

АНАЛИЗ НА ИНДИКАТОРИТЕ ЗА ОЦЕНКА НА КАЧЕСТВОТО НА ЗДРАВНАТА УСЛУГА В КОНТЕКСТА НА TQM

Д. Минева

Факултет по обществено здраве, МУ – София

Резюме. В статията се разглеждат индикаторите за оценка на здравната услуга във взаимовръзка с най-актуалните концепции за оценка на качеството на услугата – концепцията на Грьонроос, Моделът *Gap* и Методиката *SERVQUAL*, в контекста на *TQM* и схващането на Каору Ишикава за същинското и заместителното качество и неговите показатели. Целта е да бъдат намерени общите възможности за оценка между индикаторите на услугата в стопанския живот и здравеопазването. В резултат на анализа се установява, че индикаторите отчитат промяната на качеството в неговата триединна същност – структура, процес, резултат. Няма „чист“ индикатор. Сходството на индикаторите на качеството на здравната услуга с тези на услугата в стопанския живот се обяснява с факта, че те отразяват свойства, чийто произход е в процеса на производство. Ползата от този анализ ще бъде в посока на разработване на методика за изследване на качеството по функции на здравната услуга, което може да бъде обект на следващо изследване.

Ключови думи: *индикатори за оценка на качеството на здравната услуга, тотално управление на качеството (TQM), концепция на Грьонроос, модел Gap, методика SERVQUAL, същински показатели на качеството, заместители на показателите на качеството*

ANALYSIS OF THE INDICATORS FOR ASSESSING HEALTH CARE QUALITY IN THE CONTEXT OF TQM

D. Mineva

Faculty of Public Health, Medical University – Sofia

Summary. The paper examines the indicators for assessing health care quality in relation to the most recent conceptions of health care quality assessment – the Grönroos conception, Gap model and SERVQUAL method, in the context of TQM and the view of Kaoru Ishikawa about the true and

substitute types of quality and their characteristics. Our aim is to find common possibilities of assessing the indicators of service in business compared to public health care. The results of the analysis show that indicators identify a quality change in its triune nature – structure, process, and outcome. There exists no single and clear indicator. The likeness of the health care quality indicators to the indicators of a business service is explained by the fact that the two reflect characteristics, which proceed from production process. The benefit of this analysis will be in the direction of the development of methodology for examining the quality of health care in relation to its function, which can be the object of a further study.

Key words: *indicators for health care quality assesment, Total Quality Management” (TQM), Grönroos conception, Gap model, SERVQUAL methods, true quality characteristics, substitute quality characteristics*

Съдържанието на термина „качество” е важно. Традиционно експертите по мениджмънт отнасят качеството до продукта, а напоследък – до услугата. Въпреки че е трудно да се определи какво точно представлява качеството и да се съберат всички гледни точки към един и същи предмет, сегашните подходи се обединяват около идеята, че процесите са толкова важни, колкото и осезаемите резултати, какъвто е случаят с концепцията *Тотално управление на качеството* – Total Quality Management (TQM).

TQM като философия и мрежа от ръководни принципи

Тази идея е успешно аргументирана от Едуард Деминг, според когото „грижата за качество трябва да бъде фокусирана в по-голяма степен върху процеса, отколкото върху продукта“. Качеството на продукта изисква качество на всичко в организацията, включително и корпоративна отговорност. Това е причината, поради която концепцията за *качеството се е разширила извън границите на физическата същност на продуктите към тоталната ценност, доставена на потребителите*. Структурата на тоталността обхваща трите качества: „възвръщаемо“ качество, което удовлетворява нуждите на акционерите, „качество на продуктите и услугите“, което задоволява специфични нужди на крайните потребители, „качество на живота“, което задоволява нуждите на хората в организацията [13].

От това следва философията на TQM, която въвлича всеки един в една организация в непрекъснатото усилие за подобряване на качеството и постигане на удовлетворяване на потребите-

лите. Концепцията TQM представлява фундамент на непрекъснато подобряване на организацията и включва **пет принципа** [9]:

- Разбиране какво представляват изискванията на потребителите;
- Проектиране на продукт/услуга, които посрещат потребителските изисквания;
- Проектиране на процес, при който работата да се извършва правилно от първия път;
- Строго наблюдаване за резултатите и осведоменост за тях;
- Разширяване на тези концепции към доставчиците.

Тенденцията на развитието в схващанията за качеството – от продукта към услугата, от резултата към процеса и TQM, е предполагала търсене на критерии и индикатори за оценка на качеството от всички гледни точки: на резултатите и процесите, на продуктите и услугите, на осезаемите и неосезаемите неща. Това е станало възможно чрез моделите за оценка на качеството на услугите: концепцията на Грьонроос, Модела Гар и Методиката SERVQUAL.

