

ОЦЕНКА НА КАЧЕСТВОТО НА БОЛНИЧНАТА ПОМОЩ ПРЕЗ ПОГЛЕДА НА ПАЦИЕНТИ И ЛЕКАРИ - III ЧАСТ

3. Петрова

HOSPITAL TREATMENT ASSESSMENT ACCORDING PATIENTS AND MEDICAL DOCTORS - III PART

Z. Petrova

Резюме: Мнението на пациентите играе ключова роля при оценяване на качеството на предоставените услуги в болничната помощ и за неговото подобряване. Потребностите и очакванията от медицинска помощ се определят общо като изисквания на пациента. За здравните професионалисти качеството се отнася до оценка на професионализма, базирана на способността за използване на диагностични и терапевтични техники при оптимални условия по отношение на ефикасност, сигурност и предоставяне на медицинската помощ в подходящ момент.

Чрез специално разработени от нас Анкетни карти се направи опит да се разкрие мнението на пациенти и лекари за удовлетвореността им от качеството в БМП. В проучването бе използвана и възможността за обратна връзка, т. е. данните, които се получиха, да послужат за оценка и подобряване на качеството на болничната помощ. В проведената пряка анонимна анкета участваха 3 416 лежачо болни и 1958 лекари от болнични заведения от цялата страна. При анкетните проучвания на мнението на лекари и пациенти за качеството на болничното обслужване, беше използван двуетапния метод на Stein. Проучени бяха редица факториални признаци – пол, възраст, образование при пациенти и лекари, както и общ трудов стаж, стаж по специалността, стаж в отделението, призната специалност за медиците. Основните въпроси, задавани на пациентите при провеждането на анкетата, са свързани с насочването на пациентите към болнично лечение, което е от съществено значение за оценка на връзката между първичната медицинска помощ и хоспитализацията, достъпа, грижата от страна на медицинския персонал, както и искането на заплащане от пациентите на редица дейности в болничното обслужване. Въпросите при проучването на мнението на лекарите са свързани с правилника за вътрешния ред в отделението, което е в основата на лечебно-охранителния режим. Психоклиматът в болничното отделение е важен фактор, оказващ сериозно влияние върху качеството на лечебния процес. На лекарите беше предоставена възможност да дадат преценка за психоклимата в отделението, в което работят, както и колко време заделят ежедневно за всеки свой пациент. Голяма част от въпросите и тук бяха свързани със заплащане на болнично обслужване (източниците на финансиране, за какво и кой следва да плаща за болничната услуга).

Ключови думи: Качество, удовлетвореност, пациенти, анкетни проучвания, достъп, заплащане на болничното обслужване.

Summary: The patients' opinion is crucial when assessing the quality of services provided in hospitals and it is a valuable tool for improving it. The needs and expectations from medical help are defined generally as patients' requirements. To health professionals, quality refers to assessment of their professionalism, based on the capacity of applying diagnostic and therapeutic techniques in optimal conditions in terms of efficiency, safety (security) and provision of medical help in an appropriate moment.

By using questionnaires that we have specifically developed, we are aiming at receiving the patients' and medical doctors' opinion on their satisfaction from hospital treatment quality. In the study, the

feedback information has been analyzed and applied as well, that is, the assessment data will be used as well in order to improve the quality of hospital treatment.

3 416 in-hospital patients and 1958 medical doctors from a number of hospitals around the country took part in the anonymous survey. The two-level method of Stein was used in the survey of patients' and medical doctors' opinion of the quality of hospital services. A number of characteristics such gender, age, education of patients and medical doctors as well as doctors' total years in employment, years of employment in their specialty, length of service in the ward, medical diploma. The main questions asked in the questionnaire were with regards to: referral of patients to hospital treatment as this issue is of crucial importance when assessing the link between primary medical care and hospitalization; accessibility, care provided by the medical staff as well payment for certain services or treatment in hospitals. The questions for the survey of medical doctors' opinion are connected to the ward's internal rules statute, which is the foundation of the medico- safety regime. The psycho-climate in a hospital ward is an important factor that has considerable influence over the quality of the treatment process. Medical doctors were given the opportunity to assess the psycho-climate in the ward where they work as well as to comment on how much time they dedicate to each patient every day. A substantial part of the questions here too were related to the payment of hospital services (finance sources, for what and who should be payment for hospital service).

Key words: Quality, satisfaction, patients, questionnaires, access, payment of hospital services.

(Продължава от брой 2/2007)

Психоклимат в болничното заведение

Психоклиматът в болничното отделение е важен фактор, оказващ сериозно влияние върху качеството на лечебния процес. На лекарите беше предоставена възможност да дадат преценка за психоклимата в отделението, в което работят (вж. табл. 15).

Близко половината от анкетираните са дали "много добра" оценка на психоклимата в отделението. Приблизително същият е относителният дял на далите оценка "добър". Само 13.0±0.76% от лекарите са дали "удовлетворителна" преценка.

