

НЕРЕШЕНИ МЕТОДОЛОГИЧНИ ПРОБЛЕМИ В МЕНИДЖМЪНТА НА КАЧЕСТВОТО В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

С. Славчев и Б. Борисова

ФОЗ – София

Резюме. Мениджмънтът на качеството в здравеопазването продължава да е дискуссионен проблем, няма единна общоприета класификация на проблематиката, доминира административният стил в анализа и оценката на качеството, както и в подходите за неговото управление и контрол. Все още има нерешени съществени проблеми в мениджмънта на качеството, което затруднява неговата практическа реализация. Реализирането на по-ефективен мениджмънт на качеството в здравеопазването изисква да се преодолеят догматизмът и формализмът в тази дейност чрез мениджмънт на качеството, базиран на доказателства. В тази насока е нужна нова система с три типа стандарти – поведенчески, организационни и професионални, които са функционално свързани помежду си.

Ключови думи: мениджмънт на качеството, стандарти за качество, мениджмънт на цялостното качество, критерии за качество

NEGLECTED METHODOLOGICAL PROBLEMS IN THE MANAGEMENT OF THE QUALITY OF HEALTHCARE

S. Slavchev and B. Borisova

Faculty of Public Health – Sofia

Summary. Quality management in healthcare continues to be a controversial issue. There is no single and broadly accepted classification of the issues dominating the administrative style in the analysis and evaluation of the quality, as well as the approaches to its management and control. Still major problems in the quality management are not solved, which hinders practical realization. The implementation of more effective management in health care required to overcome dogmatism and formalism through quality management, based on the evidence. Needed are three types of standards in the assessment – behavioral, organizational and professional, which are functionally linked.

Key words: quality management, quality standards, total quality management, quality criteria

*Простите инструменти са за предпочитане.
Сложни анализи и прекомерен баласт от информация
лесно заблуждават и опорочават вземането на решения.*

Питър Дракър

Въведение

Високата значимост на проблема за качеството в здравеопазването доведе до формирането на новата наука **медицинска квалитология** (преди всичко факултетите по общественото здраве и НЦОЗА). Немалко учени са се занимавали с проблема. Не по-малко от пет дисертации са защитени в тази сфера.

Мениджмънтът на качеството на здравните услуги е обект на многобройни публикации през последното десетилетие. Това се обуславя от обстоятелството, че качеството в здравеопазването е обявено за безусловен приоритет на здравната система. Но внимателният преглед на литературата показва, че този проблем продължава да е дискуссионен, няма единна общоприета класификация на проблематиката, доминира административният стил в анализа и оценката на качеството, както и в подходите за неговото управление и контрол. В много публикации се пренасят механично елементи и подходи на управление на качеството от други сектори, без да се адаптират към специфичната медицинска проблематика.

Това показва, че мениджмънтът на качеството изисква нови концепции и анализи, които да изхождат от изключителната специфика на здравеопазването дейност.

Оценката на качеството – изходен пункт за неговото управление

Оценката на качеството в здравеопазването е колкото необходима, толкова и затруднена поради различни обстоятелства. Главната трудност е, че качеството е извънредно сложен многомерен феномен и всяка негова еднозначна оценка и анализ биха били едностранчиви и неточни. Качеството включва (обобщава) в себе си представите за адекватност, ефективност, полезност, икономичност, които се представят като аспекти и генерални базови критерии на качеството като цялостно понятие.

Тези генерални критерии е нужно да се конкретизират и операционализират с оглед прецизното и ефективно управление на

качеството в здравеопазването. Например мнението на пациента става все по-важен конкретен индикатор и критерий за качеството на медицинската помощ, чрез който можем да изясним посочените по-горе базови аспекти: адекватност, ефективност, полезност, икономичност.

Типове нерешени проблеми в мениджмънта на качеството в здравеопазването

Почти няма публикации, анализращи критично нерешените проблеми в мениджмънта на здравеопазването с оглед постигането на по-ефективни практически подходи в тази област. Многобройните нерешени проблеми в мениджмънта на качеството в здравеопазването могат да се обобщят в следните групи:

1. Дефицит на генерална общоприета концепция за мениджмънт на качеството в здравеопазването. Трябва да се признае, че все още няма достатъчно развита научна база на медицинската квалитология. В огромната като обем литература по мениджмънт на качеството прави впечатление, че след първите концептуални публикации на А. Donabedian (1988, 2003) почти няма публикации по теоретико-методологични аспекти на качеството в здравеопазването. Поради това повечето публикации страдат от елементарен практицизъм и не са основани на широка стабилна концептуална основа. Въпреки множеството полезни идеи те си остават фрагментирани, несвързани в цялостна научна система за качеството в здравеопазването, прекомерно усложнени и неясно фокусирани към ежедневието практически управленски живот.

