

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ

Д-Р НЕВЕН ЙОРДАНОВ ЕНЧЕВ

МЕНИДЖМЪНТ НА КАЧЕСТВОТО В СЪВРЕМЕННА
БОЛНИЦА ЗА АКТИВНО ЛЕЧЕНИЕ

ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД
ЗА ПРИСЪЖДАНЕ НА ОБРАЗОВАТЕЛНА И НАУЧНА СТЕПЕН
“ДОКТОР”

Област на висше образование: 7. „Здравеопазване и спорт”

Професионално направление: 7.4. „Обществено здраве”

Научна специалност „Социална медицина и организация на
здравеопазването и фармацията”

НАУЧЕН РЪКОВОДИТЕЛ
ПРОФ. Д-Р ЦЕКОМИР ВЛАЙКОВ ВОДЕНИЧАРОВ, ДМН

София, 2017 г.

СЪДЪРЖАНИЕ

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ.....	5
ВЪВЕДЕНИЕ.....	7
ГЛАВА ПЪРВА. ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР.....	10
1.1. Концептуални фактори, обуславящи необходимостта от предоставяне на качествена болнична помощ.....	10
1.2. Основни социални норми, имащи отношение към качеството на болничната помощ.....	11
1.3. Ценности в здравеопазването.....	13
1.4. Методи за регулиране на взаимодействието между изпълнителите на болнични услуги (регулативни модели). Институционализиране на ценностите в болничния сектор.....	16
1.5. Финансиране на болничната помощ.....	19
1.5.1.Тенденции във финансирането на болничната помощ.....	19
1.5.2.Финансиране на болничната помощ на базата на социално осигуряване...20	
1.5.3.Финансиране на болничната помощ, основаващо се на данъчни постъпления.....	22
1.5.4.Финансиране на болничната помощ със средства от Доброволно здравно застраховане.....	23
1.6. Солидарност и конкуренция при финансирането, предоставянето и ползването на болничните услуги.....	24
1.7. Недостигът на средства – стратегическа дилема на системата за болнична помощ.....	27
1.7.1.Общи положения.....	27
1.7.2.Мерки за контрол на разходите за болнична помощ, насочени към търсенето на болнични услуги.....	29
1.7.3.Мерки за контрол на разходите, насочени към предлагането на болнични услуги.....	29
1.7.4.Мерки, насочени към поделянето на разходите за болнични услуги.....	32
1.7.5.Определянето на приоритетни здравни услуги – стратегически механизъм за рационално разпределение на средствата за тяхното финансиране.....	41
1.8. Договаряне между възложителите и изпълнителите на болнични услуги.....	50
1.8.1.Общи положения.....	50
1.8.2.Основополагащи принципи на договарянето на болнични услуги.....	51
1.8.3.Обществени аспекти на договарянето на болнични услуги.....	54
1.8.4. Проблеми, свързани с договарянето на здравни (болнични) услуги.....	55
1.8.5.Проблеми, свързани със заплащане на изпълнителите на болнични услуги.....	59
1.9. Финансиране и качество на болничните услуги.....	71
1.9.1. Общи положения.....	71
1.9.2. Ключови направления.....	77
1.9.3. Информационно осигуряване.....	79
1.9.4. Избор на стратегии за измерване на качеството.....	83
1.10. Инвестиционният демарш в болничните заведения– стратегическо условие за подобряване и устойчиво развитие на качеството на болничните услуги.....	91
1.10.1. Общи положения.....	92
1.11. Качество на болничните услуги.....	98
1.11.1. Общи положения.....	98
1.11.2. Болнична дейност и нейното качество.....	100
1.11.3. Фактори на качеството на болничната услуга.....	106

ГЛАВА ВТОРА. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДИКА НА ПРОУЧВАНЕТО.....	111
2.1. ЦЕЛ И ЗАДАЧИ	111
2.2. РАБОТНА ХИПОТЕЗА	112
2.3. МАТЕРИАЛ И МЕТОДИКА НА ПРОУЧВАНЕТО	113
ГЛАВА ТРЕТА. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ	120
3.1. ПРОУЧВАНЕ И АНАЛИЗ НА МОДЕЛИТЕ ЗА УПРАВЛЕНИЕ НА КАЧЕСТВОТО В БОЛНИЧНАТА ПОМОЩ	120
Акредитация на лечебните заведения за болнична помощ	120
Организиране и провеждане на акредитацията в някои страни.....	126
Акредитация в Испания	126
Във Великобритания	126
В САЩ	127
Във Франция.....	127
Управление на качеството на болничните услуги по ISO 9001:2008 като интегрална част от серията International Organization Standartization.....	130
Управление на качеството на болничните услуги по <i>Превъзходния модел на European Foundation for Quality Management (EFQM – Excellence model)</i>	141
Управление на качеството на болничните услуги по модела Plan- Do-Check-Act (PDCA) известен като „цикъл на Deming”	147
Европейски организации имащи отношение към управлението на качеството на болнични услуги	150
3.2. АНАЛИЗ И ОЦЕНКА НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ АНКЕТНОТО ПРОУЧВАНЕ НА НАЧАЛНИЦИ НА ОТДЕЛЕНИЯ	152
Социо-демографски характеристики на началниците на отделения.....	152
Необходимост от политика за подобряване и устойчиво развитие на качеството в болниците	153
Мнение на началниците на отделения относно модела на финансиране и акредитацията на лечебните заведения за болнична помощ	160
3.3. АНАЛИЗ И ОЦЕНКА НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ АНКЕТНОТО ПРОУЧВАНЕ НА ЛЕКАРИ.....	164
Социо-демографски профил на анкетираните лекари.....	164
Организация и управление на качеството на приема, диагностиката, лечението и грижите за хоспитализираните пациенти.....	166
Необходимост от подобряване на компетентността на болничния персонал	171
Ежедневни дейности и отношения на работното място	173
Взаимоотношения с ръководството	176
3.4. АНАЛИЗ И ОЦЕНКА НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ АНКЕТНОТО ПРОУЧВАНЕ НА ПРОФЕСИОНАЛИСТИ ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ	178
Социо-демографски характеристики на анкетираните професионалисти по здравни грижи.....	178
Организация и управление на качеството на приема и грижите на хоспитализираните пациенти	180
Необходимост от подобряване на компетентността на професионалистите по здравни грижи	185
Отношения на работното място и взаимоотношения с ръководството.....	186
3.5. АНАЛИЗ И ОЦЕНКА НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ АНКЕТНОТО ПРОУЧВАНЕ НА ПАЦИЕНТИ	189
Социо-демографски характеристики на анкетираните пациенти	189
Оценка на качеството на оказаната медицинска помощ от пациентите	191
3.6. МОДЕЛ НА ОРГАНИЗАЦИЯ И УПРАВЛЕНИЕ НА КАЧЕСТВОТО НА БОЛНИЧНИТЕ УСЛУГИ - РАЗРАБОТВАНЕ И ВНЕДРЯВАНЕ В МБАЛ „МЕДЛАЙН КЛИНИК“ АД	198

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	205
ИЗВОДИ.....	207
ПРЕПОРЪКИ	209
САМООЦЕНКА ЗА ПРИНОСИТЕ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД.....	210
ЛИТЕРАТУРА.....	211
ПРИЛОЖЕНИЕ 1. АНКЕТНА КАРТА за началници на отделения.....	220
ПРИЛОЖЕНИЕ 2. АНКЕТНА КАРТА за лекари.....	223
ПРИЛОЖЕНИЕ 3. АНКЕТНА КАРТА за професионалисти по здравни грижи	228
ПРИЛОЖЕНИЕ 4. АНКЕТНА КАРТА за пациенти	231

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

БВП	Брутен вътрешен продукт
БДС	Български държавен стандарт
ЕС	Европейски съюз
ЗЛЗ	Закон за лечебните заведения
МБАЛ	Многопрофилна болница за активно лечение
МЗ	Министерство на здравеопазването
НЗОК	Национална здравноосигурителна каса
НРД	Национален рамков договор
СУК	Система за управление на качеството
ALPHA	Agenda for Leadership Programs in Health Cared Accreditation
ANAES	Agency National d'Accreditation et d'Evaluation en Sante
DRG	Diagnostic Related Groups
EFQM	EuropeanFoundationforQualityManagement
EOQ	European Organization of Quality
ESQH	European Sociaty for Quality in Health Care
HOPE	Standing committee of the Hospitals of the European Union

ISQUA	TheInternationalSocietyforQualityinhealthCare
ISO	InternationalOrganizationforStandartization
JCAHO	JointCommissiononAccreditationofHealthcareOrganizations
KFOA	King’s Fund Organizational Audit
PDCA	Plan-Do-Check-Actmodel

ВЪВЕДЕНИЕ

Национална система за болнична помощ в България по настоящем е смесица от централизирани, децентрализирани и деконцентрирани държавни, общински и частни болнични заведения със здравноосигурителни, бюджетни и законови „джобни“ източници на финансиране, експериментираща под натиска за силно съдържане на разходите и въвеждане на такива форми на управление, които да гарантират при нейното реформиране запазване на основната ѝ цел: *предоставяне на достъпна, своевременна, достатъчна и качествена болнична помощ.*

Несигурността, в която се намираме се проектира върху наследената от миналото централизирана държавна мрежа от лечебни заведения за болнична помощ. Повечето от тях бяха създадени в обстановка, която не позволяваше развитие на свободата им за дейност и на способността им за самооценяване на качеството на оказваните от тях болнични услуги. Те съществуваха в условията на „замразен пазар“, без да носят отговорност за цената на техния продукт. Сега същите тези заведения се намират пред хоризонт, при който понятия като „свободен пазар“, „пазарни квоти“, „конкурентноспособност“ се появяват като буреносни облаци.

