

**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ - СОФИЯ**  
**ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ -СОФИЯ**  
**Катедра „Здравна политика и мениджмънт“**

**ХРИСТИНА АНГЕЛОВА ГАВАЗОВА**

**УПРАВЛЕНИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ**  
**РЕСУРСИ В СЪВРЕМЕННАТА**  
**БОЛНИЦА**

**АВТОРЕФЕРАТ**

**НА ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД**  
**ЗА ПРИСЪЖДАНЕ НА ОБРАЗОВАТЕЛНА И**  
**НАУЧНА СТЕПЕН**  
**„ДОКТОР“**

Област на висше образование 7. „Здравеопазване и спорт“  
Професионално направление 7.4. „Обществено здраве“  
Докторска програма „Социална медицина и организация на  
здравеопазването и фармацевтиката“

**НАУЧНИ РЪКОВОДИТЕЛИ**

проф. д-р Сашка Руменова Попова, дм  
проф. д-р Стайко Иванов Спиридонов, дм

**РЕЦЕНЗЕНТИ**

проф. д-р Сашка Руменова Попова, дм  
проф. д-р Елена Младенова Шипковенска, дм

София, 2019 г.

Дисертационният труд е одобрен и насрочен за публична защита на катедрен съвет на катедрата по „Здравна политика и мениджмънт“ при Факултета по Обществено здраве на Медицински университет – София.

Дисертационният труд съдържа 137 стандартни страници, онагледен е с 5 фигури, 43 таблици и 2 приложения. Библиографската справка включва 153 източника, от които 61 на кирилица и 92 на латиница.

**Научно жури:**

проф. д-р Сашка Руменова Попова, дм  
проф. д-р Стайко Иванов Спиридонов, дм  
проф. д-р Елена Младенова Шипковенска, дм  
проф. д-р Веселин Борисов Василев, дмн  
доц. д-р Боряна Миткова Парашкевова, дм

**Резервни членове:**

проф. д-р Ралица Златанова Златанова – Великова, дм  
проф. д-р Мария Анастасова Семерджиева, дм

Публичната защита на дисертационния труд ще се състои на 03.04.2019г. от 13.00 часа в зала № 7 на Факултета по обществено здраве, Медицински университет – София, ул. „Бяло море“ № 8.

Материалите по защитата са на разположение в Секретариата на Деканата на Факултета по обществено здраве, МУ – София, ул. „Бяло море“ № 8, гр. София и са публикувани на неговата интернет страница.

Номерацията на таблиците и фигурите не отговаря на тази в дисертационния труд.

## СЪДЪРЖАНИЕ

ВЪВЕДЕНИЕ.....	4
I. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОЛОГИЯ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО.....	7
II. РЕЗУЛТАТИ ОТ ЕМПИРИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ НА УПРАВЛЕНИЕТО НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ В СЪВРЕМЕННАТА БОЛНИЦА.....	13
III. ИЗВОДИ.....	43
IV. ПРЕПОРЪКИ.....	46
V. ПРИНОСИ .....	47
VI. ПРИЛОЖЕНИЯ.....	49
VII. ПУБЛИКАЦИИ, СВЪРЗАНИ С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД.....	55

## **ВЪВЕДЕНИЕ**

Глобализацията на здравните проблеми в съвременното общество изисква задълбочено проучване на взаимовръзките между медицината и обществото. Както е известно, здравеопазването е един от отраслите на националното стопанство, които имат водещо значение за благосъстоянието и за качеството на живот на отделния гражданин.

През последните две десетилетия водещи икономисти представят доказателства в подкрепа на идеята, че човешкият капитал, в смисъла на здрава и добре образована работна сила, е ключова предпоставка за икономическия растеж на всяка страна. Взаимозависимостта между икономика и здраве се доказва от множество изследвания. Не малко са научните доказателства за това, че подобренията в здравето резултат в повишаване на продуктивността на работната сила. Слабостите в осигуряването на медицинска помощ и недофинансирането на здравеопазването, от друга страна, се отразяват негативно върху конкурентноспособността на икономиката. Очевидни са негативните социални и икономически ефекти на влошеното здраве върху всяко общество.

Първостепенният въпрос е как да се прегрупират ресурсите на здравеопазването, за да се осигурят най-добрите и икономически най-ефективните решения за по-нататъшното развитие на здравеопазването. Как да бъдат реорганизирани здравните дейности, специалистите, уменията, оборудването, информацията, за да се постигнат по-добри клинични, финансови и ориентирани към пациента резултати. А това означава да се изгради много по-добро обществено и професионално разбиране на начина, по който медицината повлиява живота на човека в общността, споделянето на обществената среда, икономиката и социалния живот.

Наред с исторически установената си силна мисия в образователните стратегии, здравеопазването има потенциален принос в търсенето на по-добра справедливост и лесен достъп на всеки до лечебните заведения и медицинските специалисти. В тази връзка пред днешните здравни политици и мениджъри стоят редица задачи с оглед разработване и внедряване на такива модели за израждане капацитета на българското здравеопазване, които биха позволили най-ефикасно използване на наличните ресурси и постигане на възможно най-ефективни резултати.

За тази цел е нужно текущото събиране и анализиране на специфична информация за нагласите, отношението и потребностите на медицинските професионалисти, които са преки участници в процеса на здравеопазване и реализиране на реформата. Подобна информация обаче продължава да се подценява у нас на всички нива на системата на здравеопазване. Липсата на такава информация сериозно затруднява управлението на процесите на промяна и изграждането на човешките ресурси в здравеопазването. На този факт внимание обръща В. Борисов в книгата „Стратегически здравен мениджмънт – философия и практика”. Изтъква се, че здравната реформа трябва да се управлява в съответствие със закономерностите на общественото мнение и мнението на медицинските професионалисти. Подценяването и пренебрегването на този въпрос може да има важни и устойчиви негативни последици. Преодоляването на това подценяване следва да бъде важна задача на управлението на цялостния процес на здравната реформа в нашата страна и в частност – управлението на човешките ресурси в здравеопазването.

Разширяването на управленската и финансова автономия на лечебните заведения за болнична помощ и засилването на конкуренцията между тях извежда на преден план въпросите, свързани с управленската компетентност, екипния подход в управлението на болницата и непрекъснатото обучение на персонала с оглед осигуряване на условия за

професионално развитие и удовлетвореност на работещите в лечебните заведения.

Управлението на човешките ресурси в съвременните лечебни заведения придобива особена актуалност в условията на членство на страната ни в Европейския съюз с оглед осигуряване на конкурентно способни лечебни заведения и ефективност на предоставяните здравни услуги. В тази ситуация изключително важно е да се проучат възможностите за професионално-квалификационно развитие на практикуващите медици и онези социално-психологични и социални фактори, които създават такава мотивационна среда, която ще направи възможно те пълноценно да реализират себе си в медицинската практика.

Настоящото изследване си постави за цел да проучи какво е организационното състояние и управлението на човешките ресурси в лечебните заведения за болнична помощ, както и отношението на практикуващите медицински специалисти към протичащите реформи и да се потърсят възможности за оптимизиране ефективността на медицинските дейности.

# **I. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО**

## **1. Цел и задачи на изследването**

### **Цел**

Изследването си поставя за цел на базата на сравнителен анализ на състоянието на човешките ресурси в здравеопазването у нас и страните от Европейския съюз, данни от Световната здравна организация, критичен анализ на резултатите от реформата в здравеопазването и анкетно проучване на отношението на здравните мениджъри и медицински специалисти към управлението на персонала в лечебните заведения, да изведе препоръки за по-нататъшно развитие на човешките ресурси в болничния сектор на здравеопазването.

### **Хипотеза**

Застаряването на населението и увеличаването на заболяемостта у нас оказват мощен натиск върху медицинските професионалисти. Редица изследвания установяват, че в условията на здравна реформа неблагоприятното въздействие върху образованието на медицинските професионалисти е много силно. Към тези причини за наблюдаваните негативни тенденции по отношение на човешките ресурси в здравеопазването, съществено значение имат и откритите се възможности за свободно движение на лекарите и медицинските сестри в огромния трудов пазар на Европа.

## **Задачи**

За постигането на целта, изследването си поставя за разрешаване следните задачи:

1. Да се анализира и оцени настоящото състояние на човешките ресурси в здравеопазването.
2. Да се разкрият факторите, които формират и поддържат неравномерното разпределение и недостига на персонал в областта на лечебните заведения за болнична помощ.
3. Да се проучат нерешените проблеми на управленския екип на съвременната болница и да се определи дефицита в уменията на здравните мениджъри.
4. Да се проучи мнението на практикуващите лекари и други медицински специалисти за протичащите реформи и тяхното лично участие в тях.
5. Да се анализира организационното състояние и да се определят потребностите от промяна и обучение на персонала в съвременната болница.
6. Да се разработят предложения, които да подпомогнат политиката в областта на обучението и развитието на човешките ресурси в здравеопазването.

## **2. Обект и предмет на изследването**

### **Обект на изследването**

Университетските болници в страната са избрани за обект на изследване, като типичен представител на съвременните болници с висококвалифициран медицински персонал и модерно за страната ни технологично оборудване.



### **Предмет на изследване са:**

Организацията и качеството на управлението на медицинския персонал в университетските болници със 100% държавно участие /както многопрофилни, така и специализирани/ и тези със 100% частен капитал.

### **3. Методология на изследването**

#### **3.1. Единици на наблюдение:**

Логически единици в изследването са здравните мениджъри и медицински специалисти работещи в университетските болници в страната.

Технически единици са клиниките/отделенията/лабораториите на университетските болници в страната.

Като се взе предвид общия брой на персонала в изследваните университетски болници и разпределението му по категории се прецени, че за целите на изследването трябва да бъдат обхванати поне 10% от заетите. Акцентът на изследването бе поставен върху типичните проблеми в управлението на болничния сектор.

За целите на изследването се разработиха две анкетни карти – Приложение 1 – служи да очертае основните управленски проблеми в болничния сектор и Приложение 2 – изследва нивото и характера на конфликтните ситуации в работна среда. Използва се непреднамерен (случаен) подбор на анкетираните здравни мениджъри и медицински специалисти в клиниките/отделенията/лабораториите на университетските болници.