Направен беше опит да се потърси зависимост на оценката на психоклимата от трудовия стаж и от наличието на придобитата специалност. Резултатите показват, че специалността е фактор, който оказва

съществено влияние върху оценката (вж. фиг. 18). Както се вижда от диаграмата значително по-висока оценка е дадена от лекарите без специалност. Различията са статистически значими – $P < 0.01$ ($t = 2.98$) и се определя от два момента – първият е значително по-големия относителен дял на дадената оценка "много добър" от лекарите без специалност. Вторият – повече от 2 пъти по-ниският процент на оценка "удовлетворителна" при лекарите от същата група.

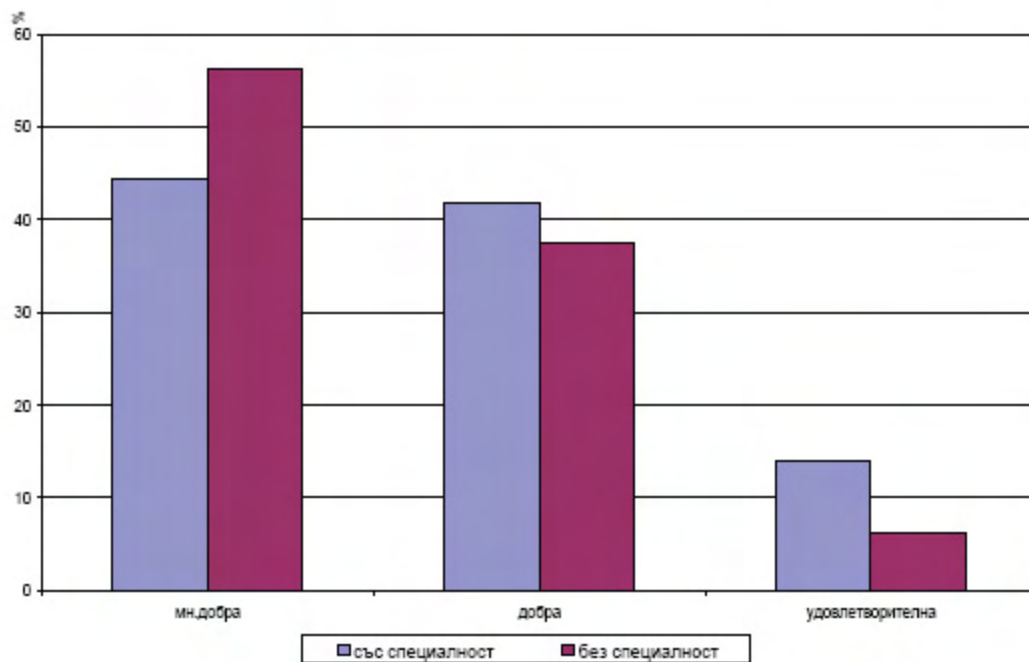
Другите, наблюдавани факториални признаци като пол, трудов стаж и възраст, не оказват статистически изразено влияние върху оценката на психоклимата в болничното отделение – $P > 0.05$.

Върху психоклимата в болничните отделения в една или друга степен оказва влияние

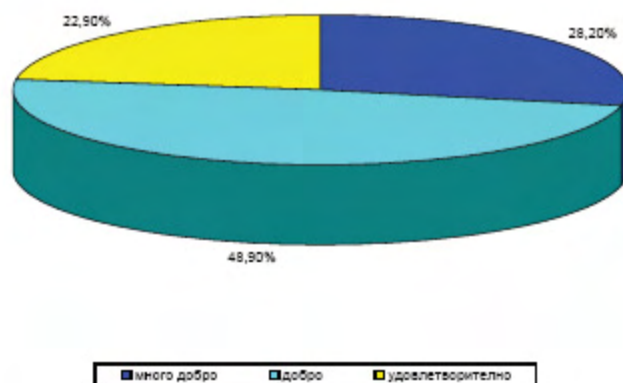
Табл. 15. Оценка на лекарите за психоклимата в отделението за отношението на ръководството на болницата към отделението

	Оценка									Общо	
	Мн. добра			Добра			Удовлетворителна				
	брой	%	Sp	брой	%	Sp	брой	%	Sp	брой	%
1. Психоклимат в отделението	893	45,8	1,13	805	41,2	1,11	254	13	0,76	1952	100,00
2. Отношение на ръководството на болницата към отделението	552	28,1	1,01	954	48,5	1,13	462	214	0,96	1968	100,00

Фиг. 18. Оценка на психоклимата в отделението от лекарите без и със специалност



Фиг. 19. Оценка на отношението на ръководството на болницата към отделенията



отношението на ръководството на болницата към отделението. Всеки четвърти лекар е посочил, че отношението на ръководството към тяхното отделение е "удовлетворително".

Близо половината анкетирани са дали оценка "добър" (вж. фиг. 19). Тази преценка позволява да се направи извода за не особено добрата връзка администрация – изпълнители на здравни услуги, а това напълно видно в една или друга степен ще оказва влияние и върху качеството на медицинските услуги.