Ролята на концепциите за оценка на качеството на услугите

Предлаганите от различните научни школи подходи за управление на качеството на услугите са разнообразни. Много от тях приемат за „отправна точка” съотношението между очакванията на потребителите и възприятието от получените услуги. Тази логика е актуална за услуги, чието качество трудно може да бъде оценено на базата на обективна характеристика. Именно на нея се основават концепцията на Грьонроос, моделът Гар и методиката SERVQUAL.

Според *концепцията на Грьонроос* същността на услугата е съставена от две качества: *техническо качество* (ключовата изгода за потребителя, или какво получават потребителите, техническия резултат от процеса) и *функционално качество* (качеството на процеса, или как потребителите получават техническия резултат, наречен от Грьонроос „израз на представянето на услугата”). Като допуска, че услугата се доставя на задоволително техническо ниво, както и че измерването на функционалното качество се възприема субективно, Грьонроос развива идеята, че в

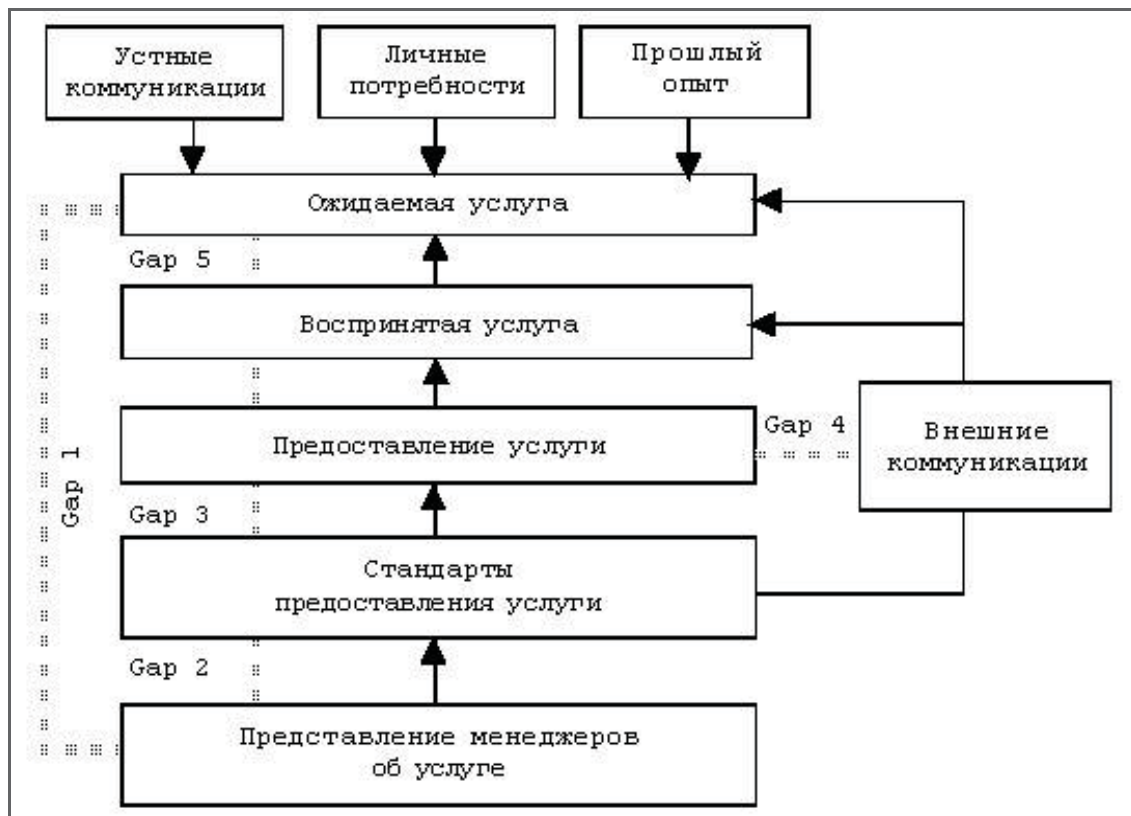
контекста на услугата функционалното качество се възприема като по-важно от техническото [4, 11]. Оценката на двата вида качество се влияе от възможността за квалифицирана оценка на „ключовата“ изгода от продукта и степента на контакта между потребителя и оказващия услугата. Така слабата възможност за оценка и високата контактност акцентират върху качеството на процеса. По аналогия, където здравната услуга е високоспециализирана, а информацията на пациента за нея е ниска, тежестта на оценката би трябвало да се измести в по-голяма степен към функционалното качество, т.е. към контакта на пациента с лечебното заведение.