Осъществено бе изследване на професионалното и общественото мнение относно управлението на човешките ресурси в университетските болници в страната, създадени както с държавен, така и с частен капитал, с

цел анализиране на спецификата на управлението на човешките ресурси, в зависимост от вида на капитала, както и от ситуирането на лечебното заведение на територията на страната /столица-провинция/.

Изследването бе проведено в три университетски болници:

1. „Университетска многопрофилна болница за активно лечение „Свети Георги“ ЕАД, гр. Пловдив /УМБАЛ Свети Георги ЕАД/:

Изследването бе проведено в УМБАЛ Свети Георги ЕАД през 2015г. Към датата на изследването средносписъчният персонал в болницата /заети щатни бройки/ включва 2628 души. От тях – 584 са лекари, а 1006 души са медицински сестри, акушерки, рехабилитатори, фелдшери и лаборанти. Раздадени за попълване бяха 150 анкетни карти Приложение № 1, което представлява 9,4% представителна извадка от работещите в болницата, като попълнени се върнаха 102 анкетни карти /6,4%. Раздадени за попълване бяха и 90 анкетни карти Приложение № 2, като всички от тях се върнаха попълнени.

2. „Специализирана болница за активно лечение на хематологични заболявания“ ЕАД, гр. София /СБАЛХЗ ЕАД/:

Изследването бе проведено в СБАЛХЗ ЕАД през 2017г. Към датата на изследването средносписъчният персонал в болницата /заети щатни бройки/ включва 225 души. От тях – 58 са лекари, а 77 души са медицински сестри и лаборанти. Раздадени за попълване бяха 70 анкетни карти Приложение № 1 и 70 анкетни карти Приложение № 2, което представлява 31,1% представителна извадка от работещите в болницата. Попълнени се върнаха 48 анкетни карти /Приложение № 1 и Приложение № 2/, т.е. 21.3%.

3. „Университетска многопрофилна болница за активно лечение – Каспела” ЕООД, гр. Пловдив / УМБАЛ – Каспела/:

Изследването бе проведено в УМБАЛ - Каспела ЕООД през 2018г. Към датата на изследването средносписъчният персонал в болницата /заети

щатни бройки/ включва 347 души. От тях – 156 са лекари, а 161 души са медицински сестри, лаборанти и рехабилитатори. Раздадени за попълване бяха 110 анкетни карти Приложение № 1 и 110 анкетни карти Приложение № 2, което представлява 31.7 % представителна извадка от работещите в болницата. Попълнени се върнаха всички 110 анкетни карти /31.7%/.

### **3.2. Инструменти за набиране на първична информация:**

*Използват се социологически методи за набиране на първична информация:*

- анкетно проучване на отношението на медицинските специалисти към здравната реформа и условията на работа в университетската болница;
- документален метод за проучване на официалната статистическа информация.

*Прилагат се методи за анализ:*

- сравнителен анализ – на базата на достъпната литература у нас и материали на СЗО е направен сравнителен анализ по основни показатели на човешките ресурси в здравеопазването;
- критичен анализ на протичащите промени в здравеопазването.

### **3.3. Математико-статистически методи за обработка на първичната информация**

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

- честотни количествени и категорийни разпределения;
- представяне на данните в статистически таблици и диаграми.

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

Прилагат се следните методи:

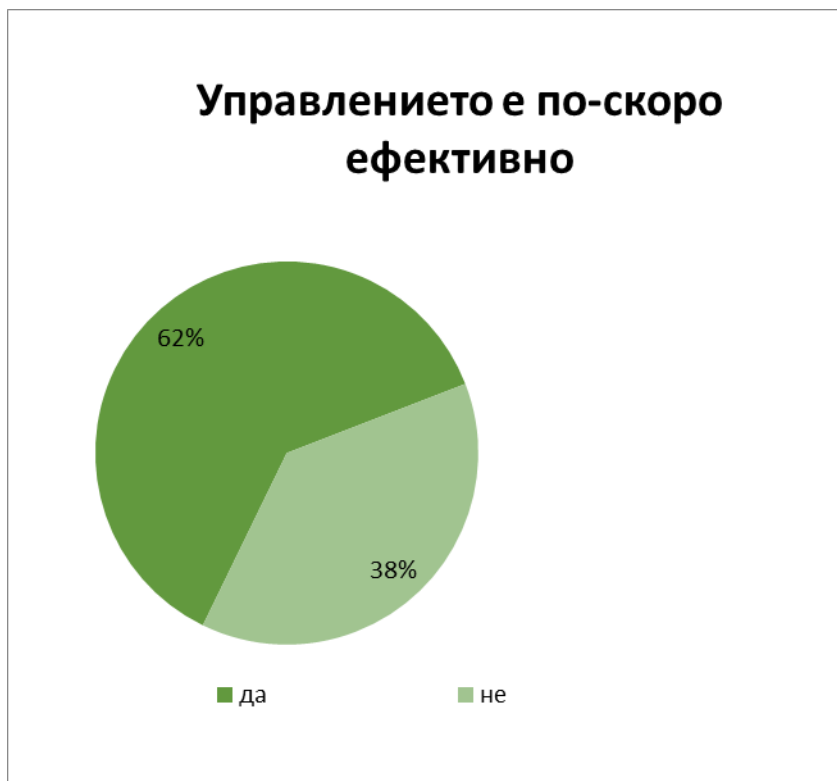
1. *Дескриптивен анализ* – в табличен вид е представено честотното разпределение на разглежданите признаци.
2. *Графичен анализ* – за визуализация на получените резултати.
3. *Алтернативен анализ* – за сравняване на относителни дялове.
4. Разликите в отговорите на университетските болници се измерват с *описателен анализ*.

## **ПРЕЗУЛТАТИ ОТ ЕМПИРИЧНО ИЗСЛЕДВАНЕ НА УПРАВЛЕНИЕТО НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ В СЪВРЕМЕННАТА БОЛНИЦА**

### **Оценка на анкетираните за ефективността на управлението на университетските болници в страната**

Видно от Фиг. 1, по-голяма част от анкетираните са на мнение, че управлението на университетските болници, в които работят, е по-скоро ефективно

Фиг. 1 Ефективност на управлението



Фиг. 2 Оценка на причините водещи до неефективност в управлението на университетските болници.

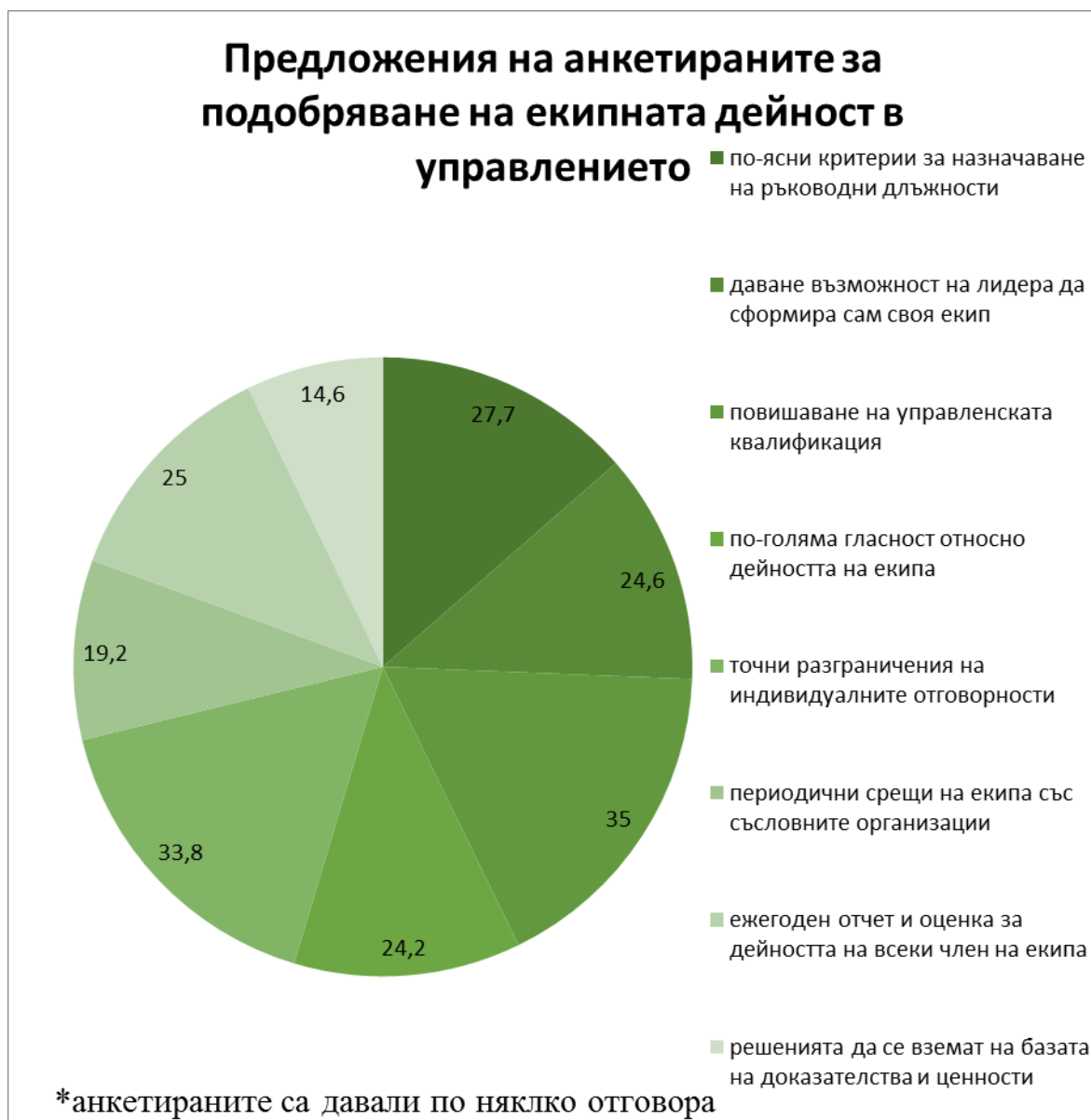


### Степенуване на основните причини за неефективността на дейността на управленските екипи в болниците

Най-голям процент от анкетираните /45% от отговорите/ считат, че липсата на достатъчна подготовка и обучение по здравен мениджмънт, на здравните мениджъри, е основната причина за недостатъчната ефективност на дейността на управленските екипи на болниците. Повече от една трета от анкетираните /34% от отговорите/ пък са на мнение, че непознаването на специфичните условия в болниците води до неефективен здравен мениджмънт, което се отразява негативно върху цялостното функциониране на лечебното заведение. Голям е и процентът /21% от отговорите/ на тези, които считат, че основна причина за ниската ефективност на дейността на управленските екипи е преобладаващото в лечебните заведения еднолично управление, нетърпящо както критиките,

така и внедряването на идеи различни от тези на управителя/изпълнителния директор на болницата.