2. Липса на надеждни подходи за мениджмънт на качеството, базиран на доказателства. Тази липса произлиза от посочения по-горе дефицит на генерална общоприета концепция за качеството. Управлението на качеството е по същество въздействие върху здравеопазната дейност в желана посока. Но това въздействие трябва да изхожда, да се базира на сигурни безспорни доказателства. Погледът върху публикациите показва, че методологичната концепция за медицина, базирана на доказателства, все още не е навлязла, не е овладяна от теоретиките и практиците на мениджмънта на качеството в здравеопазването.

3. Прекомерен акцент върху технологичните индикатори и подценяване на човешките психосоциални аспекти. Почти не

се отчита сложната **полисистемна същност** на здравеопазната дейност, която най-общо включва три подсистеми (аспекта):

1. Технически.

2. Организационни и икономически.

3. Човешки (социалнопсихологически), отразяващи взаимоотношенията между здравните професионалисти и пациентите.

Тези три аспекта са неотделими един от друг, изолираното изследване на всеки от тях не може да даде цялостна представа за качеството на здравното обслужване. Нужен е комплексен подход, тъй като не е създаден и едва ли е възможен един универсален критерий за качеството.

4. Недостатъчна връзка с проблемите на качеството на живота. Много редки са публикациите, анализиращи конкретното качество на здравните услуги с нивото на качеството на живота на населението изобщо, на определени контингенти и на групи пациенти. В широк контекст постигането на добро качество на живота на населението и в частност на пациентите е крайна цел на здравеопазването като социална система. Следователно индикаторите за качество на живота би следвало да са приоритетни индикатори и критерии за оценка и ефективно управление на качеството на здравните услуги. И ако тези приоритетни критерии не се използват, то логично следва едносранчиво, стеснено и неефективно управление на качеството на здравните услуги.

5. Доминиране на формален бюрократичен подход към проблема за качеството. Пътят от чистата наука към практическата реалност е сложен и дълъг. В медицинската квалитология той все още не е изминат докрай.

Типичните ключови изрази в редица официални документи и проекти са в доста общ неконкретизиран и пожелателен стил от типа: „следва да се..., да се разработи цялостна система за управление на качеството..., да се разработят програми за качество...” и т.н.

Тези изразни средства са особено характерни за целия период на здравната реформа от 2000 г. до днес, те изразяват духа и стила на **незадълбочено обхождане** и административно “решаване” на такъв труден, сложен и специфичен проблем, какъвто е качеството на здравната дейност.

В. Борисов цитира „лавина“ от банални ключови думи и фрази, които според автора вече не впечатляват и не влияят изобщо върху поведението на здравния професионалист:

– изключително **важен** проблем; **важна** роля, **основна** роля; **високо** качество; **стратегическа** задача; следва да **допринесат**; да се **пристъпи**; **мрежа** от национални **стандарти**; **съвременни** техники; **цялостна** система; **разработване**; **програма**; **изграждане**; **координация**; **добра медицинска практика**; **национална здравна стратегия**...

Всичко е *важно, ключово, основно, стратегическо* и... замъглено [3].

Неясният пожелателен стил е характерен и за понятието „**правила за добра медицинска практика**“. Години наред то безплодно се експлоатира от активисти на БЛС, а неговата конкретизация и реализация в живата практика се губи. Ако тези „правила“ са фундамент именно на една добра медицинска практика, то те трябва да имат централно място във всеки елемент на професионалното формиране на лекаря – преддипломно и следдипломно обучение. Но една експресна анкета сред новозавършили лекари показва, че те изобщо не са чували термина „правила за добра медицинска практика“ [5].

Специалистите езиковеди предупреждават, че от прекомерна употреба без реално покритие думите се изхабяват и губят своята ценна знакова роля. Цитираните по-горе ключови думи са ценни сами по себе си, но използвани формално, те вече не ни казват нищо, не вълнуват, не мотивират за дейност по същество. Потънали в някакъв „стратегически важен“ административен документ, тези думи не намират пътя към реалния живот.

б. Неадекватен свръхоптимистичен подход към проблема за качеството. По правило в административните документи управлението на качеството изглежда просто, **достижимо с един замах**, с разработването на *Програма* и *Мрежа* от *Стандарти* и с *разпределяне* на отговорностите между Министерството на здравеопазването, НЗОК, БЛС и „обществото“ [7].

Този свръхоптимистичен стил допада на широката публика, която до определен момент възприема декларациите като реалност, а след това с изненада открива, че качеството в здравеопазването всъщност наподобява **МИТ**.