Какво можем да кажем за несигурността, която понася потребителят на нашата система за болнична помощ. Политически се увеличават очакванията относно възможността за избор на болница и *на качествен болничен лечебен екип.* Но избор на базата на какво? Ако на който и да е здравен пазар недостатъчното и неустойчиво заплащане на болничните услуги е в състояние да унищожи всички предвиждания, то в такъв случай пациентът – потребител ще бъде дълбоко разтревожен от това – да не се играе с неговото здраве и живот.

В тези условия пред публичните субекти, финансиращи болничните услуги (националната здравноосигурителна каса, държава, общини) и пред частните такива в лицето на доброволните здравнозастрахователни фондове възниква задачата да предложат инструментариум, който да позволи несигурността да се трансформира във възможност за успех. Но тази сложна и отговорна задача може да бъде решена само чрез системно преследване на ясно определени цели и приоритети, съдържащи се в реално изпълнима през следващите няколко години стратегия за развитие на болничната помощ у нас.

Няма съмнение, че стратегическите цели и приоритети трябва да са достатъчно предизвикателни, но не и самонадеяни. Ето защо една от ключовите задачи на настоящата разработка е да фокусира вниманието и дейността на публичните и частните субекти, финансиращи болничните услуги върху няколко алтернативни цели и приоритети. В случая изхождаме от разбирането, че приоритетите са безсмислени, ако включват всичко, поради което не всяка цел заслужава да бъде приоритет. И освен това приоритетни могат да бъдат само онези цели, които са изпълними в реално време и с реални финансови, човешки, материални и информационни ресурси.

Създаването на национален и локални (на ниво болница) модели за оптимизиране на взаимоотношението *финансиране/качествени болнични услуги* е нова концепция за нашето здравеопазване. Анализът на резултатите в редица успешно реформирани частни и публични болници е солидна основа, върху която тя може да бъде построена тази концепция, т.е. налице е вече, макар и скромно, опит за ново мислене и практика в разработването и внедряването на подобни модели. Но и тук се налага предпазливост, защото модел за управление на взаимоотношението *„финансиране/качествени болнични услуги“* наложен „отгоре“, но несъобразен с възгледите на тези, които ще го прилагат е без практическа стойност. В този смисъл друга ключова

задача на настоящата разработка е да очертае полето на „поделената отговорност” между субектите, финансиращи болничните услуги като възложители и болниците като изпълнители на качествени болнични услуги при реализиране на подобни модели.

В настоящата разработка се разглеждат сложните проблеми, които трябва да стоят в центъра на вниманието на ръководителите на лечебните заведения за болнична помощ. За тази цел тя се опира на различни аналитични гледни точки и се основава, както на теоретични постановки, така и на опита от практиката при решаването на актуални проблеми, касаещи *качеството на болничните услуги* в условията на силни ограничения в тяхното финансиране. В нея са включени, както данни от редица дисциплини: обществено здравеопазване, организационно поведение и икономика, така и собствен опит от дейността на Многопрофилна болница за активно лечение „Медлайн клиник” АД – Пловдив.

ГЛАВА ПЪРВА. ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

1.1. Концептуални фактори, обуславящи необходимостта от предоставяне на качествена болнична помощ

Популярният характер на провежданата в страните от Европейския съюз (ЕС) реформа в болничната помощ показва, че тя е мотивирана от широки социални тенденции, които преминават границите на институционализираната организация „здравеопазване”. Основна роля в този процес играят две групи фактори.

Първата група се състои от фактори, стоящи извън здравния сектор, но оказващи влияние върху общата рамка в която се формира политиката за качествена болнична помощ. В много от случаите реформите в здравеопазването не са изолирани явления, а по-скоро са част от по-широки структурни усилия за реформа на други обществени отрасли. Процесът на реформата се влияе от идеологически, политически, икономически, исторически и културни фактори, всеки от които следва да се вземе под внимание при анализа на контекста на факторите, обуславящи необходимостта от предоставяне на качествена болнична помощ.

Втората група фактори е свързана със съществуващи здравни проблеми на населението и с проблеми на институцията „здравеопазване”. Те включват конкретните предизвикателства пред здравето на хората, идеите за желан модел на болнична помощ, нарастващият натиск върху разхода за здравеопазване, както и редица организационни и структурни предизвикателства.

Структурата и потенциалът за подобряване на качеството на болничната помощ, в която и да е страна от Европейския съюз са отражение на множество контекстуални фактори. Обществените норми и ценности оказват влияние върху основните принципи на системата „болнична помощ”, както и върху желанието за промяна. Maxwell R. (76)

подчертава, че степента на икономическото развитие на всяка страна оказва съществено влияние върху размера на разполагаемите средства, предназначени за болнична помощ.

Според Paul S. (82) образованието и особено броя на лицата, получили стабилни знания и умения по болничен мениджмънт, както и широкото навлизане на нови информационни технологични системи също *оказват влияние на потенциала на всяка здравна система за достигане на сериозно и устойчиво качество на болничната помощ.*

Приоритетите в теорията и практиката на болничната квалитология (науката за качество на болничната помощ) в европейските страни са различни. Някои от тях са с исторически корен. Други са отражение на нови политически или финансови решения. Но всички те, изтъкват Saltman R., von Otter C. (85), са силно повлияни от основните социални норми и разбирането на явленията, ценностите в здравеопазването и тяхното институционализиране от методите за регулиране на взаимодействието между изпълнителите на болнични услуги.

1.2. Основни социални норми, имащи отношение към качеството на болничната помощ

Основните социални норми, имащи отношение към качеството на болничната помощ могат, съгласно авторитетни литературни източници (85, 86) да бъдат систематизирани в следните групи:

Социални норми, произтичащи от онзи ключов показател на нормативните стойности на обществото, който е свързан със същността на самото здравеопазване. Някои обществени групи възприемат болничната услуга най-вече като обществена и положителна стока, от която трябва да се ползват всички граждани. Водещата ценност в случая е социалната солидарност, основаваща се на целенасочено кръстосано субсидиране, чрез което средствата за болнична помощ се насочват от млади към възрастни, от богати към бедни, от здрави към болни с цел да

се гарантира достъп на всички членове на обществото до болничните услуги, от които те се нуждаят.

Други обществени групи, повлияни от радикалното пазарно-ориентирано мислене през последните години възприемат болничните услуги, като стока, която се купува и продава на свободния здравен пазар. Тази гледна точка дава приоритет на техническата, динамичната и качествената ефективност на болничните услуги до която могат да доведат пазарните стимули, както и на предполагаемия принос на тези инициативи за ограничаване на нарастването на разходите в бъдещото.

Социални норми, касаещи ролята на държавата в болничния сектор на здравеопазването, както и тази на доброволни саморегулиращи се организации.

В някои европейски страни (напр. Великобритания) държавата по традиция играе основна роля в развитието на системата за болнична помощ, както по отношение на финансирането, така и по отношение на предоставянето на болничните услуги. В повечето европейски страни обаче, правителството (държавата) не играе особено решаваща роля – техните системи за болнична помощ се финансират от саморегулиращи се здравноосигурителни каси и доброволни здравно-застрахователни фондове, а доставчици на болнични услуги са равнопоставени пред закона публични (държавни, общински) и частни лечебни заведения за болнична помощ.

Социални норми, отнасящи се до отчетността, т.е. до отговорността, която системата за болнична помощ носи пред множество различни политически, социални и икономически инстанции.

Това според Saltman R. (86) води до пет различни вида отговорности на тази система: етични, професионални, законови, политически и финансови. И докато във всяка система се съдържат елементи и на петте отговорности, обикновено една или две от тях

доминират над другите, отразявайки основните ценности на системата за болнична помощ на дадена страна.

Концептуалността на изискването за отчетност (отговорност) определя параметрите на стабилността на политиката за високо качество на болничните услуги.

1.3. Ценности в здравеопазването

Според Venson J. (28) ако погледнем извън обсега на конкретните основни ценности, можем да открием, че мисията на системата за болнична помощ е част от един по-всеобхватен процес, в който обществото решава кои ценности да предпочете и съответно да институционализира. От гледна точка на процесния подход трудностите, пред които е изправено обществото при реформата на тази система в посока *„устойчиво развитие на качеството на болничните услуги“*, касаят сложната връзка между ценностите, правилата възприети с цел да се постигнат тези ценности и съществуването на свободни индивиди, които са зависими от тези ценности. Във връзка с това съвкупността от мерки за постигане на високо качество на болничните услуги в условията на ограничен финансов ресурс не може да се сведе до механични мениджърски упражнения за конструиране на рационален план за *„по-ефективно оползотворяване на средства“*, защото на карта са заложени много по-важни въпроси от повика за икономии във всичко. Става въпрос за поддържането на такава система за здравна сигурност, възприемана от хората като ключов елемент на ценностната система на обществото и едновременно с това за въвеждането на такива промени, които да гарантират, че няма риск за *деескалиране на качеството* при нейното функциониране. Това налага провеждане на труден процес на преговори между основните действащи лица: източници на публични средства за финансиране (здравноосигурителни и бюджетни организации) и изпълнители на болнична помощ.

Стабилността на големите социални системи, каквато е системата за болнична помощ, подчертава по нататък J. Venson, е резултат от хармонията между ценностите на обществото (*известни, като преобладаваща система от убеждения*) и социалната и материалната структура на болниците. Тази структура е съставена от законите, разпоредбите и процедурите, които регулират разпределението на средствата и правомощията на болничния сектор. Ресурсите и начинът по който те са разпределени за постигане на високо качество на болничните услуги са пряко отражение на ценностите на обществото.