Фиг. 3 Класация на препоръките за подобряване на екипната дейност в управлението:



От Фигура 3 се вижда, че на въпроса относно препоръките за подобряване на екипната дейност в управлението, с които анкетирани са съгласни, най-често /35,0%/ е посочвана препоръката „Повишаване на управленската квалификация“, следвана от „Точни разграничения на индивидуалните отговорности“ с 33,8%. Най-малко се считащите, че

решенията трябва да се вземат на базата на доказателства и ценности /14,6%/.

**Сигнификантни разлики в препоръките за подобряване на екипната дейност в управлението при многопрофилните и специализираните университетски болници, както и при тези създадени с държавен и с частен капитал**

**Таблица 1: Честотно разпределение на препоръките за подобряване на екипната дейност в управлението с които анкетираните са съгласни**

Отговори	УМБАЛ Каспела, Пловдив (n=110)		УМБАЛ Свети Георги ЕАД, Пловдив (n=102)		СБАЛХЗ ЕАД, София (n=48)		Общо (n=260)	
	n	%	N	%	N	%	n	%
По-ясни критерии за назначаване на управленски длъжности	26	23,6 <sup>a</sup>	24	23,5 <sup>a</sup>	22	<b>45,8<sup>b</sup></b>	72	27,7
Даване възможност за лидера да формира сам своя управленски екип	32	29,1 <sup>a</sup>	16	15,7 <sup>b</sup>	16	33,3 <sup>a</sup>	64	24,6
По-голяма гласност на дейността на управленския екип	28	25,5 <sup>a</sup>	15	14,7 <sup>b</sup>	20	41,7 <sup>a</sup>	63	24,2
Повишаване на управленската квалификация	32	29,1 <sup>a</sup>	14	13,7 <sup>b</sup>	45	<b>93,8<sup>c</sup></b>	91	<b>35,0</b>
Точни разграничения на индивидуалните отговорности	53	48,2 <sup>a</sup>	10	9,8 <sup>b</sup>	25	52,1 <sup>a</sup>	88	33,8
Периодични срещи на екипа със съсловните организации	30	27,3 <sup>a</sup>	10	9,8 <sup>bc</sup>	10	20,8 <sup>ac</sup>	50	19,2
Ежегоден отчет и оценка за дейността на всеки член на екип	30	27,3 <sup>a</sup>	9	8,8 <sup>b</sup>	26	<b>54,2<sup>c</sup></b>	65	25,0
Решенията да се вземат на базата на доказателства и ценности	17	15,5 <sup>a</sup>	4	3,9 <sup>b</sup>	17	<b>35,4<sup>c</sup></b>	38	14,6



\* еднаквите букви по хоризонталите указват на липса на сигнификантна разлика, а различните – наличие на такава.

От Таблица 1 се вижда, че на въпроса относно препоръките за подобряване на екипната дейност в управлението, анкетираниите от СБАЛХЗ ЕАД, София, сигнификантно по-често са посочвали препоръката „По-ясни критерии за назначаване на управленски длъжности“ спрямо другите две болници, които не се различават статистически по честотата на този отговор. Анкетираниите от УМБАЛ Свети Георги ЕАД, Пловдив, сигнификантно по-рядко са посочвали препоръките „Даване възможност за лидера да формира сам своя управленски екип“, „По-голяма гласност на дейността на управленския екип“ и „Точни разграничения на индивидуалните отговорности“ спрямо останалите две болници, които не се различават статистически по честотата на този отговор. При три от препоръките – „Повишаване на управленската квалификация“, „Ежегоден отчет и оценка за дейността на всеки член на екип“ и „Решенията да се вземат на базата на доказателства и ценности“ се установява сигнификантна градация на относителната честота на посочване, която е най-ниска при УМБАЛ Свети Георги ЕАД, Пловдив и най-висока при СБАЛХЗ ЕАД, София. „Периодични срещи на екипа със съсловните организации“ – значимо по-рядко са давани от анкетираниите от УМБАЛ Свети Георги ЕАД, Пловдив спрямо УМБАЛ Каспела, Пловдив, но не и от СБАЛХЗ ЕАД, София, които по честотата на този отговор не се различават статистически от останалите две болници.

От гореизложените данни е видно, че екипният подход в управлението на болниците е недостатъчно развит и ефективен, което често води до липсата на справедливост при вземането на решения и даването на оценки.

Налице са затруднения и ограничения в работния процес, свързани със съществуването на проблеми в екипния подход в болничната практика.

Подобряването на екипната дейност би могло да бъде постигнато най-ефективно посредством повишаването на управленската квалификация на управленския екип.

Необходимостта решенията да бъдат вземани от управленския екип на базата на доказателства и ценности все още не е достатъчно осъзната.

### **Основни проблеми пред управлението на човешките ресурси в лечебните заведения за болнична помощ**

Основен въпрос пред мениджърските екипи на всяка една болница е осигуряването на достатъчно средства за финансиране на осъществяваната от лечебните заведения лечебно-диагностична дейност. Основен източник за финансиране и към настоящия момент си остава НЗОК. Въвежданите от НЗОК лимити в заплащането на осъществяваната от лечебните заведения за болнична помощ лечебна дейност се оценят различно от различните участници на пазара на здравни услуги, както и от лекарите и медицинските сестри работещи в болниците.

Най-голяма част от анкетиранияте /69,2%/ са на мнение, че въвежданите от НЗОК лимити затрудняват качествено и своевременно лечение на пациентите, тъй като често водят до принудителна забава в започването на лечението на част от плановете пациенти и налагат използването на най-евтиното, а не на най-ефикасното лечение. Приблизително една пета /19,2%/ от анкетиранияте са на мнение, че лимитите, които налага НЗОК водят единствено и само до нарастване на дълговете на болниците, като едва 11,5 % от анкетиранияте са на мнение, че лимитите водят до ограничаване на необоснованото разходване на

средства от страна на лечебните заведения за болнична помощ. Прави впечатление, че този отговор е даван статистически еднакво често от анкетираните от трите болници /табл. 2/.

**Таблица 2: Честотно разпределение на отговорите на въпроса „Как оценявате въведените от НЗОК лимити в заплащането на осъществената от болниците лечебна дейност?“**

Отговори	УМБАЛ Каспела, Пловдив (n=110)		УМБАЛ Свети Георги ЕАД, Пловдив (n=102)		СБАЛХЗ ЕАД, София (n=48)		Общо (n=260)	
	n	%	N	%	n	%	N	%
	Имат дисциплиниращ ефект/водят до ограничаване на необоснованото разходване на средства	10	9 <sup>a</sup>	13	12,7 <sup>a</sup>	7	14,6 <sup>a</sup>	30
Водят до нарастване на дълговете на болниците	7	6,3 <sup>a</sup>	32	31,4 <sup>b</sup>	11	22,9 <sup>b</sup>	50	19,2
Затрудняват качествено и своевременно лечение на пациентите	93	84,5 <sup>a</sup>	57	55,9 <sup>b</sup>	30	62,5 <sup>b</sup>	180	69,2

\* еднаквите букви по хоризонталите указват на липса на сигнификантна разлика, а различните – наличие на такава ( $p < 0,05$ )

Видно от посочените в Табл. 2 резултати, анкетираните от УМБАЛ Каспела, Пловдив сигнификантно по-малко посочват отговора „Водят до нарастване на дълговете на болниците“ и повече „Затрудняват качествено и своевременно лечение на пациентите“ спрямо останалите две болници, които не се различават статистически по относителната честота на тези отговори. Това обстоятелство най-вероятно е обвързано с факта, че в тази болница финансовата дисциплина е доста строга, предвид обстоятелството, че е създадена с частен капитал и се следи стриктно за разходването на финансовия ресурс, докато за държавните университетски

болници е характерно изразходването на финансови средства в името на развитието на медицината, без оглед на тяхната възвръщаемост.

Повече от половината от анкетираниите /54,2/ считат също така, че не е справедливо НЗОК да заплаща идентични средства за лечението на пациенти с различна степен на тежест на заболяванията/усложненията, единствено и само по причина, че попадат в приложното поле на една и съща клинична пътека. Повече от една четвърт от анкетираниите /28,8%/ са на мнение, че този подход на финансиране, който е възприела касата, неминуемо води до това, болниците да избират какви пациенти да лекуват, а само 16,9 % от анкетираниите са на мнение, че е справедливо размерът на клиничните пътеки да бъде идентичен за различните пациенти независимо от тежестта на усложненията и съпътстващите заболявания, от които те страдат /Табл. 3/.

Видно от резултатите изложени в Табл. 3, статистически достоверно различие между трите болници има при отговора „Не е справедливо да бъдат заплащани едни и същи средства за лечението на пациенти с различна степен на тежест на заболяванията/усложненията“, даван сигнификантно най-често от УМБАЛ Каспела, Пловдив, на второ място от УМБАЛ Свети Георги ЕАД, Пловдив и най-малко от СБАЛХЗ ЕАД, София.

Третият отговор „Води до това болниците да избират какви пациенти да лекуват“ е посочван сигнификантно по-често от анкетираниите от УМБАЛ Свети Георги ЕАД, Пловдив спрямо останалите две болници, които не се различават статистически по относителната му честота.