Методиката SERVQUAL (Модел SERVQUAL) е универсален инструмент, еднакво валиден за измерване на услугите в индустрията и за болничната среда [10]. Създадена е като модел на „идеалната“ услуга от Parasuraman, Zeithaml и Berry (1985 г.), които предлагат пет измерения на „идеалната“ услуга: физическо състояние (tangibles), надеждност (reliability), отзивчивост (responsiveness), увереност (assurance) и емпатия (empathy). Методиката SERVQUAL предполага измерване на качеството на услугата с помощта на количествения показател *Индекс на качеството* (Service Quality Index – SQI), който отразява съотношението на възприеманото качество към очакваното качество на услугата.

В тази връзка е и твърдението, че при управлението на пациента се акцентира върху персонализацията на контакта. „За изхода от контакта при предоставяне на здравната услуга от значение са субективните възприятия: зрителното – 80%, вербалното – 38%, и чрез езика на тялото – 55% (П. Салчев, 2009) [8]. Този аспект от управлението на пациента вероятно има за измерител детерминантата отзивчивост (responsiveness).

Моделът Gap (фиг. 1) е разработен от американските изследователи Parasuraman, Zeithaml и Berry (1985-1988 г.) и дава възможност процесът на предоставяне на услугата да бъде видян като цяло, да бъдат установени възможните несъответствия при предоставяне на услугата, които представляват източници на неудовлетворителното качество. Величината и насочеността на несъответствията оказват влияние върху качеството на услугата.

Ключов е Gap 5 (разрив¹ 5) между елементите „очаквана услуга“ и „възприемана услуга“ Gap 5. Услугата е качествена, ако разрывът отсъства. Съществуването на Gap 5 се обуславя от наличието на Gap 1-4. В модела е налице верижна реакция на разрывите от 1 до 3 – възникването на разрыва 1 води до разрывите 2 и 3, докато разрывът 4 е автономен [7].



Фиг. 1. Модел Gap

Каору Ишикава подчертава човешката страна на качеството: „Да се знае същинското качество, което е съобразено с потребителските изисквания“ [6]. Основното в концепцията на Ишикава е да се разбере същинското и заместващото качество, на което съответстват два вида показатели: *същински показатели на качеството* (СПК), определени от потребителите, и *заместителите на показателите за качество* (ЗПК), които представляват условията, създавани от производителя за постигане на същинс-

¹Под *разрив* се разбира превишаване на очакванията на потребителя спрямо възприятията за услугата.

ките показатели. СПК и ЗПК изпълняват принципите на TQM. Концепцията на Ишикава за същинското и заместващото качество е схващане за качество на процеса и качество на резултата. Нарича се *Анализ на качеството или изследване на качеството по функции* и вероятно е основа за всички концепции и индикатори за оценяване на качеството (табл. 1).

Таблица 1. Показателите на Ишикава като основа за съвременните концепции за оценка на качеството на услугата и индикаторите на здравната услуга

Съвременни концепции за оценка на качеството на услугата	Индикатори на здравната услуга
Концепция на Грьонроос	Класически индикатори: <ul style="list-style-type: none"> • Твърди • Меки
Методология SERVQUAL	Ръководни рамки: <ul style="list-style-type: none"> • Триада критерии • „Паяжина на качеството” • „Компас на клиничната стойност”
Модел Гар	Критерии според типа мениджмънт: <ul style="list-style-type: none"> • П-критерии • Р-критерии
Показатели на Ишикава: <ul style="list-style-type: none"> • Същински показатели • Заместители на същинските показатели на качеството 	

VHA (Voluntary Hospitals of America) е национална мрежа на водещи обществени здравни организации и лекари. В контекста на Концепцията TQM и по препоръка на VHA, подборът на индикаторите за оценка на качеството трябва да се основава на два критерия: наличие на допирни точки на индикаторите с пациентите и възможност да измерват всички аспекти (за измерване). Изпълнението на препоръката на VHA, пречупена през принципите на TQM, би трябвало да даде отговор на следното: дали се посрещат потребностите на потребителите, дали услугите са проектирани съобразно нуждите на потребителите (пациентите), какво е качеството на процесите, информация и мониторинг на резултата, изисквания към доставчици.

Настоящият анализ съпоставя индикаторите на качеството на здравната услуга в тотален контекст и във взаимовръзка със съвременните концепции за оценка на качеството на услугата (фиг. 2).