Следва да се отбележи, че изследваните

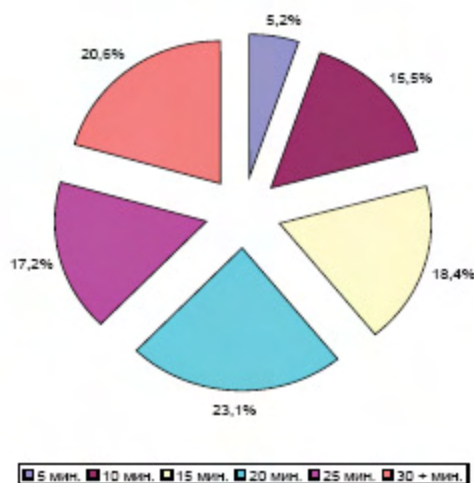
факториални признаци, не оказват влияние върху дадената преценка – $P > 0.05$. Аналогични са резултатите, получени от д-р Ил. Баташки.

Комуникативност

Важно място в лечебния процес заемат комуникативните умения на медицинския персонал. Следва да се подчертае, че още в дълбока древност бащата на медицината Хипократ подчертава многократно в своите трудове, че "словото лекува". Данните от настоящето проучване позволиха да се направи преценка колко време лекарите заделят ежедневно за всеки свой пациент. Необходимо е да се отбележи, че резултатите, получени от проучването, следва да се приемат с известен

резерв, предвид очаквания субективизъм в индивидуалните оценки. Данните от анкетата показват, че лекарите, заделящи значително време за всеки свой пациенти (20 и повече минути), представляват близо две трети (фиг. 20). Потърсена беше зависимост между възрастта на лекарите и ежедневно отделяното време за пациентите. Констатира се изразена корелационна зависимост, като коефициентът на корелация показва съществуването на голяма и обратна причинно-следствена

Фиг. 20. Ежедневно отделяно време за здравния статус на всеки пациент



връзка $r_{xy} = 0.83 \pm 0.04$, а това означава, че с увеличаване на възрастта на лекарите намалява времето, заделено от тях за пациентите.

Най-продължително време отделят младите лекари, тези във възрастовата група до 29 години. С увеличаване на възрастта е очертана трайно изразена тенденция на намаляване на това време, като най-ниска стойност е регистрирана при лекарите над 60 години. Между възрастта на лекарите и ежедневно отделяното време за пациентите съществува изразена причинно-следствена зависимост, като изчисленият коефициент на корелация е със стойност 0.63 ± 0.04 , т. е. с увеличаване на възрастта статистически значимо намалява времето, заделено за пациентите.

Времето, отделяно за диагностично-лечебни дейности, се намира в изразена зави-

симост от наличието на специалност на лекарите (вж. табл. 17). Статистически значимо по-продължително време отделят за своите пациенти лекарите без специалност.

От съществено значение за психическия статус на пациентите е отделянето на време от медицинския персонал и конкретно от лекарите за разговори, свързани с проблеми от семеен, професионален и битов характер. Както се вижда от фигура 21, по-малко от половината анкетирани са посочили, че водят разговори с пациентите си.

Равностоен е относителният дял на лекарите, посочили, че понякога разговарят с пациентите си по въпроси, които не са свързани със заболяването им. Като особено неблагоприятен следва да се приеме фактът, че почти всеки пети лекар счита, че такива разговори не са необходими.

Възрастта на участвалите в анкетата лекари оказва статистически значимо влияние върху отговора за отделяне на време за провеждане на разговори по проблеми, които не са свързани със заболяването, за което пациентът е постъпил в болничното заведение – $P < 0.001$. Близо две трети от лекарите във възрастовата група до 29 години са посочили, че обръщат внимание на своите пациенти, провеждайки разговори, свързани със семейния, трудовия и обществен им бит. На второ място се нареждат най-възрастните лекари, следвани от тези във възрастовата група 50-59 години. Като неблагоприятен следва да се отчете фактът, че лекарите в най-активна творческа възраст между 30 и 50 години, заделят най-малко време за своите пациенти. Относителният дял на посочилите, че не отделят време за такива разговори, нараства динамично, като от 10 % при най-младите лекари достига до 34.4 % при най-възрастните.

Трудовият стаж също играе същес-

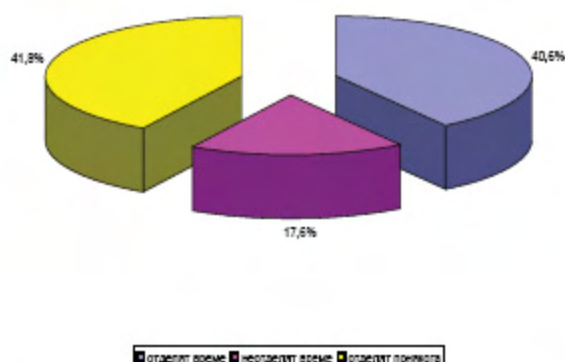
Табл. 16. Средни стойности на времето, отделяно за лечебно-диагностична работа с пациентите в зависимост от възрастта на лекарите