Причината за тези сигнификантни различия в отговорите най-вероятно отново се дължи на различната степен на налаганата от мениджърските екипи на болниците финансова дисциплина, с оглед на различната собственост – държавна–частна. Анкетираниите от държавните многопрофилни университетски болници в страната също се опитват да

минимизират своите разходи, но те считат за свой основен дълг да лекуват всеки болен, без оглед на степента на тежест на неговото заболяване и обема на разходи, които би предицвикало лечението.

**Таблица 3: Честотно разпределение на отговорите на въпроса „Какво смятате за идентичния размер на средствата, заплащани за лечението на пациенти с различна степен на тежест на заболяванията/усложненията?“**

Отговори	УМБАЛ Каспела, Пловдив (n=110)		УМБАЛ Свети Георги ЕАД, Пловдив (n=102)		СБАЛХЗ ЕАД, София (n=48)		Общо (n=260)	
	n	%	N	%	n	%	N	%
Справедливо е размерът на клиничните пътеки да е идентичен за различните пациенти	9	8,1 <sup>a</sup>	11	10,8 <sup>a</sup>	24	<b>50,0<sup>b</sup></b>	44	16,9
Не е справедливо да бъдат заплащани едни и същи средства за лечението на пациенти с различна степен на тежест на заболяванията/усложненията	77	<b>70<sup>a</sup></b>	51	50,0 <sup>b</sup>	13	27,1 <sup>c</sup>	141	<b>54,2</b>
Води до това болниците да избират какви пациенти да лекуват	24	21,8 <sup>a</sup>	40	<b>39,2<sup>b</sup></b>	11	22,9 <sup>a</sup>	75	28,8

\* еднаквите букви по хоризонталите указват на липса на сигнификантна разлика, а различните – наличие на такава (p<0,05)

7 (6,4%) от УМБАЛ Каспела, Пловдив не са посочили отговор

Формата на заплащане на труда и размерът на трудовото възнаграждение имат много важна роля при ефективното използване на трудовия ресурс в здравеопазването. Има три основни форми на заплащане на труда – за извършена дейност, капитация и заплата. В болничната помощ преобладава третата форма на заплащане. За да бъде обаче формата

на заплащане ефективна, анкетираниите са на мнение, че тя трябва да претърпи корекция. Анкетираниите считат, че с оглед постигането на повишаване на ефективността на работата, следва при заплащането на труда да бъде отчитан обема и качеството на извършваната от тях дейност.

**Таблица 4: Честотно разпределение на отговорите на въпроса „Какво е Вашето отношение към формата на заплащане на труда на персонала в болницата?“**

Отговори	УМБАЛ Каспела, Пловдив (n=110)		УМБАЛ Свети Георги ЕАД, Пловдив (n=102)		СБАЛХЗ ЕАД, София (n=48)		Общо (n=260)	
	n	%	N	%	n	%	N	%
Считам, че стимулира повишаването на ефективността	51	46,4 <sup>a</sup>	7	6,9 <sup>b</sup>	30	62,5 <sup>a</sup>	88	33,8
Считам, че не стимулира повишаването на ефективността	22	20,0 <sup>a</sup>	35	34,3 <sup>b</sup>	5	10,4 <sup>a</sup>	62	23,8
Считам, че донякъде стимулира повишаване на ефективността	37	33,6 <sup>a</sup>	60	58,8 <sup>b</sup>	13	27,1 <sup>a</sup>	110	42,3

\* еднаквите букви по хоризонталите указват на липса на сигнификантна разлика, а различните – наличие на такава ( $p < 0,05$ )

От резултатите поместени в Табл. 4 става ясно, че на въпроса „Какво е Вашето отношение към формата на заплащане на труда на персонала в болницата?“ най-често /42,3%/ е даван отговора „Считам, че донякъде стимулира повишаването на ефективността“, следван от „Считам, че стимулира повишаването на ефективността“ с /33,8%/, а най-малко са считащите, че формата на заплащане не стимулира повишаването на ефективността с /23,8%/.

Считащите, че стимулира повишаването на ефективността са сигнификантно повече при СБАЛХЗ ЕАД, София и УМБАЛ Каспела, Пловдив спрямо УМБАЛ Свети Георги ЕАД, Пловдив.

Респективно, анкетираниите от УМБАЛ Свети Георги ЕАД, Пловдив са със статистически значимо по-висок относителен дял спрямо останалите две болници при отговорите „Считам, че не стимулира повишаването на ефективността“ и „Считам, че донякъде стимулира повишаване на ефективността“.

Болниците УМБАЛ Каспела, Пловдив и СБАЛХЗ ЕАД, София не се различават статистически по своите отговори.

Повече от половината от анкетираниите /53,5%/ посочват, че размера на получаваното от тях трудовото възнаграждение не съответства на техните очаквания. Размерът на трудовото възнаграждение се преценява в преобладаващата част от случаите, като недостатъчен, социално несправедлив и не отговарящ на високата квалификация на медицинския персонал и високата степен на отговорност на извършваната работа /Табл. 5/.

Прави впечатление, че анкетираниите разглеждат формата на заплащане на труда на персонала и размера на трудовото възнаграждение, като стимули за повишаване на ефективността на медицинските дейности /Табл. 5/. От посочените данни е видно, че вероятно най-добре заплатен е персоналет на частната университетска болница УМБАЛ Каспела, Пловдив, тъй като анкетираниите от тази болница имат сигнификантно най-висок процент спрямо останалите две болници на отговора “Размерът на трудовото възнаграждение отговаря на очакванията ми“, следвани от СБАЛХЗ ЕАД, София, докато такъв отговор не е дал нито един от УМБАЛ Свети Георги ЕАД, Пловдив. След направена справка бе установено, че това действително е така. Най - високи трудови възнаграждения получават лекарите и медицинските сестри работещи в УМБАЛ Каспела, Пловдив.

**Таблица 5: Честотно разпределение на отговорите на въпроса „Съответства ли размерът на трудовото възнаграждение на Вашите очаквания?“**

Отговори	УМБАЛ Каспела, Пловдив (n=110)		УМБАЛ Свети Георги ЕАД, Пловдив (n=102)		СБАЛХЗ ЕАД, София (n=48)		Общо (n=260)	
	n	%	N	%	n	%	N	%
	Да, съответства на очакванията ми	43	39,1 <sup>a</sup>	0	0,0 <sup>b</sup>	5	10,4 <sup>c</sup>	48
Не съответства на очакванията ми	21	19,1 <sup>a</sup>	102	100,0 <sup>b</sup>	16	33,3 <sup>a</sup>	139	53,5
Донякъде съответства на очакванията ми	46	41,8 <sup>a</sup>	0	0,0 <sup>b</sup>	27	56,3 <sup>a</sup>	73	28,1

\* еднаквите букви по хоризонталите указват на липса на сигнификантна разлика, а различните – наличие на такава ( $p < 0,05$ )

Предположението, че персоналът на УМБАЛ Свети Георги ЕАД, Пловдив е най-ниско заплатен (спрямо останалите две болници към момента на извършване на анкетата) се потвърждава от нулевия процент на отговора „Донякъде съответства на очакванията ми“ и 100% отговорили „Не съответства на очакванията ми“.

СБАЛХЗ ЕАД, София и УМБАЛ Каспела, Пловдив имат статистически еднакви относителни дялове на последните два отговора и се различават статистически достоверно от отговорите на анкетираните от УМБАЛ Свети Георги ЕАД, Пловдив.

Данните от Табл. 4 и Табл. 5 сочат към извода за постигнато по-добро менажиране на средствата в частната университетска болница, даващо възможност да бъдат заделени повече средства за трудови възнаграждения, което от своя страна води до постигането на по-голяма



степен на удовлетвореност у медицинския персонал и мотивация за постигане на по-голяма ефективност на осъществяваната дейност.

Приватизацията и навлизането на пазара са предпочитаните стратегии за модерното здравеопазване в развитите страни, като особен акцент се поставя върху въвеждането и функционирането на пазарните механизми. Най-голяма част от анкетираниите /37,3%/ обаче имат негативно отношение към приватизацията в здравеопазването. Те считат, че приватизацията в този сектор е преди всичко лост за натрупване на дивиденди от определени кръгове на обществото, а не способ за постигането на развитие в указването на адекватна медицинска помощ. Прави впечатление обаче, че почти същия процент от анкетираниите /34,6%/ са на мнение, че приватизацията в здравеопазването е правилната стратегия за постигане на модерно здравеопазване /Табл. 6/

**Таблица 6: Честотно разпределение на отговорите на въпроса „Какво е Вашето отношение към приватизацията в здравеопазването?“**

Отговори	УМБАЛ Каспела, Пловдив (n=110)		УМБАЛ Свети Георги ЕАД, Пловдив (n=102)		СБАЛХЗ ЕАД, София (n=48)		Общо (n=260)	
	n	%	N	%	n	%	N	%
Позитивно	46	41,8 <sup>a</sup>	31	30,4 <sup>a</sup>	13	27,1 <sup>a</sup>	90	34,6
Негативно	28	25,5 <sup>a</sup>	46	45,1 <sup>b</sup>	23	47,9 <sup>b</sup>	97	37,3
Не мога да преценя	36	32,7 <sup>a</sup>	25	24,5 <sup>a</sup>	12	25,0 <sup>a</sup>	73	28,1

\* еднаквите букви по хоризонталите указват на липса на сигнификантна разлика, а различните – наличие на такава (p<0,05)

Резултатите от Табл. 6 показват, че статистически достоверно различие между трите болници има само при отговора „Негативно“, даван значимо най-рядко от анкетираните работещи в частната болница УМБАЛ Каспела, Пловдив, спрямо останалите две болници, които не се различават статистически по относителната честота на този отговор. Работещите в университетската болница създадена с частен капитал, в много по-малка степен са негативно настроени по отношение на приватизацията в здравеопазването, от работещите в университетските болници, които са 100 % държавна собственост. Това най-вероятно се дължи на създадените в тази болница по-добри условия на труд, заплащане и кариерно развитие, които се дължат на постигнатото по-добро менажиране на наличните кадрови и финансови ресурси.