Habermans J. (59) уточнява, че понятието „*преобладаваща система от убеждения*” не е знак за съществуването на единствена по рода си система от убеждения и ценности, споделена от всички. То по-скоро предполага, че постоянното ежедневно напрежение между разнородни убеждения в едно общество е признак на известна стабилност. Това напрежение между разнородни убеждения може да бъде най-добре разбрано ако се раздели на три групи: *ценности, разбиране на явленията и разпределение на средствата*. Връзките между тези фактори са в основата на една символична структура, която позволява на „*действащите лица*” да тълкуват света и да му придават смисъл.

Видове ценности. В повечето общества има три основни ценности, които са в противоречие една с друга: равноправие, автономия на личността и ефективност.

а) Равноправието според Sen A. (87) е свързано с колективната загриженост, личната справедливост и може най-общо да се определи, като признание на това, за което хората смятат, че е справедливо да се разпределя между индивиди или групи.

б) Автономията на личността е основна ценност в системата за болнична помощ и в сферата на здравеопазването като цяло. Понастоящем тя се възприема като синоним на независимостта и свободата и контрастира с колективния възглед за обществото, изразен в

понятието „равноправие”. Терминът „автономия” има много значения, към които Clark D (35) причислява свободата на волята, личната свобода, независимостта, самоуправлението, да действаш според собствените си принципи или да следваш свой път в живота.

В понятието автономия се включват две основни концепции:

- ✓ автономия на действията, т.е възможността да действаш доброволно и целенасочено;
- ✓ способността да действаш независимо, т.е. да разчиташ на собствената си преценка и да разполагаш с необходимите средства за постигане на желаната цел.

в) *Ефективността* се състои в желанието да се постигне максималното по отношение на даден субект (здраве или достъп до качествена болнична услуга) по възможно най-икономичен начин. Всяка дефиниция за ефективност според Saltman R. и Figueras J. (88) обикновено съответства на определен подпринцип за разпределение на ресурси. Според тези автори е добре да се прави разграничение между три вида ефективност: техническа, разпределителна и социална.

Разбирането на явления, като живота, здравето, болестите, болката и факторите, които ги пораждат е начин за тълкуване на целите на системата за здравеопазване въобще и на системата за болнична помощ в частност. Редица автори като например Guattari F (57), Evans R. И Stoddart G. (47) обаче считат, че това разбиране претърпява развитие във времето. Концепцията за здравето като „състояние на физическо, психическо и социално благополучие” включва коренно различни реалности, които не се припокриват.

Разпределението на средствата е фактор, който е свързан с разбирането за ролята и функциите на работещите в здравната система, както и за вида и размера на ресурсите предоставени на нейния болничен сектор.

От една страна този фактор е отражение на преобладаващото мнение в обществото относно правата и задълженията, които трябва да се поверяват на ръководителите на лечебните заведения, средствата които трябва да им се предоставят и квалификационното им равнище. От друга страна той отразява оптималното разпределение на обществените средства между здравните нужди и здравеопазната система, между профилактиката и лечението, между извънболничните и болничните услуги, както и между публичния и частния сектор в здравеопазването.

1.4. Методи за регулиране на взаимодействието между изпълнителите на болнични услуги (регулативни модели).

Институционализиране на ценностите в болничния сектор

Взаимодействието между лицата, ангажирани в доставянето на качествени болнични услуги се дефинира с помощта на един от **четирите основни регулативни модела**, с които могат да се опишат повечето обществени дейности: технократски, професионален саморегулиращ се, пазарно ориентиран и демократичен. Доминиращият модел, избран с цел да се регулира дадена система за качествена болнична помощ е отражение на приоритетите на обществото като цяло.

При технократския модел системата за болнична помощ или отделно лечебно заведение за болнична помощ се управлява от обучени експерти, които разчитат на своите специализирани познания и на ръководните си постове в политически и икономически институции. Този регулативен подход според Fischer F.(53) и Saltman R. (89) се основава на нормативен анализ, направен от експерти, отговорни за структурирането, наблюдението и оценката на дейността в системата за болнична помощ. Технократският модел предполага пряка намеса на държавата в работата на системата за болнична помощ с цел да се постигне рационалност, както и да се ограничат обратите в политиката, причинени от нерационалното поведение на „действащите лица”.

При професионалния саморегулиращ се модел лекарите са в основата на системата за болнична помощ и оползотворяването на средствата за производство на качествени болнични услуги зависи от решенията, вземани от тях. Действайки от името и в интерес на пациента те имат достъп до цялата информация, свързана с неговите нужди. Според този модел правото за контрол на системата за болнична помощ трябва да се делегира на медиците. При по-богатата осведоменост и познания на лекарите и на решаващата им роля при определяне предназначението на средствата, единствено те са в състояние да осъществят надежден контрол срещу злоупотребите в този сектор на здравеопазването.

При пазарно ориентирания модел правилата се установяват на конкурентните пазари за болнични услуги съобразно търсенето и предлагането, но в условията на известни ограничения. Този тип регулация води до оптимално разпределение на ресурсите, при което промяната в него е невъзможна без да бъде ощетена поне една от икономически заинтересованите страни. Моделът е могъщ, благодарение главно на своите нормативни и идеологически аспекти. Той се основава на доктрина, която утвърждава автономията на пазара за болнични услуги и следователно счита, че намесата на държавата в икономическите аспекти на болничната помощ трябва да бъде минимална.

Едновременно с посоченото, пазарно ориентирания модел в контекста на т.нар. „ограничения“ спазва идеята, заложена в „подобриенето на Парето“, съгласно което „подобриенето на благосъстоянието на индивида не трябва да се отразява на благосъстоянието на другите субекти“.

При демократичния модел всеки гражданин има правото и отговорността да оказва влияние на социално-политическите решения и действия в обществото. Това демократично право може да се упражнява

пряко или косвено. Обикновено то се осъществява косвено посредством избрани (сдружения за защита правата на пациентите) или назначени (индивидуални) представители. Демократичният модел приобщава обществото към процеса на формулиране на нуждите, проблемите, приоритетите и решаването на въпросите, свързани с организацията и управлението на *своевременността, пълнотата и качеството на болничните услуги.*

Институционализиране на ценностите в болничния сектор

Според Venson J. (28) и Bourdieu P. (29) почти няма или не съществува модел за регулиране на взаимодействието между изпълнителите на болнични услуги, към които да са съпричастни абсолютно всички. В действителност, подчертават тези автори, съществуват взаимосвързани системи на убеждения, обединени от процес на дискусия, които в даден момент изкрystalлизират под формата на ясно обособен конкретен набор от организационни форми. Тези организационни форми се превръщат в законовата, административна и материална структура на доминиращата ценностна система, която обуславя разпределението на ресурсите и правомощията в болничния сектор. Освен това те пораждаат огромен брой стимули, ограничения, задължения и норми, които във всеки даден момент затвърждават конкретен набор от ценности, възприятия и убеждения. Социалната и материална структура поражда „поле от инициативи“, подобно на магнитно силово поле, където „действащите лица“ се борят за промяна на съществуващия ред в пазара на болнични услуги в полза на собствените им интереси. Contandriopoulos A. (36) отбелязва, че ако си представим организационната структура на системата за болнична помощ като моментно отражение, както на равновесието, така и на напрежението между различните действащи в нея лица, ще установим, че организационните форми и структурите имат различни еволюционни ритми. Във времеви контекст може връзката между тях да прекъсне.

Колкото по голям е разрывът, толкова повече бившите организационни форми в системата за болнична помощ ще се възприемат като неадекватни. Възникналите, във връзка с това проблеми могат да се разрешат чрез трансформиране на определени организационни форми, без да се нарушава равновесието на системата като цяло – например организиране на асианси между публични болнични заведения по подобие на тези в Париж, Марсилия и Лион или на сдружения между публични и частни болници на основата на законовите разпоредби за публично-частно партньорство.

1.5. Финансиране на болничната помощ

1.5.1. Тенденции във финансирането на болничната помощ

Усилията за постигане на баланс между равнопоставено финансиране на болничните услуги и недостига на средства е основен проблем пред управленците на правителствено ниво във всяка страна. Обобщеният световен опит показва, че болничната помощ се финансира от четири източника:

- а) вноски в схемите за социално здравно осигуряване;
- б) данъчно облагане;
- в) доброволни вноски в частни застрахователни схеми;
- г) „джобни” (кешови) плащания.

Тези четири източника могат да се разделят на две групи: задължителни или уредени със закон (данъчно облагане и социално здравно осигуряване) и доброволни (доброволно здравно застраховане и „джобни плащания”).

Повечето от системите за болнична помощ в Европа разчитат и на четирите източника на финансиране, поради което не може да се посочи здравна система, която да е „чиста от примеси”. Така например системи за болнична помощ, финансирани от здравни осигуровки често

включват в себе си изразени елементи от финансирането на базата на данъчни постъпления, а системите за финансиране от данъчни постъпления обикновено включват и елементи на социално здравно осигуряване. Освен това, както подчертават Saltman R. и Figueras J. (88), независимо от факта дали финансирането им се основава на социални осигуровки или на данъчни постъпления всички системи за болнична помощ в Европа на практика включват или планират включването и на елементи на доброволното здравно застраховане и „джобните плащания”.

1.5.2. Финансиране на болничната помощ на базата на социално осигуряване

Финансирането на болничната помощ на базата на социалното осигуряване води началото си от времето, когато група индивиди, водени от желанието да разпределят риска равномерно, доброволно събирали своите пари на едно място, за да могат да разполагат с финансово обезпечение в трудни моменти. Най-ранните доброволни асоциации изплащали в брой помощи на своите членове за здравни услуги, в т.ч. за болнична помощ, когато останели без работа.