Възраст	Параметри								
	Брой		±		t	P_t	F	p	
до 29 г.	155	21,32	±	0,72	8,93	2,39	<0,05	37,18	<0,001
30 - 39 г.	361	20,30	±	0,36	6,95	2,95	<0,01		
40 - 49 г.	659	20,10	±	0,28	7,26	2,77	<0,01		
50 - 59 г.	608	19,16	±	0,31	7,71	2,49	<0,01		
60 +	111	17,03	±	0,73	7,66	2,22	<0,05		
Всичко	1894	19,68	±	0,17	7,52	2,57	<0,01		

Табл. 17. Основни параметри на времето, отделяно от лекарите за диагностично-лечебна работа, в зависимост от притежаването на специалност

специалност	Параметри								
	Брой		±		t	P _t	u	P _u	
Има	1690	17,5	± 0,16		6,78	2,58	<0,01	5,70	<0,001
Няма	230	20,3	± 0,46		6,96	2,91	<0,001		

Фиг. 21. Разпределение на лекарите в зависимост от това, отделят ли време за разговори с пациентите по извън здравни проблеми.



твена роля върху времето, което отделят лекарите за своите пациенти за разговорите, посочени по-горе. Учудващ е фактът, че всеки четвърти лекар от тези с най-малък стаж не разговарят със своите пациенти. На второ място са лекарите със стаж над 60 години. Различието при отделните групи по стаж е статистически значимо – $P < 0.001$ (вж. табл. 18). Другите факториални признаци: пол и

специалност не оказват съществено влияние върху този показател.

Комфорт в болничните стаи и отделения

При оценката на комфорта на болничните стаи и отделенията като цяло беше използвана десетстепенна скала. В процеса на обработката на първичната информация скалата беше преформирана в скала, позволяваща даването на качествена преценка на комфорта: оценка 1 и 2, посочени от анкетираните, са приети като "лоша"; 3 и 4 – "удовлетворителна"; 5 и 6 – "добра"; 7 и 8 "много добра" и 9 и 10 "отлична". Потърсена беше зависимост от **възрастта на лекарите** и оценката, която те дават на обстановката в болничните стаи и в отделението като цяло (вж. табл. 19).

С увеличаване на възрастта нараства относителният дял на лекарите, които дават лоша и удовлетворителна оценка. Така тази оценка при най-младите, до 29 години е 9.1 %, докато при най-възрастните е 22.2 %. Следва да отбележим, че като най-критични са лекарите във възрастовата група 40-49 години, група в която всеки четвърти лекар е дал ниска оценка. Непараметричният критерий на съгласие потвърждава H_1 , т. е. налице е изразена зависимост на оценката

Табл. 18. Време за разговори с пациентите по проблеми, извън здравните, в зависимост от трудовия стаж на лекарите

Стаж	Отделяне време за разговори по други проблеми									Общо	
	Да			Не			Нередовно				
	брой	%	Sp	брой	%	Sp	брой	%	Sp	брой	%
до 5 г.	86	37,5	3,20	58	25,0	2,85	86	37,5	3,20	230	100,00
6-10 г.	178	57,1	2,81	44	14,3	1,97	89	28,6	2,57	311	100,00
11-15 г.	113	45,0	3,15	50	20,0	2,53	87	35,0	3,02	250	100,00
16-20	89	21,7	2,08	53	13,0	1,69	255	62,5	2,43	397	100,00
21-25 г.	157	32,0	2,11	59	12,0	1,47	274	56,0	2,24	490	100,00
60+ г.	108	53,7	3,51	49	24,4	3,00	45	22,0	2,91	202	100,00
Всичко	731	41,3	1,13	313	16,7	0,87	836	42,1	1,14	1880	100,00

$$\chi^2 = 192.29 \quad P < 0.001$$

Табл. 19. Зависимост на оценката на обстановката в болничните стаи и отделенията от възрастта на лекарите

Възраст	Оценка															Общо	
	лоша			удовлетворителна			Добра			Мн. добра			Отлична				
	Брой	%	Sp	брой	%	Sp	брой	%	Sp	брой	%	Sp	брой	%	Sp		
до 29 г	15	9,1	2,26	-	-	-	29	18,2	3,03	72	45,5	3,94	44	27,3	3,51	160	100,00
30-39	15	4,0	1,02	29	8,0	1,42	88	24,0	2,23	102	28,0	2,35	131	36,0	2,51	365	100,00
40-49	62	9,6	1,18	108	16,6	1,47	155	23,8	1,67	171	26,2	1,72	155	23,8	1,67	651	100,00
50-59	15	2,5	-	90	15,0	1,59	105	17,5	1,57	211	35,0	1,94	181	30,0	1,87	602	100,00
60+	14	11,1	2,79	14	11,1	2,79	14	11,1	2,79	56	44,4	4,42	14	11,1	2,79	126	100,00
Всичко	121	6,4	0,54	241	12,7	0,77	391	20,7	0,94	612	32,4	1,07	525	27,8	1,03	1904	100,00

на обстановката от възрастта на лекарите – $P < 0.01$ ($\chi^2 = 11.09$).