Един от основните проблеми в системата на здравеопазването през последните десетилетия е наличието на така наречения „черен“ пазар /неформални плащания от страна на пациентите в лечебните заведения/.

**Таблица 7: Честотно разпределение на отговорите на въпроса „Какво е мнението Ви за наличието на “черен” пазар (неформално плащане) в лечебните заведения?“**

Отговори	УМБАЛ Каспела, Пловдив (n=110)		УМБАЛ Свети Георги ЕАД, Пловдив (n=102)		СБАЛХЗ ЕАД, София (n=48)		Общо (n=260)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Разпространен е широко	34	31 <sup>a</sup>	31	30,4 <sup>a</sup>	16	33,3 <sup>a</sup>	81	31,2
Среща се рядко	57	51,8 <sup>a</sup>	46	45,1 <sup>a</sup>	22	45,8 <sup>a</sup>	125	<b>48,7</b>
Няма	19	17,3 <sup>a</sup>	25	24,5 <sup>a</sup>	10	20,8 <sup>a</sup>	54	20,7

\* еднаквите букви по хоризонталите указват на липса на сигнификантна разлика, а различните – наличие на такава (p<0,05)

Отговорите на въпроса за мнението на анкетирания за наличието на „черен“ пазар затвърждава общественото мнение, че неформалните плащания в здравната система са основна пречка за реформирането и развитието ѝ. Данните обаче очертават една картина, която не съответства на общоприетото мнение на пациентите и масмедийте за висока честота на неформалните плащания в здравеопазването. Медицинските специалисти посочват наличие на неформални плащания предимно в публичния сектор на здравеопазването, при това само в някои случаи. Те отхвърлят широкото разпространение на тази практика.

Видно от данните посочени в Табл. 7, най-често (48,7%) анкетирания считат, че „черен“ пазар има, но се среща рядко, като 20,7% от тях считат, че такъв въобще липсва, а само 31,2% са на мнение, че такъв съществува и че е широко разпространен.

Прави впечатление, че това е един от малкото въпроси, по които анкетирания от трите болници не се различават статистически по отговорите си.

Съвременните условия изведоха на дневен ред въпроса свързан със съществуването на възможност в лечебните заведения за болнична помощ да се извършва „избор на екип/лекар“. Широкото му разпространение доведе до необходимостта прилагането му да бъде многократно регламентирано в редица нормативни актове в системата на здравеопазването.

Резултатите от Табл. 8 сочат, че голямата част от работещите в университетските болници /62,7%/ са на мнение, че «избора на екип/лекар» дава възможност на пациентите за достъп до най – добрите лекари и екипи, какъвто те не биха имали, ако не съществуваше тази възможност. Една четвърт от анкетирания /26,5/ са на мнение, че «избора на екип/лекар» всъщност е механизъм за принуждаване на пациентите да доплащат за своето лечение, а 10,8% са на мнение, че не би следвало да се

дава възможност на пациента да избира екип/лекар, който да осъществява диагностично-лечебния процес.

**Таблица 8: Честотно разпределение на отговорите на въпроса „Какво е мнението Ви за „избора на екип/лекар“, който да извърши диагностично-лечебната дейност?“**

Отговори	УМБАЛ Каспела, Пловдив (n=110)		УМБАЛ Свети Георги ЕАД, Пловдив (n=102)		СБАЛХЗ ЕАД, София (n=48)		Общо (n=260)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Дава възможност на пациентите за достъп до най-добрите лекари/екипи	79	71,8 <sup>a</sup>	71	69,6 <sup>a</sup>	13	27,1 <sup>b</sup>	163	62,7
Служи за принуждаване на пациентите да доплащат за своето лечение	26	23,6 <sup>a</sup>	16	15,7 <sup>a</sup>	27	56,3 <sup>b</sup>	69	26,5
Не би трябвало да се дава възможност на пациента да избира лекар/екип	5	4,5 <sup>a</sup>	15	14,7 <sup>b</sup>	8	16,7 <sup>b</sup>	28	10,8

\* еднаквите букви по хоризонталите указват на липса на сигнификантна разлика, а различните – наличие на такава (p<0,05)

Прави впечатление, че анкетираните от СБАЛХЗ ЕАД, София сигнификантно по-рядко са посочвали отговора „Дава възможност на пациентите за достъп до най-добрите лекари/екипи“ и статистически значимо повече „Служи за принуждаване на пациентите да доплащат за своето лечение“ спрямо останалите две болници, които не се различават статистически по честотата на тези два отговора. Това най-вероятно се дължи на спецификата на заболяванията, които се лекуват в тази

специализирана болница, а от там и на спецификата на лечебния процес. СБАЛХЗ, София е специализирана в лечението на хематологични заболявания, които в голямата си част са онкологични. Преобладаващата част от пациентите на болницата постъпват за лечение периодично в болницата, някои от тях дори ежесечно. Това често посещение на лечебното заведение би затруднило изключително много финансово пациентите, ако те биха се възползвали от възможността да избират лекар или екип, който/които да ги лекува. Връзката между лекар и пациент в тази болница е много силна и при всяка последваща хоспитализация, при възможност, лечението на пациента се поема именно от лекаря/екипа, който го е лекувал по време на предходните му хоспитализации.

Реформите в областта на здравеопазването с цел повишаване на качеството на медицинското обслужване са трудни за реализация и в много от случаите не водят до целения резултат, тъй като въвеждането им често е съпроводено от ожесточена съпротива на медиците и обществото като цяло, което в редица от случаите води до тяхното префасониране, което от своя страна има за последица губенето на тяхната ефективност.

Преобладаващо е мнението на анкетираниите, че съществуващото качество на медицинските услуги в резултат на здравната реформа е понижено /56,5 %/. Около една четвърт от анкетираниите /24,6%/ са на мнение, че качеството на медицинските услуги в резултат на реформата се е запазило същото, а само 18, 8 % са на мнение, че качеството се е повишило /Табл. 9/.

Резултатите от Табл. 9 показват, че статистически значимо по-рядко анкетираниите служители от УМБАЛ Свети Георги ЕАД, Пловдив, са посочвали отговора, че качеството на медицинските услуги се е повишило в резултат на проведените реформи в здравеопазването, спрямо останалите две болници, които не се различават статистически по относителната му честота.

**Таблица 9: Честотно разпределение на отговорите на въпроса „Как оценявате съществуващото качество на медицинските услуги в резултат на здравната реформа?“**

Отговори	УМБАЛ							
	УМБАЛ Каспела, Пловдив (n=110)		Свети Георги ЕАД, Пловдив (n=102)		СБАЛХЗ ЕАД, София (n=48)		Общо (n=260)	
	п	%	п	%	п	%	п	%
Качеството е повишено	32	29,1 <sup>a</sup>	6	5,9 <sup>b</sup>	11	22,9 <sup>a</sup>	49	18,8
Качеството е понижено	41	37,3 <sup>a</sup>	96	<b>94,1<sup>b</sup></b>	10	20,8 <sup>c</sup>	147	<b>56,5</b>
Качеството е същото	37	33,6 <sup>a</sup>	0	0,0 <sup>b</sup>	27	<b>56,3<sup>c</sup></b>	64	24,6

\* еднаквите букви по хоризонталите указват на липса на сигнификантна разлика, а различните – наличие на такава ( $p < 0,05$ )

Статистически достоверно различие между трите болници има при отговора „Качеството е понижено“, даван сигнификантно най-често от УМБАЛ Свети Георги ЕАД, Пловдив, на второ място от УМБАЛ Каспела, Пловдив и най-рядко от СБАЛХЗ ЕАД, София. Това различие насочва към динамиката на организацията на работа в многопрофилните и специализираните болници в страната. Провежданите до момента реформи явно са способствали по-добрата организация на лечебно-диагностичния процес в по-малките лечебни заведения и явно не дотам са допринесли за подобряването на осъществяваната лечебна дейност в многопрофилните лечебни заведения за болнична помощ, където многообразието на осъществявания диагностичнолечебен процес и разнопосочната дейност на многобройните структури на лечебното заведение биват много по-трудно проследявани, обединявани, насочвани и контролирани от мениджърските екипи.

При третия отговор „Качеството е същото“ трите болници отново се различават статистически значимо, като най-често го дават анкетираните от СБАЛХЗ ЕАД, София, а най-рядко – от УМБАЛ Свети Георги ЕАД, Пловдив.

Развитието на лечебните заведения за болнична помощ и нарастващата конкуренция между тях извежда на преден план въпроса свързан с осигуряването на условия за осъществяването на непрекъснатото обучение на персонала с оглед осигуряване на условия за професионално развитие и удовлетвореност на работещите в лечебните заведения.

**Таблица 10: Честотно разпределение на отговорите на въпроса „Отделяте ли време за повишаване на квалификацията си?“**

Отговори	УМБАЛ Каспела, Пловдив (n=110)		УМБАЛ Свети Георги ЕАД, Пловдив (n=102)		СБАЛХЗ ЕАД, София (n=48)		Общо (n=260)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Редовно отделям време	51	46,4 <sup>a</sup>	12	11,8 <sup>b</sup>	31	<b>64,6<sup>c</sup></b>	94	36,2
Нередовно отделям време	48	43,6 <sup>a</sup>	53	52,0 <sup>a</sup>	12	25,0 <sup>b</sup>	113	<b>43,5</b>
Не отделям време	11	10,0 <sup>a</sup>	37	<b>36,3<sup>b</sup></b>	5	10,4 <sup>a</sup>	53	20,4

\* еднаквите букви по хоризонталите указват на липса на сигнификантна разлика, а различните – наличие на такава (p<0,05)

Видно от резултатите изложени в Табл. 10, най-голяма част от анкетираните /43, 5%/ не отделят редовно време за повишаване на своята квалификация, а още по-тревожен е факта, че една пета от анкетираните /20,4%/ въобще не отделят време за своето за своето по-нататъшно професионално развитие.