Bodenheimer T. и Grumbach K.(30) отбелязват, че социалното здравно осигуряване се развива на базата на тези ранни взаимно-спомагателни общества и включва четири механизма за осигуряване на помощи в разумни размери на работниците без специфични умения, за които първоначално били предвидени осигуровките. Механизмите се състоят в следното:

- ✓ широко разпределение на риска чрез въвеждане на задължителни вноски;
- ✓ изискване към работодателите да изплащат част от вноските на своите работници;
- ✓ осигуряване от обществени неправителствени организации;

- ✓ изграждане на механизъм за преразпределение на доходите от по-високо платените към по-ниско платените работници.

Първите закони, уреждащи задължителното социално здравно осигуряване са приети в Германия в края на XIX век, а към 1930г. социалното осигуряване е вече широко разпространено в Европа.

Въпреки, че са водени от едни и същи основополагащи принципи и целят постигането на сходни цели, системите за социално здравно осигуряване в отделните европейски страни се различават една от друга. Много от различията се дължат на самобитността на социалните, икономическите, институционалните и идеологическите структури на всяка страна, в рамките на които през годините постепенно се е развивало социалното здравно осигуряване. Основният източник на средства за болнична помощ в тази група страни са здравните осигуровки. Така например в доклада *Thereform of Health Care: a Comparative Analysis of Seven OECD Countries* (97) е отбелязано, че в края на XX век средствата за задължителни здравни осигуровки съставляват 70% от общата сума за финансиране на здравеопазването във Франция и 60% от нея в Германия и Холандия.

Във всички тези страни социално осигурителните здравни фондове на практика се субсидират от държавата, макар че процентът на тази субсидия чувствително варира за отделните страни. По данни на Cassel A. (37) в края на XX век средствата от държавния бюджет за здравеопазване (включително за болнична помощ) съставляват 39% предназначени за здравеопазване в Белгия, 21% в Германия, 37.9% в Люксембург, 33.9% в Швейцария и т.н.

Във всички страни здравно-осигурителните фондове, макар и независими, подлежат на строг държавен контрол. Техният брой чувствително варира за отделните страни. В повечето случаи броят им във времето намалява поради многото сливания и смесвания на компании. В извършената от Roemer M. (82) историческа ретроспекция е

видно, че през 1883г., т.е. по времето когато се приемат първите закони, уреждащи здравното осигуряване в Германия е имало 22 000 здравни фонда. Една от основните причини за настъпване на сливания е съпътстващото ги увеличение на членството като средство за разпределяне на риска между членовете на една сравнително по-голяма популация.

От литературният източник *Thereform of Health Care Sistems a Review of Seventeen OECD Countries* (97) става ясно, че в някои страни като Франция и Люксембург фондовете се организират на професионален принцип, в Холандия – на географски принцип, в Белгия – на базата на религиозна или политическа принадлежност, а в Австрия и Германия – на професионален, религиозен или местен принцип или на базата на стопанска организация.

Както бе вече отбелязано социално-осигурителните здравни фондове във всички страни се регулират стриктно от държавата. Налице е тенденция, отбелязва Glaser W. (58), както към регулативните функции на правителствата, така и на контрола върху финансирането на здравните (в това число и на болничните) услуги чрез здравни осигуровки. Факторите, обуславящи тази тенденция са свързани с нарастващата загриженост на отделните правителства относно проблема за контрол на разходите и в по-малка степен с проблема за равнопоставеността и солидарността. Не бива обаче да се подминава факта, че колкото повече нараства правителственият контрол, толкова повече се ограничава традиционната автономия на здравно- осигурителните фондове.

1.5.3. Финансиране на болничната помощ, основаващо се на данъчни постъпления

Финансиране на болничната помощ основаващо се на данъчни постъпления е застъпено най-вече във Великобритания, Ирландия, Дания, Норвегия и Финландия.

За разлика от системите, финансирани основно от социални осигуровки, всички жители на или граждани на страните, чието здравеопазване се финансира основно от данъчни постъпления, имат достъп до системата, уредена със закон, при пълен обхват на предоставяните здравни (в това число и болнични) услуги. Освен това, всички жители на тези страни имат право на достъп до един и същ обхват на здравни услуги, за разлика от тези на страните, чиито системи се финансират основно чрез социални осигуровки.

При болничните системи, финансирани основно от данъчни постъпления и представящи универсален, всеобхватен и равнопоставен достъп на населението до болнични услуги се избягват проблемите, потенциално свързани с равнопоставеността, тъй като при тях няма място за подбор на риска.

Но в страните, в които болничната помощ се финансира основно от данъчни постъпления подчертава Glaser W. (58) се привличат в някаква степен и допълнителни средства по социално-осигурителни схеми. Във Великобритания тези допълнителни средства се използват за подпомагане на бюджета на Националната Здравна Служба, във Финландия – за лечение на професионални заболявания и за лекарствени средства.

1.5.4. Финансиране на болничната помощ със средства от Доброволно здравно застраховане

То предоставя възможност за доброволно допълнително покритие на определени потребители на болнични услуги, осигурени от социални здравно-осигурителни схеми или от данъчни постъпления.

Във здравните системи, финансирани основно чрез здравни осигуровки има разнообразни практики. Narcus L. (60) съобщава, че във Франция и Белгия например се предлага универсален достъп до болнични услуги, но въпреки това при предоставянето им от пациента се

изисква значителна сума, която бива овъзмездена (реимбурсирана) само отчасти. Ето защо в тези страни се прибегва до частни здравно-застрахователни фондове, за да се овъзмезди разликата между общата сума за болнично лечение и сумата покрита от социалното здравно осигуряване, както и да се осигури по-комфортна болнична обстановка на пациента.

В страни като Германия, Холандия и Швейцария частните здравно-застрахователни фондове се ползват за пълно покритие на разходите за болнично лечение от лица, които са се отказали да ползват услугите на социалните здравно-осигурителни фондове.

В здравните системи, финансирани основно чрез данъчни постъпления се предлагат всеотраслни здравни (в т. число и болнични) услуги безплатно „на входа“. Следователно частното здравно застраховане в страни с такова финансиране има сравнително малък обхват и се възприема най-общо като лукс. Но същият автор (60) съобщава, че наличието на списъци на чакащи и порционирането на здравните услуги в някои здравни системи, финансирани от данъчни постъпления (например Великобритания), насърчава търсенето на частното здравно застраховане заради привилегии като: съкратено чакане за планова хоспитализация; избор на момента, в който да се проведе болничното лечение; по-широк избор на лекар или лекарски екип за осъществяване на лечението или за по-комфортна болнична обстановка.

1.6. Солидарност и конкуренция при финансирането, предоставянето и ползването на болничните услуги

Концепцията за „солидарността“ според Ashford D. (25) и Esping-Andersen G. (48) от историческа гледна точка има много корени, измежду които християнското религиозно виждане на социална справедливост, консервативния възглед за обществения ред, социалистическите идеи на

марксизма и концепцията за обществения договор, издигната от привържениците на доктрината за свободната воля. Тя е залегнала в основата на различни организации от типа на здравно-осигурителните социални фондове и е основополагащ принцип на съвременните социални държави.

Произходът на термин „*солидарност*” е доста мъглив. В миналото той бил използван, за да опише близката солидарност на членовете на малки групи, които се поддържат взаимно, но с появата на социалните държави това значение избледнява. Другото значение, което се придава на термина е синоним на „*обединяване на усилията против риска*”. Това се отнася до всички начинания, при които разходите за здравеопазване (в това число и за болнична помощ) не се поемат индивидуално и при които хората, чието добро здраве не се е променило за определен период от време, подкрепят финансово тези, които са се разболели и са прибегнали до медицинска помощ.

DeRoo A. (41) е на мнение, че в Европа терминът се използва главно при описание на здравни системи, изградени по начин, способстващ намаляването на неравенството в потреблението на здравни услуги. Това води до последствия, както за финансирането, така и за предоставянето на здравните услуги. Според тази представа за солидарност, индивидуалните парични вноски не бива да зависят от предишния здравен статус на съответното лице, а по-скоро следва да са свързани с неговата платежоспособност. Culver A. (38) счита, че предоставянето на услугите не трябва да зависи от платежоспособността на пациента, а от неговата „*нужда*”, въпреки неяснотата и множеството измерения на това понятие. Ето защо за дадена здравна система се счита, че е постигнала солидарност, ако успее да направи „*exchange*” преразпределение на средствата между възрастови групи, между групи с различни доходи, между самотни хора, между високи и ниски рискове на

базата на сравнение с един хипотетичен нерегулиран пазар на здравните услуги.

Конкурентността при финансирането на здравеопазването (в това число и на болничната помощ) е предизвикателство за всяка страна, която поддържа високо ниво на социална здравна солидарност.

Pauly M. (77) и Rothschild M. и Stiglitz J. (83) доказват, че на пазарите за частно здравно застраховане има конкуренция между застрахователните субекти. При все, че вноските се нагаждат според риска, конкуренцията между застрахователните компании се съсредоточава върху установяването на ниските здравни рискове, като се опитва да привлече именно тях, а не върху следването на лоялна ценова пазарна конкуренция.

Много често се поставя въпроса възможна ли е конкуренция между системи за финансиране изградени на принципа за социалното здравно осигуряване, както и на такива изградени на принципа на данъчното облагане.

Според Wagstaff A. (99) конкуренция в системата за социално здравно осигуряване в дадена страна е възможна само ако в същата страна има повече от една социална здравно-осигурителна агенция (каса).