7. *Подценяване и игнориране на пациента като водещ критерий за качество на медицинската дейност.* В условията на внедрен пазарен механизъм в здравеопазването съществува реален риск от дехуманизиран подход към оценката и управлението на качеството на медицинската помощ. В своя критичен анализ В. Борисов подчертава: „Наивно и непрофесионално би било всяко подценяване на пациента не само като участник и партньор в лечебния процес, но и като оценител-критерий за качеството. Изолираните **статистически кабинетни анализи** на качеството нерядко носят печата на самоизмамата както за лекаря-клиницист, така и за здравния мениджър” [3].

В този аспект теорията на маркетинга ни дава по-вярна насока за оценка на качеството чрез следната дефиниция: **Качеството е нещото, което търси клиентът.**

Пределно ясно е, че в лечебния сектор клиентът е *пациентът* и затова системите, критериите и програмите за качество следва да се опростят, фокусират и *приземят* към този клиент. Критерий номер едно, а в определен аспект критерий единствен става пациентът. **Качеството има една ключова дума и тя е пациент.**

Истинска картина и оценка на качеството на медицинската помощ може да има само при комплексен **триединен подход** – умело съчетаване на оценката на здравния мениджър, лекаря и пациента (фиг. 1). За съжаление нашият здравноосигурителен модел досега не можа да изпълни тази мисия.



Фиг. 1

Моделът трябва да е зависим от пациента, а не обратното.

НЗОК при всичките свои усилия за контрол върху качеството борави изключително с отчетни документи, а не със системен мониторинг на качеството. Има опасност документът да измести живата реалност и да стане господар на системата. Крайно незадоволителна роля за оценка и управление на качеството играе провежданата *акредитация* на лечебните заведения, която е насочена повече към анализ на финансови и материални ресурси, а не към задълбочена оценка на качеството и удовлетвореността на пациента.

8. *Конфликт на конкуренцията и на интересите между страните в здравеопазването.* Според **Т. Черкезов** нерешен проблем е, че в сферата на здравеопазването решенията за „покупка“, за плащане и за оказване на услуга са разделени. Появяват се много нива на потребители: индивидуални потребители, собственици на фирми, които „купуват“ обслужване на своите работници, косвени клиенти, например здравноосигурителни каси, които събират осигурителни вноски, а след това плащат на провайдерите на услуги. Всички тези потребители се ръководят от съвсем различни интереси. Проблемът е да се търсят провайдери, показали добри резултати и качество в работата и с не особено висока стойност на предоставените услуги. Качественото обслужване често пъти се отличава с относително неголяма стойност, което се дължи на високоефективната дейност на опитни медицински екипи, с малък брой усложнения по време на лечението, бързо постигане на целите и намален престой на пациента в лечебното заведение. Такива провайдери обикновено се откриват в резултат от анализа на квалификацията на персонала, медицинското оборудване, организацията на работа и фактически постигнатите резултати (Т. Черкезов, 2013 [5]).

9. *Доминиране на количествени критерии пред качествени.* Често анализите, посветени на оценка на качеството, се основават на количествени показатели за дейността – брой преминали болни, използваемост на леглата, среден престой, обем на приходи-разходи. Използва се несполучливият термин „измерване на качеството“ вместо „оценка на качеството“, което не е проста изчислителна функция, а обобщаващо съждение за ефекта от дадена медицинска дейност. Количествените статистически показатели, които се използват при оценката на качеството, преследват не цифрови изводи, а именно синтезирано съждение, синтезирани оценъчни изводи.

Необходимост от система практическо управление на качеството

Ако говорим за мениджмънт на качеството в здравеопазването, неотложно трябва да се преодолее административният догматизъм, а лавината от мъгляви критерии, системи, модели, програми, акредитации, оценки, повишаване, осигуряване на качество и т.н. трябва да се опрости и да се приземи към реалностите на живота, на ежедневната медицинска дейност, на пациента.

У нас очакването за реалистично управление на качеството в здравеопазването бе особено силно при създаването и първите стъпки на Изпълнителната агенция за медицински одит (ИАМО). В англоезичната литература терминът медицински одит се използва изключително за колегиална професионална оценка и регулиране на качеството.

Пътят на тази институция от създаването ѝ преди пет години до днес е обнадеждаващ. Тя разшири спектъра на своята дейност, обхващайки все по-голям кръг от нерешени проблеми на качеството в здравеопазването. ИАМО успя да преодолее риска да се превърне в едно обикновено „бюро Жалби“, но бъдещата дейност на институцията следва още по-ясно да докаже нейната роля на **водещ организационен и методологичен национален център** за анализ, оценка и управление на качеството в здравеопазването [3].

Нерешен проблем е създаването на цялостна система от **стандарты за качество** (неправилно наричани медицински стандарти, тъй като качеството не е само изолиран медицински проблем).