Прави впечатление, че анкетиранияте от трите болници се различават статистически по всеки един от отговорите на въпроса отделят ли време за повишаване на своята квалификация.

Отговорът „Редовно отделям време“ – сигнификантно най-често е даван от СБАЛХЗ ЕАД, София, следван от УМБАЛ Каспела, Пловдив и най-рядко от УМБАЛ Свети Георги ЕАД, Пловдив. В този случай може да се предположи, че това обстоятелство корелира с най-ниското им заплащане.

Нередовно отделящите време са достоверно най-много от УМБАЛ Свети Георги ЕАД, Пловдив, следвани от УМБАЛ Каспела, Пловдив и СБАЛХЗ ЕАД, София.

Неотделящите време са значимо най-много отново в УМБАЛ Свети Георги ЕАД, Пловдив, следвани от УМБАЛ Каспела, Пловдив и СБАЛХЗ ЕАД, София, които не се различават статистически по този отговор.

За изучаване и разрешаване на проблемите на професионалната кариера и на професионалното поведение на персонала в съвременната болница особено полезни са моделите на организационно поведение, които дават отговор за необходимите компетентности, които трябва да бъдат развивани.

Резултатите за оценката, която дават лекарите и медицинските сестри за компетентностите, които трябва да бъдат развивани са показателни за това, че има необходимост от обучение в областта на етиката и културата на организационното поведение. Компетентностите, които са необходими на медицинските професионалисти за здравните условия на съвременното са изключително важно изискване според стандартите за качествени здравни услуги на Европейската комисия.



## Подходи за управление на конфликти

Общопризната е тезата, че съвременното общество е конфликтногенно, т.е. то непрекъснато натрупва и поражда конфликти поради болезненото преустройство и трансформация на икономиката и идеологиите, разместването на социалните пластове и продължителното действие на стресови фактори, свързани с организационната промяна. Социологическите изследвания показват, че броят на конфликтите постоянно нараства.

От друга страна, поради факта, че организацията не може да се разглежда независимо от хората, които я съставят, организационните структури не са просто системи за “производство” на стоки, услуги и проекти, но така също са и системи за социална реализация, кариера и политически системи. Във всички организации има личности и групи, които се конкурират за влияние и ресурси. Има различия в ценностите и в мнението за приоритети и цели. Различна е степента на привързаност и участие в организационния живот в екипа или лечебното заведение. Важен въпрос става начинът, по който медицинските професионалисти трябва да се справят с различните източници на конфликти.

Широко се използват в практиката пет начина на регулиране на конфликти:

- Конкуренция – в случая има стремеж всеки да постигне своите интереси в ущърб на другите;
- Приспособяване – принасяне в жертва на своите интереси;
- Компромис – чрез взаимни отстъпки и взаимни действия се изработва ново предложение, устройващо различните страни в конфликта;
- Избягване – характерно е, че липсва желание за преговори и липсват действия за постигане на целите;

- Сътрудничество – всички участници в конфликта достигат до взаимно приемливо решение.

Конфликтите са потенциално възможни в човешките отношения. Но трябва да се научим да ги разпознаваме, предусещаме, анализираме и управляваме, за да можем да получим най-доброто разрешение. Необходимо е усилията да се съсредоточат към тяхното предотвратяване, което изисква познаване на конкретните ситуации в практиката. Причините, които водят до сблъсък, могат да съществуват дълго време преди да прераснат в конфликт. Анализът на ситуациите от гледна точка на възможни конфликти ще помогне да се коригира медицинската дейност с цел да се ликвидират причините или да се намали рисковата граница за избухване на конфликта.

### **Основни проблеми, свързани с конфликтите в болницата**

Действия спрямо ефективното преборване с конфликтите в здравната практика трябва да се предприемат на всички нива на здравната система. Университетските болници играят ключова роля в преборването на конфликтите, защото разполагат със силата и уменията да разработят ефикасни здравни политики, които могат да помогнат да се намали броя на конфликтите чрез работа в екип. Счита се, че е необходимо да се създадат по-добри условия за квалификация и следдипломно обучение на медицински специалисти и здравни мениджъри, като се взема предвид включването на курсове по комуникации, организационно поведение и култура, особено такива, които си поставят за цел придобиването на умения за справяне с конфликти в клиничната практика.

**Причини за възникване на конфликти от организационно естество, от личностен характер и от социален характер**

**Таблица 11: Сравнителен анализ на възможните причини за възникване на конфликт (общ за трите университетски болници)**

<b>Евентуални причини за възникване на конфликт</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Sp</b>
Обидите на личностна основа	166	66,9	3,0
Неадекватно завишената самооценка	127	51,2	3,2
Новият модел на финансиране на лечебните заведения от НЗОК	126	50,8	3,2
Неколегиалността	124	50,0	3,2
Неправилно разпределените отговорности	123	49,6	3,2
Несправедливата санкция	118	47,6	3,2
Несправедливата критика	111	44,8	3,2
Некоректността при предаване на задълженията на колеги	106	42,7	3,1
Неясната информация и неправилно поставената задача	96	38,7	3,1
Неправилното разпределение на финансовите приходи между звената	94	37,9	3,1
Незачитане мнението на колеги при дискусии	93	37,5	3,1
Недостатъчното снабдяване с консумативи и остарялото медицинско оборудване	92	37,1	3,1
Приемът в болницата на здравнонеосигурени пациенти	88	35,5	3,0
Неизслушване проблемите на пациентите	71	28,6	2,9
Причина от сексуален характер	71	28,6	2,9
Попълването на изискуемата от НЗОК документация	65	26,2	2,8
Незачитане мнението на пациента	56	22,6	2,7
Конфронтацията на политическа основа	53	21,4	2,6
Конфронтацията на религиозна основа	48	19,4	2,5
Даваната оценка за вашата трудова дейност	41	16,5	2,4

**Таблица 12: Сравнителен анализ на възможните причини за възникване на конфликт при УМБАЛ Каспела, Пловдив**

<b>Евентуални причини за възникване на конфликт</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Sp</b>
Несправедливата санкция	90	81,8	3,2
Несправедливата критика	87	79,1	3,2
Неколегиалността	87	79,1	3,2
Обидите на личностна основа	85	77,3	3,0
Неадекватно завишената самооценка	84	76,4	3,2
Некоректността при предаване на задълженията на колеги	82	74,5	3,1
Неправилно разпределените отговорности	81	73,6	3,2
Неправилното разпределение на финансовите приходи между звената	73	66,4	3,1
Неясната информация и неправилно поставената задача	71	64,5	3,1
Незачитане мнението на колеги при дискусии	70	63,6	3,1
Причина от сексуален характер	57	51,8	2,9
Новият модел на финансиране на лечебните заведения от НЗОК	56	50,9	3,2
Приемът в болницата на здравнонеосигурени пациенти	56	50,9	3,0
Недостатъчното снабдяване с консумативи и остарялото медицинско оборудване	54	49,1	3,1
Попълването на изискуемата от НЗОК документация	51	46,4	2,8
Неизслушване проблемите на пациентите	50	45,5	2,9
Незачитане мнението на пациента	45	40,9	2,7
Конфронтацията на политическа основа	30	27,3	2,6
Конфронтацията на религиозна основа	30	27,3	2,5
Даваната оценка за вашата трудова дейност	22	20,0	2,4

**Таблица 13: Сравнителен анализ на евентуалните причини за възникване на конфликт при УМБАЛ Свети Георги ЕАД, Пловдив**

<b>Евентуални причини за възникване на конфликт</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Sp</b>
Обидите на личностна основа	63	70,0	3,0
Новият модел на финансиране на лечебните заведения от НЗОК	56	62,2	3,2
Неадекватно завишената самооценка	34	37,8	3,2
Неправилно разпределените отговорности	28	31,1	3,2
Недостатъчното снабдяване с консумативи и остарялото медицинско оборудване	19	21,1	3,1
Приемът в болницата на здравнонеосигурени пациенти	18	20,0	3,0
Неколегиалността	17	18,9	3,2
Неизслушване проблемите на пациентите	15	16,7	2,9
Даваната оценка за вашата трудова дейност	14	15,6	2,4
Конфронтацията на политическа основа	13	14,4	2,6
Несправедливата санкция	12	13,3	3,2
Неясната информация и неправилно поставената задача	10	11,1	3,1
Незачитане мнението на колеги при дискусии	10	11,1	3,1
Некоректността при предаване на задълженията на колеги	10	11,1	3,1
Конфронтацията на религиозна основа	10	11,1	2,5
Неправилното разпределение на финансовите приходи между звената	9	10,0	3,1
Несправедливата критика	7	7,8	3,2
Попълването на изискуемата от НЗОК документация	5	5,6	2,8
Причина от сексуален характер	5	5,6	2,9
Незачитане мнението на пациента	4	4,4	2,7

**Таблица 14: Сравнителен анализ на евентуалните причини за възникване на конфликт при СБАЛХЗ ЕАД, София**

<b>Евентуални причини за възникване на конфликт</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Sp</b>
Неколегиалността	20	41,7	3,2
Недостатъчното снабдяване с консумативи и остарялото медицинско оборудване	19	39,6	3,1
Обидите на личностна основа	18	37,5	3,0
Несправедливата критика	17	35,4	3,2
Несправедливата санкция	16	33,3	3,2
Неясната информация и неправилно поставената задача	15	31,3	3,1
Новият модел на финансиране на лечебните заведения от НЗОК	14	29,2	3,2
Приемът в болницата на здравнонеосигурени пациенти	14	29,2	3,0
Неправилно разпределените отговорности	14	29,2	3,2
Некоректността при предаване на задълженията на колеги	14	29,2	3,1
Незачитане мнението на колеги при дискусии	13	27,1	3,1
Неправилното разпределение на финансовите приходи между звената	12	25,0	3,1
Конфронтацията на политическа основа	10	20,8	2,6
Попълването на изискуемата от НЗОК документация	9	18,8	2,8
Неадекватно завишената самооценка	9	18,8	3,2
Причина от сексуален характер	9	18,8	2,9
Конфронтацията на религиозна основа	8	16,7	2,5
Незачитане мнението на пациента	7	14,6	2,7
Неизслушване проблемите на пациентите	6	12,5	2,9
Даваната оценка за вашата трудова дейност	5	10,4	2,4

Видно от резултатите от проучването изложени в Табл. 11 – 14, при трите университетски болници общо:

- Най-често посочваната причина за конфликт (66,9%) е „Обидата на личностна основа“, следвана от „Неадекватно завишената самооценка“ (51,2%);
- Причината, посочвана най-рядко, е „Даваната оценка за Вашата трудова дейност” /16,5%/.