Според DeRoos A. (41) конкуренция в системата за финансиране на здравеопазването на принципа на общото данъчно облагане е възможна на политическа и бюджетна основа между здравеопазването и други отрасли, финансирани от правителството. Едно изследване, извършено от Saltman R. и vonOtter C. (85) показва, че във Великобритания и скандинавските страни се допуска доставчиците да се конкурират за средствата, набавяни чрез данъчно облагане.

1.7. Недостигът на средства – стратегическа дилема на системата за болнична помощ

1.7.1.Общи положения

Тъй като средствата за заплащане на болничните услуги стават все по-ограничени, а натискът върху разхода за болнична помощ се увеличава, управляващите на национално ниво във всяка европейска страна разработват стратегии за решаване на този проблем. На лице са две основни и често пъти взаимно допълващи се възможности.

Първата възможност е увеличаване на средствата за болнична помощ чрез пренасочване на такива от други пера на обществения разход посредством увеличение на здравно-осигурителните вноски (или увеличение на данъците при системи за болнична помощ, които се финансират чрез общо данъчно облагане). Необходимо е обаче, според ApplebyJ. (26) въпросът за „подходящото” ниво на финансиране да се постави на широка дискусия в текущия дебат върху реформите в системите за болнична помощ в Европа. Тук са възможни няколко формули, по-важните от които Appleby определя така:

- ✓ диференцирано финансиране, нагаждано според допълнителните нужди, породени от демографски, технологични и политически промени;
- ✓ финансиране, „според възможностите”, при което финансирането на болничната помощ, като част от системата за здравеопазване, е функция на растежа на brutния вътрешен продукт;
- ✓ финансиране, основаващо се на сравнения в междуевропейски мащаб с цел да се установи нивото на финансиране на болничната помощ в други страни от Европа със сходно икономическо положение.

Но изготвяните до сега разчетни схеми показват, че нито една от тях не е напълно задоволителна. На практика подходящото ниво на финансиране на болничната помощ зависи от стойността, която се придава на здравето и здравеопазването, разглеждани сами по себе си или в сравнение с други сфери на обществения разход. Накратко отговорът не се основава на математически формули, а на политически предпочитания.

Втората възможност е контролиране на разхода на болнична помощ с прилагане на стратегии, които оказват влияние на търсенето или предлагането на болнични услуги.

Необходимостта от контрол на разходите за болнични услуги според Saltman R. и Figueras J. (88) е отличителна черта на здравните реформи в Европа. Стратегиите за ограничаване на разходите за болнична помощ са по същество опит за оптимизирането им до предварително определени граници. Ето защо контролът на разходите трябва да ясно да се отграничава от понятията „ограничения на разхода“ и „недобра ефективност“. До ограниченията на разхода може да се прибегне с цел да се постигне контрол върху разхода, но все пак в определени случаи е възможно контролът на разходите да е свързан с тяхното увеличаване, стига те да са предварително лимитирани. Следователно контролът на разходите е да ги регулира, а не задължително да ги ограничава. Подобно е сравнението и с мерките за ефективност – на тях също трябва да се гледа като опит за постигане на контрол върху разходите. Докато подобрената ефективност може да доведе до намаляване на разходите при определено ниво на продуктивност на болничните услуги, контролът върху разходите не предполага задължително по-висока ефективност. Следователно възможно е контролът върху разходите за болничните услуги да доведе до намаляването им и паралелно с това да породи по-ниска ефективност.

Мерките, предприети от различните европейски страни за контрол на разходите за болнична помощ се различават поради разликите в организацията и финансирането им. Във всички случаи обаче резултатите от мерките за контрол на разходите за болнична помощ са в пряка зависимост от това дали са насочени към търсенето или предлагането на болнични услуги.

1.7.2. Мерки за контрол на разходите за болнична помощ, насочени към търсенето на болнични услуги

Основният подход за влияние върху нивото на търсенето на болнични услуги е поделянето на разходите. Това обикновено се постига чрез въвеждане на стимули за доброволно здравно застраховане, като например мероприятия от данъка върху общия доход или чрез изключване на някои услуги от общия пакет болнични услуги. Тези мерки целят намаляване на търсенето на обществено финансираните болнични услуги, като прехвърлят като част от разходите върху пациентите.

В стратегическа перспектива заслужава внимание прилагането на метода *„отстъпки при неизползване на болнични услуги“*, състоящ се в намаление на вноските в схемите за задължително здравно осигуряване за лица, които се възползват ограничено от болнична помощ, заплащана от здравно-осигурителен фонд (каса).

1.7.3. Мерки за контрол на разходите, насочени към предлагането на болнични услуги

В един подробен анализ на европейските практики Saltman R. и Figueras J. (88) правят извода, че разходите могат да се контролират и посредством въздействие върху предлагането на болнични услуги. Тук трябва да се има предвид прилагането на такива стратегии, като:

- ✓ въвеждането на конкуренция между лечебните заведения по отношение на болнични услуги, заплащани от източника на финансиране;
- ✓ установяване на таван на общите разходи или на общия бюджет за болнични услуги на източника на финансиране;
- ✓ въвеждане на по-ефикасни модели за предоставяне на болнична помощ, като например замяна на по-скъпите болнични услуги с първична и специализирана извънболнична помощ;
- ✓ регулиране на използването на скъпо струващи диагностични и лечебни технологии;
- ✓ намаляване броя на болничните легла;
- ✓ контрол върху разходите за лекарства, медицински и други консумативи, имплантанти и други материали, заплащани от източника на финансиране;
- ✓ контрол на лекарското поведение при изпълнение на медицинските стандарти и на правилата за добра медицинска практика;
- ✓ оптимизиране на методите за възнаграждение на лекарите и на другите специалисти, работещи в лечебни заведения за болнична помощ, които са в договорни отношения с публични източници на финансиране (социални здравно-осигурителни фондове, държавен и общински бюджети).

Няма съмнение, че последователното използване на тези стратегии ще доведе до по-ефективен контрол върху разходите за болнична помощ.

Особено внимание заслужава *стратегията за въвеждане на разходни тавани на публични финансови средства* за всички видове болници, състояща се в определяне на лимит, както за общия разход, така и на неговите компоненти. Въвеждането на разходни тавани в болниците ще доведе до:

- ✓ съкращаване на излишни болнични легла;
- ✓ рационално реструктуриране на болничните услуги;
- ✓ интензифициране на болничните дейности;
- ✓ скъсяване на болничния престой, но не в ущърб на лечебния процес;
- ✓ подобряване качеството на болничните услуги.

По нататък Saltman R. и Figueras J. подчертават, че:

а) *Стратегията, насърчаваща съкращаване на болнични легла* трябва да е тясно свързана с необходимостта от разработване на *политика на замяна*. Последната трябва да бъде насочена към прегрупиране на ресурсите, използвани при различните видове здравни услуги с цел да се открият най-добрите здравно-политически решения. Замяната би следвало да се изразява в заместването на сравнително по-скъпите болнични услуги с по-евтината извънболнична (първична и специализирана) медицинска помощ. Политиката на замяна може да добие различни форми като например стимулиране създаването на хосписи, развитието на стационарни структури за кратковременно болнично лечение (еднодневна хирургия), разширяване на домашните грижи за сметка на болничните, укрепване на сектора за първична медицинска помощ и на филиалите „спешна медицинска помощ”.

б) *Стратегията за регулиране на използването на скъпо струващи диагностични и лечебни технологии* и за установяване на контрол върху скъпото медицинско оборудване също се нуждае от внимание. То би следвало да включи мерки за увеличена регулация, концентриране на материалната база, предотвратяване на неконтролируемото ѝ нарастване и избягване на дублираното оборудване. Фундаментална мярка в случая е заплащане от източника на фиксиране на болнични услуги само от такива нови технологии, които имат доказан ефект върху лечението. Натоварването на разходите, вследствие закупуването на нови технологии, въпросът за тяхната безопасност, общественото въздействие

и проблемите от етично естество, налагат необходимостта от внимателна оценка преди да се допусне въвеждането им в клиничната практика. Това вероятно ще наложи към здравното министерство да се създаде звено за оценка на здравните технологии в контекста на ефикасността и качеството на болничните услуги.

в) *Стратегията за подобряване на лекарското поведение* е от изключителна значимост. Чрез осъвременени медицински стандарти и клинични протоколи (диагностично-терапевтични алгоритми) ще се постигне усъвършенстване на лекарските консултации, клинични изследвания, процедурите и предписването на лекарства, свързани с конкретното заболяване. Не е без значение и фактът, че изпълнителите на болнична помощ подлежат на санкции в случай, че не се придържат към медицинските стандарти. Този подход задължава лекарите да поемат отговорността за бюджета в болничната структура (клиника, отделение), в която работят.

В общи линии, опитът до сега показва, че определянето на бюджет за болничния сектор на здравната система или на неговите подотрасли, основано на план или на оптимизиране на работната сила, е най-ефикасният начин за контрол на разходите в болничния сектор.

Подобен подход трябва да се основава, както на усилията за успешен контрол на разходите, така и на широк кръг от социални цели. Още повече, че успешният контрол на разходите не винаги води до висока ефективност. Напълно възможно е стимулите за контрол на разхода да доведат до намаляване на общите разходи, но в същото време да имат за резултат по-слаба ефективност.

1.7.4. Мерки, насочени към поделянето на разходите за болнични услуги

Поделянето на разходите се извършва, когато потребителят заплаща някоя болнична услуга или част от нея пряко на този, който я

предоставя. Тъй като този род плащания засяга всички слоеве на обществото, величината и степента на поделянето на разходите се превръщат в едни от най-критичните въпроси за бъдещето на здравната политика на всяка страна. Още повече, че връзката между поделянето на разходи и целите на здравната политика сама по себе си не е очевидна.