Фиг. 2. Взаимовръзка между индикаторите на здравната услуга и съвременните концепции за оценка на качеството на услугата в контекста на TQM

Необходим е анализ на индикаторите за оценка на качеството на здравната услуга и съвременните концепции за оценка на качеството на услугата. В здравеопазването се прилагат два основни типа индикатори за оценка на качеството – класически индикатори и ръководни рамки [1].

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

Чрез индикаторите от технически тип се оценява извършването или неизвършването на дадена дейност (технология, процедури, хирургични интервенции, инжекции, транспорт) от страна на изпълнителя на медицински услуги. Сравнение с концепцията на услугата по Грьонроос:

- *Индикаторите от технически тип се отнасят до техническото качество по Грьонроос. Отразяват процеса на създа-*

ване на услугата и заместителите на показателите за качество.

Чрез индикаторите от нетехнически тип се оценява степента на способност на изпълнителите на медицинска помощ да предоставят медицински услуги, като последните трябва да достигат по задоволителен начин до потребителя. Меките индикатори определят очакванията на потребителите (точност, любезност, отговор при болка).

• По своето значение меките индикатори са идентични с детерминантата отзивчивост от методиката SERVQUAL. Могат да намерят приложение при определяне на разрива между очакваната и възприеманата услуга – *Gap 5* от Модела *Gap*.

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

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

• *Оценката на качеството при триадата критерии е насочена към оценка на цената на качеството. В квалитологията аксиоматично се приема, че цената на качеството не е стойността на създаване на качествен продукт или услуга, а цената за несъздаване на качествен продукт или услуга.*

При използване на ръководната рамка „Триада критерии“ за оценка на качеството е необходимо да се има предвид, че цената на качеството се формира от всички разходи, направени от дадена организация нейните продукти или услуги да отговарят на установените стандарти за качество. Общите разходи за осигуряване на качеството на даден продукт/услуга се формират от три вида разходи: превантивни разходи, разходи за преценка и разходи за брак [3, 12]. В зависимост от това на какъв етап от производството възникват, тези три вида разходи имат различен относителен дял в общите разходи за постигане на качество. Като интегрален подход за оценка на качеството, също в смисъла на TQM, може да бъде използвана друга триада критерии – ресурси, процес, резултати (В. Борисов, 1990) [2].

Ръководната рамка „Паяжина на качеството“ е техника, която интегрира твърди и меки атрибути, които се конструират

като осите на паяжина. Измерва нивата на усещанията и очакванията на пациентите, за да се определят пробивите в качеството и възможностите за подобряване. Подходяща е за болничната и извънболничната помощ.

• *По своето значение меките индикатори са идентични с детерминантите на методиката SERVQUAL. Ръководната рамка „Паяжина на качеството” може да намери приложение за измерване на разрива Gap 5 в Модела Gap.*

Ръководната рамка „Компас на клиничната стойност” е техника, която обединява средствата на медицинската дейност и организационното управление. Оценява до каква степен настъпила та положителна промяна се дължи на приложените клинични и параклинични процеси. Определят се два стадия – преди процеса и след процеса. Четирите посоки на началния стадий са опорните точки за оценка: симптоми (север), потенциални последствия (юг), очаквания (изток), биология на заболяването (запад) [1]. *Техниката „Компас на клиничната стойност” оценява техническото качество. Дава възможност за разчленяване на процесите и тяхното изучаване. Близко е до концепцията на Грьонроос, но е приложима и при методиката SERVQUAL и Модела Gap.*

В смисъла на принципите на концепцията TQM, внимание заслужават **критериите за измерване на качеството в зависимост от типа мениджмънт [6], чийто произход се корени в ценностните системи на японското и американското общество.** Япония е общество, което е ориентирано към процеса и в чието мислене се въплъщава Концепцията Кайдзен². При ориентация върху процеса висшият мениджмънт, пропускайки иновациите и новите идеи, се оказва без дългосрочна стратегия. САЩ е общество, ориентирано към резултата. Мениджмънтът, ориентиран към резултат, е способен да поставя цели и да мисли стратегически, но игнорира мотивацията и прегрупирането на ресурсите. На двата типа мениджмънт отговарят два вида критерии за оценка на качеството: П-критерии (критерии на процеса) и Р-критерии (критерии на резултата).

²Кайдзен е оригинална японска управленска концепция за постепенна и продължителна промяна.

П-критериите включват поддръжка, поощрение и действия по усъвършенстване. Оценяват усилията на хората и изискват промяна в поведението. В кръговете по качество³ П-критериите включват: брой решени проблеми и действия, водещи до усъвършенстване на стандартите. Р-критериите се отнасят до парите, вълпътени в резултатите от работата. П-критериите осигуряват дългосрочна перспектива, докато Р-критериите имат пряк и краткосрочен характер.