Аналогични резултати са получени при разкриване на взаимовръзката на трудовия стаж и дадената оценка от лекарите. Както при възрастта, така и при стажа, най-ниска оценка са дали лекарите със стаж 16-20 години.

Притежаването на клинична специалност или отсъствието на такава не оказва статистически изразимо влияние върху оценката на обстановката в болничните отделения – $P > 0.05$ ($\chi^2 = 0.32$).

Изчислените средни стойности показват, че общата оценка е на границата между добра и много добра. Оценката при жените

е малко по-висока, но разликата не е статистически значима – $P > 0.05$. Високата оценка в известна степен следва да се приеме с резерв, като се има предвид незавидното състояние на материалната база на голяма част от болницата в страната, липсата на средствата за текущи и основни ремонти, недостатъчните средства за лекарства и консумативи, за болнично бельо и т. н.

Определен интерес представляват предложенията от лекарите за подобряване комфорта в отделенията и болничните стаи.

На първо място е поставена необходимостта от подобряване на материалната база, като в отделните отговори са включени: необходимост

Фиг. 22. Оценка на обстановката в болничните стаи и отделенията в зависимост от притежаване на специалност

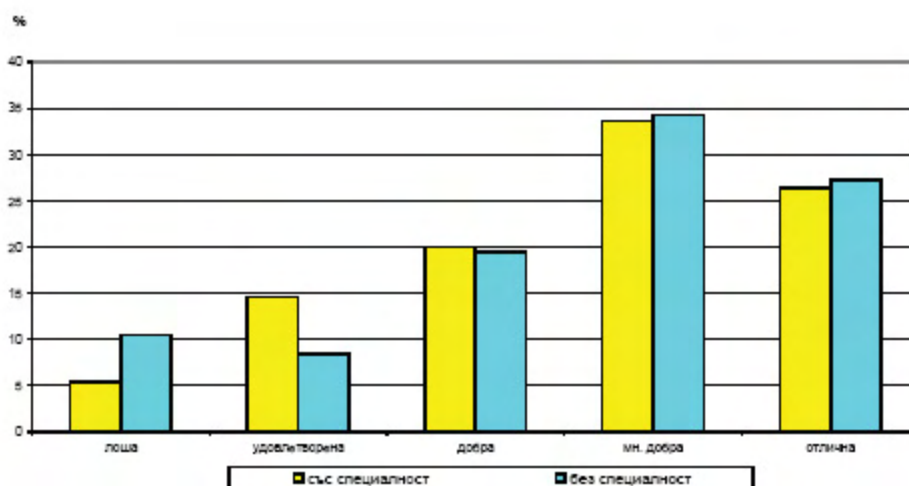


Табл. 20. Предложения на лекарите за подобряване обстановката в отделениято

Възраст	Мерки за подобряване на обстановката												Общо	
	Подобряване материалната база. Ремонти			Стриктна дисциплина в отделениято			Чистота			Други				
	брой	%	Sp	брой	%	Sp	брой	%	Sp	брой	%	Sp	брой	%
до 29 г	92	58,2	3,94	19	12	2,58	23	14,6	2,84	24	15,2	2,86	158	100,00
30-39	294	79,8	2,09	33	9,1	1,49	33	9,1	1,49	8	2,0	-	368	100,00
40-49	480	75,1	1,71	124	19,4	1,55	26	4	0,77	10	1,5	-	640	100,00
50-59	372	65,3	2	93	16,4	1,53	31	5,3	0,91	74	13,0	1,41	570	100,00
60+	93	74,4	3,92	15	12,1	2,9	11	9	2,56	6	4,5	1,95	125	100,00
Всичко	1331	71,5	1,05	284	15,3	1,83	124	6,7	0,59	122	6,6	0,58	1861	100,00

от ремонт, закупуване на съвременна апаратура, осигуряване на функционални легла и др., но водеща е необходимостта от основен ремонт.

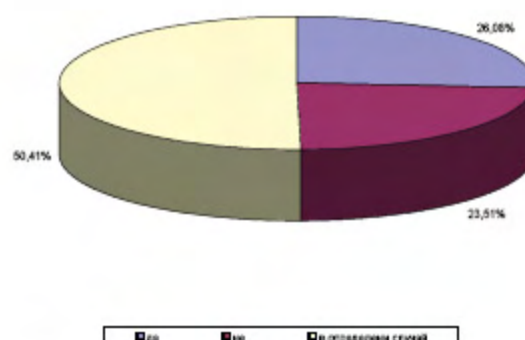
На второ място е поставена необходимостта от стриктно спазване на дисциплината и преди всичко на лечебно-охранителния режим. Проведеният непараметричен анализ с критерия на Пирсън позволява да се констатира, че възрастта и трудовия стаж на висшия медицински персонал оказват съществено влияние върху предложенията за мерки, които биха способствали за подобряване на комфорта в болничните стаи, а от там и на болничните отделения – $P < 0.0001$ ($\chi^2 = 136.30$) за възрастта и 87.22 за трудовия стаж.