На основата на публикации ще се опитаме в контекста на стратегията за поделяне на разходите безпристрастно да преценим какъв би бил нейният ефект върху целите на болничния сектор и по-точно върху равнопоставеността на потребителите на болнични услуги, качеството на резултатите от оказаната болнична помощ и здравния статус на населението.

За да се оцени влиянието на „поделянето на разходите“ върху състоянието на публичния финансов ресурс за здравеопазване и здравния статус на населението е необходимо според Saltman R. и Figueras J. (88) да се отговори на следните въпроси:

- ✓ Какъв ще бъде ефектът върху общото ниво на потребление на здравни услуги?
- ✓ До каква степен *уместното* потребление на здравни услуги ще се потисне или ще отстрани *неуместното* такова?
- ✓ Какви са очакванията за оптимизиране на общия и публичния здравноосигурителен разход за здравеопазване?
- ✓ Ще настъпят ли промени в здравния статус на населението и в какво биха се изразили те?

Освен това е необходимо да се направи оценка на възможностите на модела за поделяне на разходите относно набирането на допълнителни средства за лечебните заведения.

За да се оцени ползата от поделянето на разходите върху равнопоставеността на потребителите на болнични услуги, качеството на болничната помощ и здравния статус на населението, се налага тези проблеми да се разглеждат диференцирано, както по отношение на

специфичните извънболнични и болнични услуги и различните възрастови и социални групи, така и по отношение на видовете механизми за поделяне на разходите. Предварителната (прогнозната) оценка на тези проблеми предполага познаване на силите, които подтикват търсенето на болнични услуги. Освен това е важно да се познават основните фактори, които пораждат разхода за здравеопазване и начина, по който поделянето на разходите ще окаже влияние върху тези фактори.

а) *Общи положения*

Участието на пациента в разхода трябва да бъде свързано с конкретни стратегически инструменти, които са в състояние да въздействат на търсенето на болнични услуги. Необходимо е тези инструменти да са включени в нормативната уредба на здравното осигуряване. Четири са основните форми или механизми за участие на пациента в разходите. Те могат да бъдат синтезирани така:

- ✓ *предплащане* – „дъжобна сума, която пациентът трябва да заплати, за да влязат в сила обезщетенията по здравноосигурителната програма за болнична помощ;
- ✓ *съвместно осигуряване* – процент от общата цена на оказаната болнична услуга, който трябва да се доплати от пациента;
- ✓ *реимбурсни цени на фармацевтични продукти* – ценоразпис съставен от финансиращия орган, в който се установява сумата, която може да се овъзмезди от него за всяко от предписаните лекарства за домашно (извънболнично) лечение;
- ✓ *изключване от осигурително покритие* на болнични услуги или методи за потреблението им, които не са включени в пакета от услуги разписан в Националния рамков договор (НРД) и/или утвърден от Министъра на здравеопазването

(МЗ) такъв (в случая пациентът носи отговорност за всички разноси по тях).

Тези разнообразни възможности за поделянето на разходите би следвало да се разглеждат като потенциални инструменти на провежданата политика, т.е. те могат да бъдат насочени към постигането на конкретни цели. При всички случаи обаче, поделянето на разходите цели постигане на пестеливост в търсенето на болнични услуги и рационализиране на разходите, необходими за поддържането на такава всеобхватна система за социално здравно-осигуряване, каквато е тази установена в повечето европейски страни.

б) Подходи

Тъй като проблема за поделянето на разходите е от изключителна важност за финансирането на здравните услуги, предоставяни от болничните заведения, се налага той да бъде разгледан с помощта на задълбочен анализ на тези услуги от позицията на социалната икономика. Общеизвестно е, че болничните услуги не са монолитни и, че те включват множество компоненти с различни икономически характеристики. Според Feldman R. и Dowd (54), Preker A. и Feachem R. (78), Akin J. (27), Jimenes E. (64), Mooney G. (71), Labelle R. (68), Pauly M. (77), Fuchs V. (55), Evans R. (49), Rise T. (84) едно от отношенията, в които болничните услуги варират в качеството си на „*икономическа стока*“ е степента, в която ползата от потреблението им се ограничава до индивида, който получава услугата. Множество болнични услуги са типични индивидуални стоки. Според тази логика здравната полза от потреблението на тези услуги се ограничава единствено до лицето, което получава услугата. С други думи тези, които не получават услугата се изключват от свързаните с нея ползи.

Обратно на гореизложеното някои болнични услуги са чисто *обществени или смесени стоки*, носещи полза на всички или на повечето членове на обществото, т.е. индивидът извлича полза от потреблението,

но същото се отнася и за други лица, които не участват пряко в „*сделката*“, между предоставящия услугата и потребителя. Пример в това отношение е лечението на редица заразни заболявания. Подобно лечение е в полза не само на индивида, подложен на лечението, но и на тези, които той би заразил при липса на възможности за лечение. Обществените ползи при този тип услуги надвишават личните и следователно ценообразуването на съответните разчетни алгоритми (в бъдеще DRG) по метода „пределни разходи“ ще доведе до по-ниско ниво на потребление от социално оптималното. Необходима е следователно за този тип болнични услуги бюджетна субсидия от държавата, която да увеличи индивидуалното търсене до ниво, на което социалните ползи ще се изравнят със социалните разходи, като по този начин се оптимизира предполагаемото (макар и в тесен икономически смисъл) благосъстояние на обществото.

Темата за ефекта от поделянето на разходите е свързана с един допълнителен елемент, който икономистите наричат „*пазарен срив*“. В контекста на пазара на болнични услуги той е преди всичко „*информационен срив*“ и се изразява в това, че потребителят разчита на, или е зависим от изпълнителите на болнични услуги по отношение на информацията, свързана с услугите, от които се нуждае той самият. Тази асиметрия на информацията може да доведе до „*търсене предизвикано от предоставящия болничната услуга*“, т.е. търсене, което не би възникнало, ако изпълнителят на болничната услуга не би насърчил потребителя да я търси. Според неокласическата икономическа теория концепцията за търсене, предизвикано от доставчика предполага, че поне известна част от търсенето на болнични услуги се определя от предпочитанията на изпълнителите на тези услуги. Наличието, точното определение и търсенето на болнична услуга, предизвикано от този, който я предоставя е едно от стратегически предизвикателства към

източника на финансиране на болничната помощ, което заслужава да бъде тема на задълбочен дебат.

Въпреки че някои специалисти са на мнение, че липсват достатъчно емпирични данни, които категорично да потвърждават съществуването на търсене предизвикано от изпълнителите на болнични услуги, ние сме свидетели на много примери как те използват своето влияние, за да въздействат на потребителското търсене, влизайки в ролята си на посредници. Следователно асиметричното разпределение на информацията между потребител и изпълнител на болнични услуги, както и посредническата роля на изпълнителя *би поставило под съмнение доколко кривата на търсенето е подходящ инструмент за измерване на реалните потребности от болнични услуги.*

Необходимо е да се подчертае, че стратегическата тема за поделянето на разходите между източника на финансиране на болничната помощ и нейните ползватели ще повдига въпроса за равнопоставеността по отношение на достъпа до тази помощ. Причина за това е, че поделянето на разходите може да доведе до неравностойно потребление на болнични услуги от семейства с ниски доходи, както и до ограничаване достъпа на пенсионерите и на хронично болните или на често боледуващите до тях. Това диференцирано въздействие от поделянето на разходите с пациентите е отражение на икономическия факт, че цената на услугата възпрепятства потреблението, когато се равнява на значима част от доходите, с които разполага семейството. Намаленото потребление на болнични услуги в случая или отлагането на лечение могат да доведат до влошаване на здравния статус в същата степен, в която би го подобрило едно по-високо потребление на услугите. В подкрепа на казаното не е излишно да се подчертае, че повечето от страните в Европейския съюз (ЕС) намаляват или премахват задължението за поделяне на разходите за болнични услуги от лица с ниски доходи или хронично болни.

В Белгия например хората, принадлежащи към домакинства с ниски доходи имат право на пълно или частично освобождаване от такова задължение. Нетрудоспособното население с ниски доходи (в т.ч. вдовици, сираци, пенсионери и понякога деца) плащат част от таксуваните суми, а за някои здравни услуги не заплащат нищо.

В Австрия лицата, нуждаещи се от социална помощ или са с доходи под определено ниво, са освободени от задължението за поделянето на разходите при закупуване на лекарства.

Във Франция от такова задължение са освободени пациентите със заболяване, включено в списък на заболявания, определени като сериозни, обезсилващи или хронични.

В Ирландия всеки има право на безплатно лечение на заразни и някои видове хронични заболявания. Ранната диагностика на заболявания при бебета, медицински прегледи при деца, както и лекарствата, предписани при определени хронични заболявания също са безплатни.

В повечето от страните в ЕС тази политика се определя централно или от държавата, или чрез схемите за здравно осигуряване. В страните с множество каси за задължително здравно осигуряване задължението за поделянето на разходите за болнични услуги, като процент от тяхната цена или за освобождаване от такова на някои социални групи от населението, както и на пациенти с определени заболявания е различно в отделните здравноосигурителни схеми (Австрия). Във Финландия и Швеция, където политическите системи са силно децентрализирани, решенията относно поделянето на разходите се вземат от местните (общинските) власти, но в рамките на държавно постановени максимуми.

в) Предполагам (очакван) ефект от поделянето на разходите за болнични услуги.