Резултатите от проучването показват, че:

✓ Участниците в проучването от УМБАЛ Каспела, Пловдив, са избрали „Несправедливата санкция“, „Несправедливата критика“, „Неколегиалността“ и „Обидите на личностна основа“, като най-вероятни причини за възникване на конфликт.

✓ В УМБАЛ Свети Георги ЕАД, Пловдив, са избрали - „Обидите на личностна основа“, „Новият модел на финансиране на лечебните заведения“, „Неадекватно завишената самооценка“ и „Неправилно разпределените отговорности“, като основни причини за пораждаване на конфликтни ситуации.

✓ Участниците в проучването от СБАЛХЗ ЕАД, София са посочили „Неколегиалността“, „Недостатъчното снабдяване с медицински консумативи и остарялото медицинско оборудване“, „Обидите на личностна основа“ и „Несправедливата критика“, като най-честите причини водещи до възникване на конфликт.

Прави впечатление, че „Неколегиалността“ фигурира при две от трите болници, като основна причина за възникване на конфликти, а причината - „Обидите на личностна основа“ е в челната тройка при всички три университетски болници.

Участниците в проучването от УМБАЛ Каспела, Пловдив и от СБАЛХЗ ЕАД, София поставят „Даваната оценка на вашата трудова дейност“ на последно място; в УМБАЛ Свети Георги ЕАД, Пловдив е избран отговор „Игнориране мнението на пациента“.

Конфликтните ситуации в здравната практика са свързани основно с неяснотите и несигурността, породени от новия модел на финансиране на лечебните заведения, неправилното разпределение на задълженията и отговорностите и неясната информация.

Най-честите причини за конфликти на личностна основа са неадекватно завишената самооценка, неколегиалността, обидите на личностна основа и некоректността в работата.

### Страни, участници в конфликти

**Таблица 15: Сравнителен анализ на страните в евентуален конфликт (общо за трите университетски болници)**

<b>Страни в евентуален конфликт</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Sp</b>
Медицински специалисти	102	41,1	3,1
Медицински специалисти и други професионалисти	76	30,6	2,9
Лекар и медицинска сестра	67	27,0	2,8
Старша сестра и редова сестра	66	26,6	2,8
Медицинска сестра и пациент	64	25,8	2,8
Медицинска сестра и близки на пациент	54	21,8	2,6

**Таблица 16: Сравнителен анализ на страните в евентуален конфликт според УМБАЛ Каспела, Пловдив**

<b>Страни в евентуален конфликт</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Sp</b>
Медицински специалисти	66	60,0	3,1
Старша сестра и редова сестра	53	48,2	2,8
Медицински специалисти и други професионалисти	48	43,6	2,9
Лекар и медицинска сестра	43	39,1	2,8
Медицинска сестра и пациент	43	39,1	2,8
Медицинска сестра и близки на пациент	29	26,4	2,6



**Таблица 17: Сравнителен анализ на страните в евентуален конфликт при УМБАЛ Свети Георги ЕАД, Пловдив**

<b>Страни в евентуален конфликт</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Sp</b>
Медицински специалисти	29	32,2	3,1
Медицински специалисти и други професионалисти	20	22,2	2,9
Лекар и медицинска сестра	16	17,8	2,8
Медицинска сестра и пациент	14	15,6	2,8
Старша сестра и редова сестра	8	8,9	2,8
Медицинска сестра и близки на пациент	5	5,6	2,6

**Таблица 18: Сравнителен анализ на евентуалните страни в евентуален конфликт при СБАЛХЗ ЕАД, София**

<b>Страни в евентуален конфликт</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Sp</b>
Медицинска сестра и близки на пациент	9	18,8	2,6
Медицински специалисти и други професионалисти	8	16,7	2,9
Лекар и медицинска сестра	8	16,7	2,8
Медицински специалисти	7	14,6	3,1
Медицинска сестра и пациент	7	14,6	2,8
Старша сестра и редова сестра	5	10,4	2,8

Резултатите от проучването изложени в Табл. 15 показват, че общо за трите университетски болници, според анкетираните, най-често участващите страни в евентуален конфликт са самите “Медицински специалисти“ /41,1%/, следвани от „Медицинските специалисти и другите професионалисти“ работещи в болницата с 30,6%, а най рядко, според анкетираните, конфликтни ситуации възникват между „Медицинските сестри и близките на пациентите“ – 21,8%.

От данните изложени в Табл. 16-18 е видно, че:

1/Анкетираните от УМБАЛ Каспела, Пловдив поставят на първите три места „Медицинските специалисти“, „Старша сестра и редова сестра“

и „Медицинските специалисти и другите професионалисти“, като най-често срещани страни в избухващите конфликти.

2/Анкетираните от УМБАЛ Свети Георги ЕАД, Пловдив посочват на първите три места „Медицинските специалисти“, „Медицинските специалисти и другите професионалисти“ и „Лекар и медицинска сестра“, като най-чести страни в създаваните конфликти.

3/Анкетираните от СБАЛХЗ ЕАД, София, считат, че конфликтите възникват най-често между „Медицинска сестра и близки на пациент“, „Медицинските специалисти и другите професионалисти“ и „Лекар и медицинска сестра“.

„Медицинските специалисти и другите професионалисти“ са посочвани от анкетираните в челната тройка и на трите болници, а „Медицинските специалисти“ и „Лекар и медицинска сестра“ – при две от тях.

От гореизложените данни е видно, че най-често конфликтите в университетските болници се пораждат между самите медицински специалисти, както и между медицинските специалисти и останалите професионалисти работещи в лечебните заведения в резултат на неяснотите и несигурността в работния процес, породени от новия модел на финансиране на лечебните заведения, неправилното разпределение на задълженията, неадекватно завишената самооценка, неколегиалността и обидите на личностна основа.

Преодоляването и справянето с конфликтните ситуации според участниците в проучването се осъществява най-вече по пътя на взаимните компромиси /22,2%/; посредством признаването на допуснатите грешки /17,7%/; от само себе си, с течение на времето, без участието на ръководството /12,2%/; в резултат на намесата на началника на клиника/отделение/лаборатория или на старшата сестра /8,8%/; от мениджърския екип на лечебното заведение /2,2%/;

от нарочно създадени за целта комисии /3,3%/, като 30,6% от анкетиранияте не изразяват мнение по този въпрос.

### **III. ИЗВОДИ**

Резултатите от проведеното емпирично изследване потвърждават изтъкваните от правителствени и неправителствени организации, на авторитетни международни форуми, проблеми разкриващи необходимостта от системно обучение по етика и културология за оптимизиране на организационното състояние на съвременните болници, като важно условие за развитието на здравеопазването.

1. Данните от проведеното изследване ни дават основание да посочим, че екипният подход в управлението на болниците е недостатъчно развит и ефективен, което често води до липсата на справедливост при вземането на решения и даването на оценки.
2. Разкрити са затруднения и ограничения в работния процес, свързани със съществуването на проблеми в екипния подход в болничната практика.
3. Данните ни насочват към извода, че проблемът за финансовите ресурси не може да се разглежда опростено, той е сложен управленски проблем, засягащ ефективното използване на наличните ресурси. Анкетиранияте считат, че той трябва да се обвърже с адекватно повишаване на качеството на медицинските услуги.
4. В съответствие с предложенията на медицинските специалисти за подобряване качеството на оказваните

медицински услуги е навярвяла необходимостта от формиране на компетентности за ефективна работа в условията на пазар на здравни услуги.

5. Данните свидетелстват за незадоволителна управленска компетентност на здравните мениджъри за съвременните условия. Специален интерес представлява етичното обучение, като неразривна част от студентското обучение на здравните професионалисти. Този интерес е тясно свързан също така и с потребността от здравни мениджъри, които владеят нови методи и форми на управление и регулиране на процесите в здравеопазването.
6. Подобряването на екипната дейност би могло да бъде постигнато най-ефективно посредством повишаването на управленската квалификация на управленския екип.

След разглеждането на широк кръг от доказателства, анализи и перспективи, относно конфликтите в здравната практика и ситема, достигнахме до няколко всеобхватни извода. Те са както следва:

1. Според мнението на анкетиранияте понастоящем проблемът за причините, които пораждаат конфликти в медицинската практика е силно подценен. Задълбоченото изучаване на конфликтните ситуации е признак за добро състояние на организацията. Необходимо е да стоят на вниманието на управленските кадри и на персонала на съвременната болница всички възникващи в практиката сблъсъци на идеи, несъгласия, тяхното открито изразяване и източниците, които ги пораждаат.
2. Емпиричното изследване установи, че конфликтните ситуации в здравната система са свързани основно с

неяснотите и несигурността, породени от новия модел на финансиране на лечебните заведения, неправилното разпределение на задълженията и отговорностите и неясната информация

3. Най-честите причини за конфликти на личностна основа са неадекватно завишената самооценка, неколегиалността, обидите на личностна основа и некоректността в работата.
4. Анкетираните медицински професионалисти считат, че съществуват начини както за разрешаване на конфликтите, така и за тяхното управление. Преодоляването и справянето с конфликтните ситуации е най-ефективно чрез взаимни компромиси на страните в конфликта и признаване на допуснатите грешки.
5. За да бъде ефективна една здравна система, трябва да се въведат ефективни подходи за справяне с конфликтите в нея и за вземане на адекватни решения за разрешаване на всеки индивидуален проблем, като при определянето на подхода за преодоляването на всеки отделен проблем следва да се отчитат местните здравни и социални приоритети.
6. За да бъдат въведени ефективни подходи за справяне с конфликтите следва да бъдат провеждани обучения в тази връзка, които да обхващат както здравните мениджъри, така и самите служители, защото от това колко хора ще бъдат обхванати зависи как ще се надгради капацитетът на болницата.