•Взето заедно, П-критериите и Р-критериите измерват отделни моменти от Концепцията TQM. Докато П-критериите отразяват тоталността, то Р-критериите отразяват резултата. Това ги прави еднакво важни и неделими.

Изводи:

От анализа на индикаторите за оценка на качеството на здравната услуга в контекста на TQM могат да бъдат направени следните изводи:

- Всички индикатори, независимо от вида си, оценяват промяната в нивото на качеството на процеса или резултата, но в различен аспект.

- Индикаторите отчитат промяната на качеството в неговата триединна същност – структура, процес, резултат.

- Твърдите индикатори отразяват организацията (лечебното заведение), а меките – услугата (контакта между организацията/лечебното заведение с потребителя/пациента).

- Меките индикатори са сходни с детерминантите на Методиката SERVQUAL, а по значение – за измерването на разликата между очакваното и възприеманото качество (разрив 5) в Модела Gap.

- Основополагащата роля на двата вида показатели на качеството – същинските и заместителите на показателите за качество като отношение, се дължи на факта, че те отразяват йерархичната зависимост и подчиненост резултат–процес. Ето за-

³Кръговете по качеството са инструмент на организационната промяна на оперативното ниво.

що няма „чист“ индикатор, който да оценява единствено резултата или единствено процеса. Някои са по чувствителни към процеса на създаване на услугата, а други – към резултата, според това, кое свойство (признак) отразяват.

• Сходството на индикаторите на качеството на здравната услуга с тези на разгледаните концепции показва, че гледните точки за оценка на услугата в стопанския живот и тази на здравната услуга са успоредни, зараждат се в самия процес на производство и се основават на икономическите закономерности.


За какво би могъл да послужи представеният анализ?

Индикаторите за оценка на здравната услуга могат да бъдат използвани заедно или поотделно, както и в комбинация с разгледаните концепции за оценка на качеството на услугата, за откриване на ЗПК и отношението между ЗПК и СПК, с цел изследване на качеството по функция. Отношението носи информация за това до каква степен ЗПК обезпечават СПК, до каква степен заложеното в стандартите съответства на потребителските нужди. Тази идея ще бъде полезна за изследване на качеството по функции на здравната услуга. За разработването ѝ в методика е необходимо позадълбочено и конкретно представяне и използване на разгледаните концепции и концепцията на Ишикава за същинското и заместващото качество. Това е обект на друго изследване.

Библиография

1. Болнично управление, теоретични аспекти и практически решения (избрани лекции). София, ИК „Хераклит А & Н“ (ред. проф. М. Попов), ISBN 954-573-018-8.
2. Борисов, В. Синтетична социална медицина. Учебен компендиум. София, МУ, 1999.
3. Донъли мл., Дж. Х., Дж. Л. Гибсън и Дж. М. Иванчевич. Въпросът за качеството при управлението на производствените операции. – В: Основи на мениджмънта, ISBN 954-520-095-2. София. Издателство „Отворено общество“ ЕООД, 1997. (гл. 16, с. 453).
4. Еремеева, Н. www.client-service.ru.
5. Имаи, М. „Кайдзен. Ключ к успеху японских компаний. „Альпина Бизнес Букс“, <http://www.management.com.ua/qm/qm086.html>.

6. И ш и к а в а , К. Тотално управление на качеството в Япония. София, ИК „Христо Ботев”, 1994.
7. П р е д в о д и т е л е в а , М. Д. и О. Н. Балаева. Подходи к управлению качеством услуг: фокус потребителя. – Менеджмент в России и за рубежом № 2, 2005.
8. A m i r , А. Industrial and Systems Engineering (ISE): What is quality management?, <http://amirazizi-ise.blogspot.com/2006/10/what-is-quality-management-tgm.html>, October 18, 2006.
9. B a b a k u s , E., W. G. Mangold. Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation. – Health Serv. Res., **26**, 1992, № 6, 767-786.
10. S e l e c t i o n criteria for quality controlled information gateways – Appendix 3: Quality/selection definitions, models and methods in use, <http://www.ukoln.ac.uk/metadata/desire/quality/appendix-3.html>.
11. <http://www.asq.org/learn-about-quality/cost-of-quality/overview/overview.html>.
12. <http://www.puslit.petra.ac.id/journals/industrial>.

 *Адрес за кореспонденция:*
д-р Дарина Минева
Факултет по обществено здраве
МУ – София
dar_mineva@yahoo.com

Постъпила – 10 януари 2013 г.