Предоперативен престой

Въпросът за предоперативния престой и неговата необходимост е дискусативен. В редица Западноевропейски страни този показател не се мониторира. Самият престой е свързан с разходването на допълнителни средства за хотелски услуги и заемане на легла, които от гледна точка на маркетинга би следвало да се използват по пряко предназначение, а именно за оперативно и постоперативно лечение. В този контекст беше потърсена оценката на лекарите за необходимостта от този престой.

Приблизително равностойно са представени лекарите, потвърдили необходимостта от предоперативен престой при планов прием и тези, посочили, че такъв не е необходим (вж. фиг. 22). Като неориентирани следва да бъдат приети половината от участвалите в анкетата,

Фиг. 23. Мнение на лекарите за необходимостта от предоперативен престой при планов прием



нямащи мнение по въпроса и дали отговор "при определени случаи".

Трудовият стаж на лекарите е базов показател, явяващ се основна предпоставка за изграждане на виждания по основните професионални проблеми от ежедневната практика. Резултатите от анкетата позволяват да се направят интересни изводи: с увеличаване на общия трудов стаж динамично намаляват относителните дялове на лекарите, посочили, че предоперативния престой е необходим като $29.2 \pm 2.06\%$ при лекарите със стаж до 10 години достига до $23.5 \pm 3.00\%$.

Паралелно с това е налице обратната тенденция при мнението "не е необходим предоперативен престой", като относителният дял на посочилите този отговор нараства с 8.6 пункта при лекарите със стаж над 26 години в сравнение с

Табл. 21. Влияние на трудовия стаж на лекарите върху мнението за необходимостта от предоперативен престой при планов прием на болните

Стаж	Необходимост от предоперативен престой									Общо	
	Необходимост			Не е необходим			В определени случаи				
	брой	%	Sp	брой	%	Sp	брой	%	Sp	брой	%
до 10 г.	142	29,2	2,06	104	21,4	1,85	214	49,4	2,27	487	100,00
11 - 15	64	29,1	3,07	44	20,1	2,7	111	50,8	3,38	219	100,00
16 - 20	101	27,7	2,36	75	20,7	2,14	187	51,6	2,62	363	100,00
21 -25	106	24,0	2,03	116	26,2	2,09	220	49,8	2,38	442	100,00
26+	48	23,5	3,00	61	30	3,21	94	46,5	3,5	203	100,00
Всичко	458	26,7	1,07	402	23,5	1,06	854	49,8	1,46	1714	100,00

 $P > 0.05$
 $\chi^2 = 11.30$

най-младите (вж. табл. 21). Както беше отбелязано, отговор "в определени случаи" са дали половината от анкетираните, отговорили на въпроса, като и тук има известни различия, определящи се от продължителността на трудовия стаж.

Притежаването на специалност влияе в една или друга степен върху вижданията на лекарите по поставения въпрос за необходимостта от предоперативен престой (вж. диагр. 24). Констатира се алтернативната хипотеза – H_1 , хипотеза, определяща се от изразените различия в

мненията на двете сравнявани групи – $P < 0.01$. С близо 10 пункта е по-голям процентът на лекарите без специалност, посочили, че е необходимо да има предоперативен престой при планов прием на болните, а от друга страна при тях относителният дял на посочилите, че този престой е излишен е с 6.8 % по-малък от този при специалистите (вж. фиг. 24).

Потърсено беше мнението на лекарите за пътищата, които биха довели до **намаляване на предоперативния престой**. На първо място лекарите поставят подготовка-

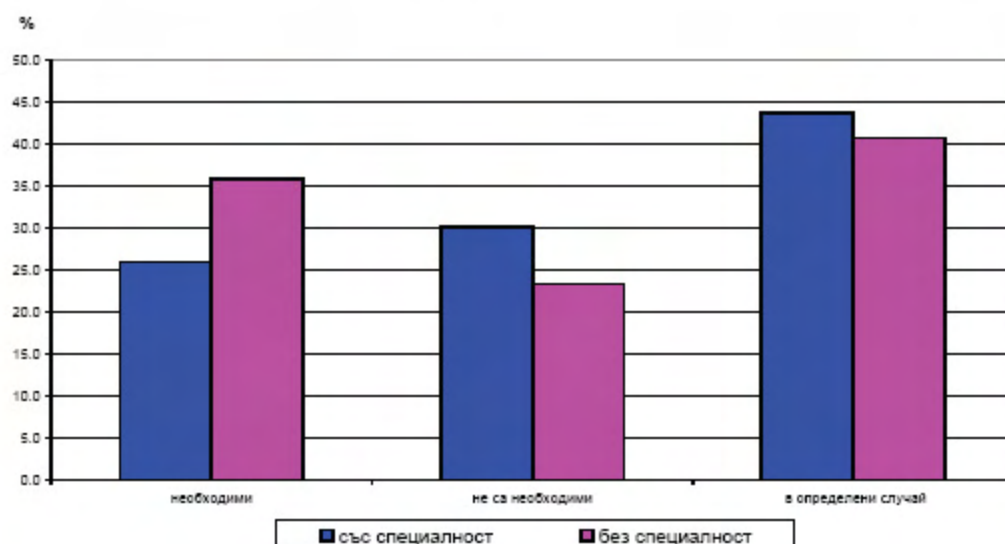
Фиг. 24. Мнение на лекарите за необходимостта от предоперативен престой при планов прием