Данните в редица европейски страни сочат, че поделянето на разходите води до намалено потребление, но не и до контрол на самите

разходи. Така например сравнителният анализ показва, че наистина в резултат на поделянето на разходите броят на контактите с лекари и броят на болничните леглодни на глава от населението намалява, но разходите в абсолютна стойност и като процент от БВП нарастват. Няма съмнение, че този очевиден парадокс се дължи на увеличаване на компонентите на отделни болнични услуги и на процедурите за тяхното предоставяне. Основна причина за това е, че изпълнителите компенсират спада на потребителското търсене като увеличават обема и/или разновидността на болничните услуги. Така че потребителското търсене не е основният движещ фактор на разходите за болнична помощ. И тъй като видът и броят на компонентите на всяка болнична услуга се предизвиква основно от нейния изпълнител, поделянето на разходите трудно може да окаже въздействие върху общото ниво на разхода.

Довежда ли поделянето на разходите като модел за финансиране на болничните услуги до относително увеличаване на товара, който пада върху семействата с по-ниски доходи? Практиката през последните години в редица страни показва, че поделянето на разходите между публичния източник на финансиране и пациентите води до нарастване на неравнопоставеността пред болничната помощ. Допълнителните разходи за такава, особено чрез „джобни плащания“ води до силно натоварване на много семейства. Не малък процент от анкетираните хоспитализирани пациенти твърдят, че са били силно затруднени в намирането на средства за заплащане на редица болнични медицински дейности (например избор на екип) или консумативи (например имплантанти, стентове и други консумативи). В общи линии съществуващите данни за „джобни плащания“ говорят за значително финансово натоварване на по-бедните семейства.

Ето защо политиката за поделянето на разходи не е особено могъщ инструмент за подобряване на ефикасността или на контрола върху разхода за здравни услуги. Тъй като изпълнителите на болнични услуги

имат определящо влияние върху основните причини за разходите за медицинска помощ *налагането на политика, насочена към предлагането може да се окаже далеч по-ефективно от придържането към подход, насочен единствено към търсенето*. Поделянето на разходите ще доведе до спад на болнични услуги, иницирано от пациентите, но този спад няма да упражни ефективен контрол върху разхода. Това се дължи на факта, че основният фактор, влияещ върху болничния разход е обема на услугата, нещо което в много случаи се определя от нейния изпълнител.

Уместността и вероятният ефект от поделянето на разходите зависят от вида на услугата, към които се прилага тази мярка, както и от по-широкия контекст на системата за заплащане на изпълнителите.

Прилагането на поделянето на разходи, като инструмент за ограничаване на търсенето е уместно само при услугите, свързани с първия контакт с пациента. При услугите иницирани от „лекарско направление“ поделянето на разходи влияе незначително върху потреблението и следователно е неуместно средство за постигане на ефективност. При услуги, подлежащи на ретроспективно заплащане, спадът на потребителското търсене, причинено от поделянето на разходи ще насърчи изпълнителите да увеличат услугите при контакт с пациента, за да запазят нивото на доходите си. Следователно при такива услуги поделянето на разхода контролира нарастването на общия разход в незначителна степен, тъй като данните сочат, че изпълнителите могат да реагират на спада на потребителското търсене, като стимулират нарастване на диагностичните и лечебните услуги. Но при услуги, заплащани предварително изпълнителите нямат стимул за подобен вид реакция.

Практиката през последните години показва, че без компенсаторни административни процедури официалното и неофициалното („джобно“) поделяне на разходите води до неравнопоставеност при достъпа до болнични услуги. Съвместните плащания натоварват в значителна

степен бюджета на семействата с по-ниски доходи. Ето защо без конкретни мерки за освобождаване на групите с ниски доходи от „джобни“ такси достъпът до болнични услуги ще зависи от нивото на доходите. Редица данни убедително сочат, че прякото таксуване възпира по-бедните хора за прибегване до болнични услуги в по-голяма степен от заможните. Не рядко подобни ограничения водят до неблагоприятни здравни последици за по-бедните и по-болни групи от населението.

Следователно, като средство за реализиране на приходи за болнични услуги, прякото таксуване на пациентите не може да спомогне за набиране на значителни средства без това да доведе до неблагоприятни последици за равнопоставеността.

1.7.5. Определянето на приоритетни здравни услуги – стратегически механизъм за рационално разпределение на средствата за тяхното финансиране

Разпределението на средствата за финансиране на болничните услуги е избор между конкретни нужди, отразяващи тяхната относителна приоритетност при диагностиката и лечението на различни заболявания. Най-често този избор се прави имплицитно от лекари-специалисти чрез порционизиране на услугите посредством съставяне на задължителни пакети „болнични услуги“ включващи алгоритми за болнична диагностика, лечение и рехабилитация на масово разпространени социално значими заболявания. Новото свързано с тази тема, е нарастващият интерес, както от страна на политиците, така и от страна на гражданите, който интерес се изразява в настояване за яснота и прозрачност.

Дебатът за механизма при определянето на приоритетни болнични услуги добива по-значими измерения с повдигането на фундаменталния въпрос, касаещ бъдещия обхват на финансираните от публичен източник болнични услуги. Няма съмнение, че такъв дебат е особено необходим в

условията на недостиг на средства за универсално покритие на всестранните болнични потребности.

Твърдението на някои опоненти, че въвеждането на приоритетност при порционирането на болничните услуги не е наложително при положение, че ресурсите се оползотворяват чрез използване на по-евтини методи за диагностика и лечение, според Saltman R. и Figueras J. (88) не издържат на критиката.

Многогодишната практика в редица европейски и други страни в последните няколко години показва, че финансиране, основано на възприемането на ефективни модели за приоритетност на болничните услуги предоставя възможности за постигане на по-висока диагностична и лечебна ефективност. Ето защо търсенето на по-добри в разходно отношение модели за предоставяне на болнични услуги следва да бъде основна цел на стратегиите за бъдещото развитие на социалното здравно осигуряване, тъй като с помощта на подобни модели може да се прогнозира или ограничи необходимостта от намаляване на индивидуалния достъп до необходимата медицинска помощ.

Какви са възможните подходи за определянето на приоритетни здравни услуги?

Klein R. (67), Daniel N. (42), Churchill L. (39), Haris J. (61) са на мнение, че определянето на приоритетни здравни услуги привлича интереса на специалисти от различни сфери на знанието: медици, икономисти, социолози, политолози, епидемиолози др. Анализите на индикаторите, характеризиращи здравето на населението във възрастово-полов, професионален, социален, етнически и друг разрез подпомагат вземането на решения, отнасящи се до основните причинители на смъртността, инвалидността и общата тежест на заболяванията.

Политолозите, считат че изграждането на една справедлива методология за определянето на приоритетни здравни услуги трябва да се основава и на задълбочен анализ на ценностите. Според тях

„основната цел трябва да се състои в елегантно разрешаване на проблемите, както и в това да се гарантира честен и открит дебат относно приоритетите“ (Hunter D., Rationing Dilemmas in Health Care – Birmingham: National Association of Health Authorities and Trust, 1993). Подчертавайки ролята на ценностите в процеса на определяне на приоритетни болнични услуги те насочват вниманието си към моралните устои при процеса на вземане на решение, както и към етичните принципи, залегнали в основата на избора в сферата на здравеопазването. Само по себе си това предполага в по-далечна перспектива разглеждане на различни концепции за справедливост, какъвто е например подходът „основан на нуждите“, отчитащ моралния императив, че всички членове на едно демократично общество имат еднакви права.

През последните няколко години във всички европейски страни нараства броят на емпиричните наблюдения на прилагания от публичните източници за финансиране на болнична помощ инструментариум за определяне на приоритетни болнични услуги. Най-общо тези наблюдения показват, че прилагането на добре обмислени подходи за определяне на приоритети ще играе положителна роля не само сега, но и през следващите години.

В стратегическа перспектива заслужава внимание тезата за „нивата при определяне на приоритети в здравеопазването“. Във връзка с това европейският опит показва, че е необходимо ясно дефиниране на следните три нива:

Първо ниво. На него трябва да се разглежда приоритетността на здравеопазването в сравнение с другите отрасли, които се състезават за средства като част от БВП.

Второ ниво. На него трябва да се извърши разпределение на определената за отрасъл „здравеопазване“ част от консолидирания държавен бюджет по видове здравни услуги (извънболнични, болнични).

Трето ниво. То трябва да бъде свързано с избора при разпределението на средствата според прилаганите методи за диагностика и лечение в рамките на определена услуга, напр. отдаване на приоритет, при равни други условия, на инвазивните кардиологични процедури, а не на кардиохирургичните такива.

Приоритети трябва да се определят и когато трябва да се реши кой пациент трябва да се лекува с предимство при заболяване, когато последното не е спешно. И накрая трябва да се определят приоритети по отношение на отделните пациенти, особено в случаите, когато става въпрос за модерни или скъпоструващи процедури – тук би следвало да се стигне до избор относно това дали изобщо да се осъществи лечение и ако отговорът е положителен, се стига до избор свързан с продължителността на лечението.

Тази категоризация предлага полезна рамка при анализа на процеса за определяне на приоритетни болнични услуги. Но тъй като решенията взети на второ и трето ниво зависят от тези взети на първо ниво, дискусиите относно определянето на приоритетни болнични услуги са трудни и нерядко водят до липса на яснота относно същността на избора и отговорността за него.

Но наред с отговорността на политиците на първо (макро) ниво следва да се подчертае и тази на клиницистите на трето (микро) ниво.

Ангажирането на обществеността в процеса за определяне на приоритетни болнични услуги може да стане посредством нейното пряко участие или чрез оказване на сътрудничество.