## IV. ПРЕПОРЪКИ

1. Изходно условие за ефективна професионална реализация на болничните мениджъри е изграждането на капацитет от професионални здравни мениджъри в националната здравна система.

2. Необходимо е да се създадат условия за квалификация и продължаващо обучение по болничен мениджмънт към медицинските университети в страната и по-широко привличане на действащите болнични мениджъри в обучителния процес.

3. Конфликтите в медицинската практика, свързани с организационната промяна са комплексни, многопластови явления в съвременното здравеопазване. Необходими са добре подготвени медицински професионалисти за успешно справяне с тях в контекста на здравната реформа и изпълнение на Националната здравна стратегия.

4. Особено перспективен е подходът за повишаване на професионалната квалификация и продължаващо обучение чрез съвместните усилия на медицинските университети, професионално-съсловните организации и Министерството на здравеопазването.

5. Има нужда да се създадат по-добри условия за осъществяването на:

- квалификация и следдипломно обучение на медицински специалисти и здравните мениджъри;
- опресняване на програмите за следдипломно обучение и въвеждането в тях на модули по комуникации, организационно поведение и култура, особено за тези, които имат за цел да придобият умения за справяне с конфликти в медицинската практика;
- постоянно обновяване на насоките за добра медицинска практика.

6. Изследването установява, че ключът към ефективния мениджмънт на човешките ресурси в съвременното здравеопазване е адекватно формираният управленски екип. Този проблем е особено значим за болницата като най-сложен тип лечебно заведение.

***Препоръките са към:***

Медицинските университети в България; Професионално-съсловните организации и Министерството на здравеопазването

***Срок за изпълнение на препоръките:*** постоянен

## **V. ПРИНОСИ**

### **Научно-теоретични**

1. Управлението на човешките ресурси в съвременните лечебни заведения придобива особена актуалност в условията на членство на страната ни в Европейския съюз. Изследването разработва и представя модел за осигуряване на условия за непрекъснато развитие на медицинските професионалисти и за ефективност на предоставяните здравни услуги.
2. Приложен е иновативен метод за анализ на основните социално-психологични и социални фактори, които създават мотивационна среда за пълноценна реализация на медицинските професионалисти в практиката.
3. Разработват се нови подходи за анализ и оценка на капацитета от професионални здравни мениджъри, които да подпомогнат политиката в областта на обучението и развитието на човешките ресурси в здравеопазването.

### **Научно-практически**

1. Изследването проучва организационното състояние в лечебните заведения за болнична помощ, разкрива наличието на конфликти и рисковите фактори за тяхното възникване.
2. В изследването се осъществява критичен анализ на резултатите от реформата в системата на здравеопазване и се проучват нагласите, отношението и потребностите на медицинските професионалисти, които са преки участници в реализиране на здравната реформа.

В литературата широко е застъпено становището, че ключът към ефективния мениджмънт на човешките ресурси в съвременното здравеопазване е адекватно формираният управленски екип. В сферата на здравеопазването този проблем е особено значим за болницата като най-сложен тип лечебно заведение.



## VI. ПРИЛОЖЕНИЯ

### ПРИЛОЖЕНИЕ 1

#### АНКЕТНА КАРТА

**Моля оградете с кръгче или с друг знак Вашия отговор на посочените в анкетата въпроси. Анкетата е анонимна. Благодарим за съдействието!**

1. Какво е Вашето отношение към формата на заплащане на труда на персонала в болницата

Отговор:  считам, че стимулира повишаването на ефективността  
 считам, че не стимулира повишаването на ефективността  
 считам, че донякъде стимулира повишаване на ефективността  
друго.....

2. Съответства ли размерът на трудовото възнаграждение на Вашите очаквания

Отговор:  да, съответства на очакванията ми  
 не съответства на очакванията ми  
 донякъде съответства на очакванията ми  
друго.....

3. Какво е Вашето отношение към приватизацията в здравеопазването:

Отговор:  позитивно  
 негативно  
 не мога да преценя  
друго.....

4. Какво е мнението Ви за наличието на “черен” пазар (неформално плащане) в лечебните заведения

Отговор:  разпространен е широко  
 среща се рядко  
 няма

друго.....  
.....

5. Какво е мнението Ви за „избора на екип/лекар“, който да извърши диагностично-лечебната дейност :

Отговор:  дава възможност на пациентите за достъп до най-добрите лекари/екипи  
 служи за принуждаване на пациентите да доплащат за своето лечение  
 не би трябвало да се дава възможност на пациента да избира лекар/екип

друго.....  
.....

6. Как оценявате съществуващото качество на медицинските услуги в резултат на здравната реформа

Отговор:  качеството е повишено  
 качеството е понижено  
 качеството е същото

друго.....  
.....

7. Отделяте ли време за повишаване на квалификацията

Отговор:  редовно отделям време  
 нередовно отделям време  
 не отделям време

друго.....  
.....

8. Как оценявате въведените от НЗОК лимити в заплащането на осъществената от болниците лечебна дейност?

Отговор:  имат дисциплиниращ ефект/ водят до ограничаване на необоснованото разходване на средства  
 водят до нарастване на дълговете на болниците  
 затрудняват качествено и своевременно лечение на пациентите

друго.....  
.....

9. Какво смятате за идентичния размер на средствата заплащани от НЗОК за лечението на пациенти с различна степен на тежест на заболяванията/усложненията?

Отговор:  справедливо е размерът на клиничните пътеки да е идентичен

за различните пациенти

не е справедливо да бъдат заплащани едни и същи средства за лечението на пациенти с различна степен на тежест на заболяванията/усложненията

води до това болниците да избират какви пациенти да лекуват

друго.....  
.....

10. Каква оценка давате на степента на изява на екипния подход в управлението на болницата

Отговор:

управлението е ефективно

управлението е неефективно поради ниска компетентност по здравен мениджмънт

управлението е неефективно поради непознаване на специфичните условия в болницата

управлението е неефективно поради преобладаване на еднолично управление

друго.....  
.....

11. Посочете с кои от препоръките за подобряване на екипната дейност в управлението сте съгласен /а/

Отговор:

по-ясни критерии за назначаване на управленски длъжности

даване възможност за лидера да формира сам своя управленски екип

по-голяма гласност на дейността на управленския екип

повишаване на управленската квалификация

точни разграничения на индивидуалните отговорности

периодични срещи на екипа със съсловните организации

ежегоден отчет и оценка за дейността на всеки член на екип

решенията да се вземат на базата на доказателства и ценности

друго.....  
.....

12. Ако имате предложения за подобряване на политиката в областта на обучението и развитието на персонала в болницата, моля посочете ги:

.....  
.....  
.....

**Лични данни на анкетирания:**

1.Пол

1.1.мъж

1.2.жена

2. Навършени години

3.Основна професионална квалификация

2.1.лекар

2.2.медицинска сестра/акушерка

2.3.икономист

2.4.юрист

2.5.други

4.Общ трудов стаж в години

5.Придобита медицинска специалност

5.1.една

5.2.две

5.3.три

6.Научна степен

6.1.да

6.2.не

7.Академична длъжност

7.1.да

7.2.не



- a) ДА                                      б) ОТЧАСТИ                                      в) НЕ
14. Неизслушване проблемите на пациентите води ли до конфликт?
- a) ДА                                      б) ОТЧАСТИ                                      в) НЕ
15. Смятате ли, че некоректността при предаване на задълженията на колеги е фактор, който води до конфликт?
- a) ДА                                      б) ОТЧАСТИ                                      в) НЕ
16. Причина ли е незачитане мнението на пациента за конфликт?
- a) ДА                                      б) ОТЧАСТИ                                      в) НЕ
17. Обидите на личностна основа, могат ли да бъдат причина за конфликтна ситуация?
- a) ДА                                      б) ОТЧАСТИ                                      в) НЕ
18. Считате ли, че конфронтацията на политическа основа е сериозен конфликт?
- a) ДА                                      б) ОТЧАСТИ                                      в) НЕ
19. А тази на религиозна основа, води ли до конфликт?
- a) ДА                                      б) ОТЧАСТИ                                      в) НЕ
20. Възможно ли е една причина от сексуален характер да предизвика конфликт?
- a) ДА                                      б) ОТЧАСТИ                                      в) НЕ
21. Между кои от посочените страни е възможно да избухне конфликт?
- между медицински специалисти
- a) ДА                                      б) ОТЧАСТИ                                      в) НЕ
- между медицински специалисти и други професионалисти
- a) ДА                                      б) ОТЧАСТИ                                      в) НЕ
- между медицинска сестра и пациент
- a) ДА                                      б) ОТЧАСТИ                                      в) НЕ
- между лекар и медицинска сестра
- a) ДА                                      б) ОТЧАСТИ                                      в) НЕ
- между старша сестра и редова сестра
- a) ДА                                      б) ОТЧАСТИ                                      в) НЕ
- между медицинска сестра и близки на пациент
- a) ДА                                      б) ОТЧАСТИ                                      в) НЕ

## **VII. СПИСЪК НА ПУБЛИКАЦИИ, СВЪРЗАНИ С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД**

1. Vodenicharova A., H. Gavazova. Identifying and Assessing Conflicts in Clinical Practice: The Experience of some University Hospitals; 1st INTERNATIONAL CONFERENCE ON PUBLIC HEALTH „From European to National Health Polici“ 9-10 October, 2017, PROCEEDING BOOK, ISBN 978-954-9318-87-6, 302-308
2. Воденичарова А., Хр. Гавазова. Етични измерения на социалната отговорност в здравеопазването, Здравна политика и мениджмънт, 2018, том 18, № 4, ISSN 1313-4981, стр. 28-31
3. Гавазова Х. Екипната дейност в управлението на болниците – средство за постигане на справедливост в здравеопазването, Здравна политика и мениджмънт, 2017, том 17, № 4, ISSN 1313-4981, стр. 38-40