Табл. 22. Предложения на лекарите за намаляване на предоперативния престой

Предложения	Брой	%	Sp
Уточнена диагноза от семейния лекар и готови изследвания	523	55,7	1,62
Пълноценна подготовка за хоспитализация в ДКЦ	89	9,48	0,96
Организационни мероприятия в клиниката	89	9,48	0,96
Други	238	25,35	1,42
Всичко	932	100	-

та от общопрактикуващия лекар.

На второ място отново адресът е към извънболничната помощ, като препоръката на лекарите е Диагностично-консултативните центрове, които са една от насочващите към хоспитализация институции, да подготвят пълноценно пациентите, които насочват за оперативно планово лечение. На трето място са мероприятията, които трябва да се провеждат в болничното отделение, мероприятията, свързани с бързо и екзактно извършване на предоперативната подготовка. В отговора "други", значителен дял заемат препоръки, насочени към Медицинските училища, като те са насочени както за редовното обучение на студентите, така и за следдипломната квалификация.

Изводи:

1. По-малко от една четвърт от анкетиранията лекари са посочили, че не е необходим предоперативен престой.

2. Общият трудов стаж и притежаването на клинична специалност са факториални признаци, оказващи съществено значение за мнението на лекарите за необходимостта от предоперативен престой при планов прием на болните.

3. Предоперативният престой се дължи преди всичко на недостатъчната подготовка на лекарите от ПЗП и липсата на добра колаборация между доболнична и болнична медицинска помощ

Заплащане на болнично обслужване

Демографското стареене на населението, увеличаването на хроничните заболявания, повишените очаквания и претенции на населението към здравното обслужване и все по-скъпите медицински технологии до-

ведоха до неудържимо нарастване на разходите за здравното обслужване. Заплащането на медицинските дейности в настоящия етап на действащата здравна реформа се реализира от четири източника:

- Националната здравно осигурителна каса.
- Министерството на здравеопазването.
- Доброволни здравно осигурителни фондове.
- Регламентирани и нерегламентирани плащания от пациентите.

Преди две хиляди и триста години Хипократ е казал, че обществото е длъжно да осигури на лекаря такива условия за живот, че той да не е принуден да търси средства от своите болни. Не е така обаче в настоящия период на здравна реформа. Хроничният недостиг на средствата, особено в системата на болничното обслужване, както ниските заплати на медицинския персонал са предпоставка за корупция сред медицинските кадри. В настоящето проучване правим опит да разкрием съществува ли корупция и ако да, какви са причините.

За приемане в отделението са взети пари от $7.9 \pm 0.62\%$ от пациентите, а "не винаги" са вземали пари 8.9% .

За закупуване на лекарства не са искани пари от по-малко от половината пациенти - $42 \pm 1.14\%$. Още по-малък е относителният дял на болните, които не са плащали за закупуване на консумативи - $29.5 \pm 1.07\%$.

Притеснителен е фактът, че всеки пети пациент е бил принуден да заплаща извършената операция - $22.8 \pm 1.08\%$. Три от посочените причини за вземане на пари от пациентите са за неща, за които следва да се

Фиг. 25. Причини за вземане на пари от лекарите

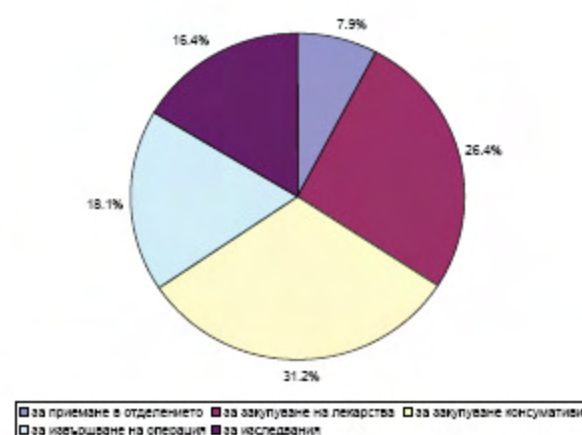


Табл. 23. За какво са вземани пари от пациентите по данни на анкетираните лекари

Причини за вземане на пари	искали ли са пари от пациенти									Общо	
	Да			Не			Невинаги				
	брой	%	Sp	брой	%	Sp	брой	%	Sp	брой	%
за приемане в отделението	151	8.4	0.63	1514	82.8	0.88	163	8.9	0.67	1828	100.00
за закупуване на лекарства	503	27.7	1.03	795	42.2	1.14	586	31.1	1.07	1884	100.00
за закупуване на консумативи	595	32.4	1.09	543	29.5	1.07	701	38.1	1.131	1839	100.00
за извършване на операция	344	22.8	1.08	891	58.9	1.27	276	18.3	0.99	1511	100.00
за изследвания	312	16.3	0.83	1087	56.8	1.13	516	26.9	1.01	1915	100.00
Всичко	1905	21.2	0.42	4830	53.8	0.53	2242	24.8	0.46	8977	100.00

