на лечебния процес. Подходът Риск базиран контрол позволява по-добра организация на контрола и изграждането на общо разбиране за качеството на услугите, като съдейства за утвърждаване на добрите практики, а едновременно с това насочва вниманието на мениджмънта към услуги с лошо качество, имащи нужда от подобрене.

## 5. ПРИНОСИ:

- Направен е мащабен анализ на литературни източници в областта на мениджмънта и оценката на риска и е потвърдена тезата:
  - че отсъствието на контролната функция и оценка на риска е много чест недостатък в дейността на здравните мениджъри;
  - Ефективна управленска дейност е възможна само, когато здравните мениджъри овладеят уменията да се анализира в единство конкретното състояние на трите елемента на здравеопазната система – вход, процес и изход.
- За пръв път се предлага се чрез Модел за управление на риска (риск мениджмънт) да се направи идентифициране, оценка, анализ и управление на всички потенциални рискове, които влияят върху качеството на медицинската услуга, като елемент за ефективен мениджмънт на болнично лечебно заведение.
- Получената информация от спонтанната обратна връзка с пациентите (анкетно проучване №1) може да се използва като допълващ елемент към информацията за оценката на риска за качеството и безопасността и да се постигне синергичен ефект по отношение на ефективно планиране на контролната дейност на оперативния мениджмънт.
- Чрез получената информация от реалният ‘стрес-тест’ (анкетно проучване №2) са установени основните рискове по време на Ковид кризата: липса на подготовка за работа в екстремна ситуация, липса на подготвени кадри, недостигът и неефективното управление на здравните ресурсите, както и агресията на работното място като един доста натежаващ рисков фактор.
- Подбрани и приложени са индикатори за оценка на качеството на УМБАЛ Бургас като са използвани:
  - Мнението на пациенти и персонал за мениджмънта на лечебното заведение;
  - Анализ на жалбите и резултатите от проверките на специализирана институция ИАМО/ИАМН, като част от специфичните показатели за качество;
  - Специфични показатели за качество на медицинските дейности: време за чакане за прием, в спешно приемно отделение, болничен леталитет за определени групи – бременност и раждане, инсулт, инфаркт, постоперативен леталитет на оперирани болни, леталитет в зависимост от

фазите на лечение, усложнения от проведено специфично лечение, общоболнични медикостатистически показатели.

- Разработена е методика за Риск базиран мониторинг и контрол за практическо приложение на избраните показатели, чрез попълване на чек листи в проследяваните СО, ХО, АГО, избрани като критични отделения.
- Разработен е и Модел за оценка на риска в УМБАЛ Бургас, на базата на Рисково-базиран подход (РБП), който приложихме за идентифицирането, оценката и преценката на рисковите показатели, свързани с качеството на медицинското обслужване
- Рисково базиран подход (РБП), който приложихме за идентифицирането, оценката и преценката на рисковите показатели, свързани с качеството на медицинското обслужване, и след като приложихме метода на „Оценка на риска“, установихме, че **Общият рисков профил на УМБАЛ Бургас попада в Среден риск (от 41 до 80%), тъй като е 55%.**
- След първоначалното въвеждане на модела, обект на задължителен одит/проверка са всички рискови медицински дейности. Останалите инспекции ще се фокусират върху области, където моделът показва висок риск или нужда от подобряване на качеството на медицинското обслужване.

## СПИСЪК С ПУБЛИКАЦИИ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

1. **Миразчийски, Б.,** Л. Бакаливанов Е. Петрова Джеретто, **„Ефективен болничен мениджмънт , базиран на оценка на риска“,** KNOWLEDGE - International Journal, Vol. 46, XXXI -та Международна научна конференция , THE TEACHER OF THE FUTURE, Institute of Knowledge Management (IKM), 17 до 20 юни 2021 г., в Будва, Черна гора
2. **Миразчийски Б.,** Е. Петрова-Джеретто, Р. Илиев **„Оценка на риска на качеството на медицинското обслужване в Спешно приемно и Хирургично отделение на УМБАЛ Бургас“,** сп. „Здравна политика и мениджмънт“, 2021 г. брой 2, стр.22-29
3. **Бойко Миразчийски,** Аркади Иванов, Елисавета Петрова-Джеретто, Златица Петрова, **„Индикатори за оценка на риска на качеството на медицинското обслужване в СПО, ХО на УМБАЛ Бургас“,** сборник доклади, 17 конгрес по хирургия, Албена, „ Парадайс блу“, 1-2 октомври, 2021 г.
4. Петрова-Джеретто Е., Л.Бакаливанов, **Б. Миразчийски,** З. Петрова, **„Риск мениджмънт- база за съвременна здравна политика“,** KNOWLEDGE - International Journal, Vol. 44, сборник доклади, 28-ма Международна научна конференция „Силата на знанието“ в гр. Кавала, Гърция , 9-11, октомври 2020 г.
5. Петрова- Джеретто Е., М. Цанкова-Костова, **Б. Миразчийски ,** **„Възможности за Риск базиран мониторинг и контрол в акушеро-гинекологичната практика“** KNOWLEDGE- International Journal, Vol. 44, сборник доклади, 28-ма Международна научна конференция „Силата на знанието“ в гр. Кавала, Гърция , 9- 11, октомври 2020 г.
6. Елисавета Петрова-Джеретто дм, доц. Галя Цолова дм, д-р **Бойко Миразчийски,** проф. Златица Петрова дм, **„Политики и подходи за адаптиране на работната среда за осигуряване на по-дълъг трудов живот и способност за работа на хора с хронични заболявания“,** Здравна политика и мениджмънт 20/2020, ISSN 1313-4981, стр. 16-24
7. Н. Костадинов, Д. Стоянова, **Б. Миразчийски,** В. Гончев, **„SGLT-2 инхибицията при лечение на захарен диабет-тип 2, ключов принцип при осъществяване на кардиопротекция и нефропротекция“,** Black Sea Journal of Medicine and Public Health, vol.1 2021, № 1, 6-9