В настоящата статия няма обстойно да излагаме и дискутираме проблема за стандартите, който е обект на други публикации. Само ще цитираме като илюстрация на необходимостта от нов подход към стандартите една методологична схема на В. Борисов [3]. Нейното по-нататъшно разработване и конкретизиране би могло да бъде стъпка към практическото внедряване на т.нар. **мениджмънт на цялостното качество (total quality management)**, прилаган в Япония и в няколко напреднали европейски страни.

Най-очевидното в тази схема са два момента:

- Преодоляване монопола на тясно клиничния подход чрез въвеждане на поведенчески и организационни стандарти за качество на здравните услуги. Без добра организация и адекватно поведение няма добро качество на медицинската помощ.
- Взаимовръзка и баланс между стандартите за професионална практика, поведенческите и организационните стандарти.

Елементи на мениджмънта на качеството

- ⇒ Система за установяване на *професионални стандарти*
- ⇒ Система за контрол – *в каква степен са посрещнати стандартите*
- ⇒ Система за стимулиране на стандартите

▪ **Поведенчески стандарти**

1. Изява на ангажирано **отношение** на лекаря към проблема на пациента.

2. Ефективно **общуване** (комуникационни умения)

а) Вербална комуникация – информирание (ясно, обратна връзка)

б) Невербална комуникация (баланс с вербалната комуникация).

▪ **Организационни стандарти**

1. Условия за професионална практика (за общуване с пациента, за процедури, за екипност, за координация, ресурси, необходимо време).

2. Стимулиране (организационен контрол, възнаграждение).

3. Научност и перманентно обучение.

4. Съучастие на пациента (в процеса и в оценката на крайния резултат).

5. Надеждна документация.

▪ **Измерване на професионалната практика**

1. Диагностичен и терапевтичен разговор с пациента.

2. Психологична подкрепа.

3. Специфични клинични критерии и индикатори (полипрагмазия, ятрогения, вторична инфекция и т.н.).

4. Крайни резултати (съчетана оценка на клинициста, пациента и мениджъра).

При по-внимателното запознаване с горната схема се вижда, че поведенческите и организационните стандарти са необходимо, задължително условие и предпоставка за реализирането на добри стандарти за професионална практика. Стандартите за професионална практика без взаимовръзка с останалите два типа стандарти неизбежно ще останат формални и неизпълними регулатори на качеството в живата ежедневна здравеопазна практика.

Заклучение

Независимо от многобройните публикации за мениджмънт на качеството в здравеопазването, този проблем продължава да е дискуссионен, няма единна общоприета класификация на проблематиката, доминира административният стил в анализа и оценката на качеството, както и в подходите за неговото управление и контрол.

Установяват се серия нерешени съществени проблеми в мениджмънта на качеството, което затруднява неговата практическа реализация.

За да се поеме пътят към един по-ефективен мениджмънт на качеството в здравеопазването, е нужно да се преодолее бюрократичният догматизъм и формализъм в тази дейност, като се премине към системата за мениджмънт на качеството, базиран на доказателства. В тази насока са нужни не само изолирани клинични стандарти за качество, а преди всичко комплекс от функционално свързани поведенчески, организационни и професионални стандарти.

Библиография

1. З л а т а н о в а , Р., Т. Златанова и В. Петков. Анализ на правата на пациента. – Здравен мениджмънт, 2008, 3.
2. Права на пациента – сравнителноправен анализ. Изд. Фондация "Отворено общество". 2003, 176 с.
3. Б о р и с о в , В. Мениджмънт на качеството в здравеопазването – реалности и митове. – Здравен мениджмънт, 2001, № 1, 55-59.
4. П е т р о в а , Зл., К. Чамов и Ст. Гладилов. Качество в здравеопазването – съвременни измерения и тенденции. С., 2008, 270 с.
5. Ч е р к е з о в , Т. Ключови механизми за подобряване на качеството в здравеопазването. – Мед. менидж. и здр. политика, **44**, 2013, № 2, 48-60.
6. Ш о п о в , Д. Качество на медицинското обслужване в терапевтичните болнични отделения. Дисертация, 2008, 181 с.
7. D o n a b e d i a n , A. The quality of care: How can it be assessed? – J. Am. Med. Assoc., **121**, 1988, № 11, 1145-1150.
8. D o n a b e d i a n , A. An Introduction to Quality Assurance in Health Care. (1st ed., Vol. 1). New York, Oxford University Press, 2003.
9. D e y , Pr., S. Hariharan. Integrated approach to healthcare quality management: a case study. – TQM Magazine, **18**, 2006, № 6, 583-605.

✉ *Адрес за кореспонденция:*

Доц. Боряна Борисова
ФОЗ – София
e-mail: boryana_ves@abv.bg