Табл. 24. Причини за искане на пари от пациентите, посочени от лекарите

Причина	брой	%	Sp
1. Недостатъчно средства в бюджета	457	22.4	0.92
2. Ниски заплати	637	31.3	1.03
3. Лоша организация в заведението	169	8.3	0.6
4. Скъпи консумативи и технологии	224	11	0.69
5. Нередовно изплащане на заплатите	16	0.8	-
6. Болният сам предлага	380	18.7	86
7. Други	152	7.5	0.6
Всичко	2034	100	-

осигурят средства от бюджета на здравното заведение. Това се отнася за "закупуване на лекарства", "закупуване на консумативи" и за "изследвания".

На участниците в анкетата беше предоставена възможност да посочат причините, довели до искането на пари от пациентите.

На трето място, колкото и да е учудващо, е посочено, че пациентите сами предлагат пари. Интересно е да се проучи мнението на пациентите, защо предлагат пари без да им са поискани. На четвърто място е посочено "скъпите консумативи и технологии".

Изводи:

1. Неоспорим факт е, че лекарите вземат пари от пациентите, но по-голямата част от средствата са за неща, които е следвало да осигурява болничното заведение – лекарства, консумативи и за изследвания.

2. Като основни причини за искане на пари от пациентите са посочени ниските заплати, недостатъчните средства в бюджета, скъпите консумативи и технологии. Определен интерес представлява поставения на трето място мотив – пациентите сами предлагат.

Заклучение:

Професионалният и потребителски аспект на качеството на болничната помощ формират неговия бинарен характер. При формиране на оценката на качеството винаги трябва да се имат предвид както професионалните, така и потребителските очаквания за качествена услуга. Изискванията на финансиращите институции за "стратегическо закупуване" на медицински услуги играят също значима роля при формирането на системата за управление на качеството.

Използвана литература:

1. Баташки И. Качество на медицинското обслужване в хирургичните звена на МБАЛ "Пловдив" АД. МУ Пловдив, 2004, дис."доктор".
2. Бранков Бр. Съвременни въпроси на лекарската етика. Соц. Мед., VII, 2000, No 1, 43-44.
3. Воденичаров Ц., В. Борисов, Ст. Гладилков, К. Чамов, Д. Кръшков. Модел за ефективно развитие на българското здравеопазване., Здравен мениджмънт, 2005, 5, 2, 5-14.
4. Договаряне/ Методи на заплащане; ОК/МО. Стратегически план за въвеждане на система за осигуряване на качеството и медицинския одит в заведенията за здравна помощ в България. Проект Реформа в здравния сектор; *Technikas de Salud* март 2003.
5. Корийков Ц. Управление на качеството. Русе, 1998.
6. Пюргенгер У., Абул Б., Дези Д. Политика на качеството в здравните системи в страните кандидатки за членство в ЕС. Състояние и перспективи. Федерално министерство на Социалната Сигурност и Обществото, Виена, 2001.
7. Чобанянова И. Оценка на качеството на здравната помощ. Доклади от I-ва Международна юбилейна конференция "Здравеопазването – предизвикателствата на промяната", Варна 16-18 Октомври 2003, 85-90.
8. Чамов К., Н. Щерева. Европейският съюз: управленски структури, здравна политика и програми. Здравен мениджмънт, 2006, 1, 3-8.
9. Anderson, J. A vision of Quality in Medical Education by Charles Suwanela, *Academic Medicine*, 1995; Vol 70, No7, Juli, Suppl; 38-40.
10. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? In Graham N., ed. *Quality Assurance in Hospitals*. Maryland: Aspen Publishers Inc., 1990.
11. Lawrence M, Olesen F. Indicators of quality in health care, *Eur J Gen Pract*, 1997; 3: 103-108.
12. Nelson, EC. et al. Patient-based quality measurement system. *Qual. Manag in Healthc*, Vol. 2, No 1: 18-30.
13. Turner JG, Chavighy RH. *Delivery and Evaluation of community nursing Services*, Community Health Nursing, edited by JB Lippincott Company, 1999; 193- 203.
14. Wasowitcz DK., Smhmitz RF., Go PM. Assessment of day surgery in a district training hospital: safety, efficacy and patients satisfaction. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2000; 30; 144(40): 1919-23.

Адрес за кореспонденция:

Д-р Златица Петрова
 НЗОК,
 ул. Кричим 1, 1407 София
 9659180
 zpetrova@mail.bg