Необходимостта от обществена ангажираност е тясно свързана и с друг аспект на процеса: необходимостта от легитимиране на решенията при определянето на конкретни приоритетни здравни услуги. Това не може да стане на базата на твърдението, че тези решения са правилни, тъй като правилни отговори на въпроси, касаещи приоритетите в сектора „болнична помощ” не може да има. По своята същност тези решения са

свързани с оценка на ценностите, които са различни за отделните индивиди и обществени групи. Следователно, легитимността се извлича от процеса на вземане на решения. Най-добре е на този процес да се гледа като на легитимен, стига той да е прозрачен и да дава възможност за изява на различни мнения. Нещо повече, трябва да се наложи практиката за преминаване от имплицитно към експлицитно определяне на приоритетни болнични услуги, както и към по-голяма отчетност пред обществеността по отношение на решенията за определяните приоритети.

Проблемът за определяне на приоритетни болнични услуги неизбежно засяга всички структури на лечебния сектор в здравната система, поради което той не може да бъде решен изолирано за всяка сама за себе си, клинична дисциплина, без отчитане на множеството сложни ваимовръзки помежду им. Това изисква приоритетните болнични услуги да са съзвучни с ценностите и принципите на обществото и с основните цели на здравната политика. Институционалната и законовата рамка на мрежата от болнични заведения в Европа очертава границите, в които могат да се определят и осъществят приоритетните здравни услуги, при отчитане влиянието, което оказват върху тях такива фактори, като: търсенето на болнични услуги, финансовите ограничения и политическият натиск.

Желателно е като възможност за избор на приоритетни болнични услуги да се приложи някоя от следните три технологични схеми:

Първата схема се основава на такива критерии, като:

- ✓ значително намаляване на общата тежест на заболяванията (смъртност, инвалидност, временна неработоспособност);
- ✓ разумно и ефективно оползотворяване на ресурсите на здравната система (финансови, материално-технически, човешки)
- ✓ задоволяване предпочитанията на хората.

Очевидно е, че не всички, специфично определени по тази схема, приоритети могат да се реализират в краткосрочен или средносрочен план. Ясно е също така, че за да се осъществят, те трябва да отговарят на следните основни изисквания:

- да са достъпни, вписвайки се в рамките на плащаните средства;
- да са отражение на относително политическо съгласие, касаещо тяхната уместност;
- да се предоставят *качествено* от изпълнителите на болнична помощ.

В случай, че се определят нови приоритети ще бъдат необходими съответни механизми за промяна на текущото разпределение на средствата, както и промени в правилата, на които се основават отношенията между лицата, действащи в здравната система.

Втората схема за определяне на това дали даден вид медицинска намеса следва да бъде включена в пакета от приоритетни болнични услуги, съдържа следните четири критерия:

- ✓ дали услугата е необходима от гледна точка на обществото;
- ✓ дали услугата е ефективна;
- ✓ какви са ресурсните възможности за изпълнение на услугата;
- ✓ дали услугата се свързва с индивидуалната отговорност на нейния потенциален ползвател.

Ако болничната услуга издържи този тест, то следва да бъде включена в пакета, но ако не го издържи лицата трябва да плащат сами за нея със собствени средства.

Прилагането на тази схема изисква законови регламенти, *защитаващи качеството* на болничните услуги и реда за ползването им. Това означава, че приоритетите трябва да се определят посредством преценка на ефективността на ползваните диагностични и лечебни технологии, както и чрез съставянето на ясни правила за правоучастие в списъците за чакащи, а след попадане в тях и за определяне на достъпа

до различни болнични заведения. А това означава, че здравните специалисти трябва да застанат в челните редици на процеса, като изготвят насоки относно начина на предоставяне на болничните услуги, от позициите на ефективната клинична практика.

Третата схема за определяне на приоритетни болнични услуги се базира на определени принципи, които според Swedish Parliamentary priorities Commission (90) са:

- ✓ *човешко достойнство*: всички хора са равни по достойнство и имат еднакви права, независимо от своите лични качества и функции в обществото;
- ✓ *нужди и равнопоставеност*: средствата трябва да се насочат към такива области на медицинската помощ, от които има най-изразена нужда, като се обръща специално внимание на нуждите на групите, които разполагат с по-ограничени възможности да изразяват мнението си и да упражняват правата си (напр. хората с умствени и физически увреждания);
- ✓ *ефективност в разходно отношение*: при избор между отделни възможности стремежът да бъде насочен към осъществяване на разумен баланс между разходи и ефект (напр. при сравнението на методи за лечение на едно и също заболяване).

На основата на тази схема би следвало най-висок приоритет да се отдаде на лечението на животозастрашаващите остри заболявания, хроничните декомпенсирани болестни състояния и тежките умствени увреждания, а най-малък – на леките увреждания и на заболяванията, които могат да се овладеят посредством самолечение или да се лекуват в амбулаторни условия.

При прилагането на която и да е от посочените схеми за определяне на приоритетни болнични услуги е възможно да се получи

несъответствие между теоретичните заключения и това, което се получава на практика. Но заложената във всяка от тях рамка е само една от спънките на този процес. Главното в случая е рамката да бъде приведена в действие и което е най-важно – да окаже влияние върху клиничните решения. Ако, както показва европейският опит, основната цел при определянето на приоритета е да се гарантира, че изпълнителите на болнична помощ оползотворяват средствата ефективно и по предназначение, стратегиите за усъвършенстване на процеса при вземане на клинични решения, са не по-маловажна цел от заявяването на общи национални принципи. Тук не става въпрос за промяна на клиничните решения или на разработената национална рамка, а за намиране на най-удачния начин за взаимодействие между двете.

Осъществимостта е друг аспект на този проблем. Дори когато конкретните приоритети са ясно зададени, не винаги е възможно те да бъдат приложени на практика в краткосрочен или средносрочен план, поради необходимостта от:

- ✓ въвеждането на ефективни регулативни мерки;
- ✓ промяна в трудовото възнаграждение на изпълнителите на болнични услуги;
- ✓ въвеждането на стандарти и/или клинични протоколи отразяващи диагностиката и лечението на някои заболявания;
- ✓ *разработването на критерии и показатели за оценяване качеството на процесите за диагностика, лечение, рехабилитация и грижи за болните;*
- ✓ промени в планирането и разпределението на средствата

В заключение следва да се подчертае, че специалистите отговорни за разработване на предложения за приоритетни болнични услуги трябва да се придържат към следните принципни изисквания:

- ✓ да позволят определянето на приоритети да стане относително имплицитно, т.е. клиницистите да решават кой е най-добрият начин за оползотворяване на средствата;
- ✓ да насочат средствата основно към услуги с доказано качество и ефективност;
- ✓ да предоставят информация на потребителите, която да ги насърчи към търсене на уместни болнични услуги;
- ✓ да разработят насоки, основани на конкретни данни за определяне на достъпа до качествени болнични услуги;
- ✓ да прибегват до използване на списъци на чакащи, с които да регулират достъпа до услуги за лечение на заболявания, незастрашаващи живота;
- ✓ да въведат ограничаване на достъпа до някои болнични услуги посредством изготвянето на положителни и отрицателни списъци, какъвто е случаят с лекарствата за извънболнично лечение;
- ✓ да въведат поделение на разходите при болнични услуги, определени като нископриоритетни, с освобождаване от парично задължение групите с ниски доходи, когато това е възможно;
- ✓ да въведат система за оценяване и регулация на диагностичните, лечебните и рехабилитационните технологии;
- ✓ да предлагат на политиците рамката на процеса за установяване на приоритетни болнични услуги и принципите върху които тя е разработена с оглед провокиране на конструктивни дебати;
- ✓ да съставят списък на услугите, които ще бъдат финансирани от системата за солидарно социално здравно осигуряване и

от бюджетни източници(държавен бюджет, общински бюджети).

При това необходимо е да се помни, че ключовите решения, свързани с определянето на приоритетни болнични услуги трябва да се подлагат на редовно преразглеждане, поради динамичния характер на здравните процеси и услуги.

Необходимо е да се подчертае, че министърът на здравеопазването, управителите на здравните каси и лекарските камари са тези, които осъществяват своята преценка, са длъжни да утвърдят „пакета приоритетни болнични услуги”. Техните решения, без съмнение ще зависят от наличните средства, информацията за здравните потребности на населението, данните за съотношението „разходи/медицинска ефективност”, предпочитанията на населението, преценката за това кое е осъществимо на практика и разбира се от ценностите, свързани с определените приоритетни болнични услуги.

1.8. Договаряне между възложителите и изпълнителите на болнични услуги

1.8.1.Общи положения

Договарянето е един от инструментите за постигане на целите на здравната политика. То представлява координационен механизъм, който е алтернатива на традиционния командно-контролен модел за управление на здравеопазването. Ключов елемент на договарянето е улесненото въвеждане на една по-пазарно ориентирана форма за институционално разпределение на средствата, основаваща се на разделяне на потребителите от изпълнителите на здравни услуги. Механизмите за договаряне ясно определят отношенията между последните и създават икономическа мотивация за изпълнение на поетите от тях ангажименти.

Но договарянето не бива да се разглежда като инструмент само за целите на здравеопазната система. На практика то е част от един широкомащабен процес на промени в обществото и в много сфери на обществената политика. Това е процес на преход от командно общество към общество на посредничество, в което според холандския социолог De Swaan (43) традиционните йерархични отношения се изместват от договорните, защото:

- ✓ бързите промени в областта на технологиите и нарастващата нужда от по-голяма ефективност и новаторство налагат въвеждането на по-ефективна координация от тази на скования командно-контролен модел;
- ✓ договорният модел има по-голям потенциал да отговори на нуждите на отделни индивиди или на малки групи в сравнение с командно-контролния модел;
- ✓ договорният модел спомага да се вникне по-дълбоко в същността на процесите, съпътстващи реформата на здравеопазването.

1.8.2. Основополагащи принципи на договарянето на болнични услуги

Европейската практика за договаряне на болничните услуги и на техните цени се основава на следните четири принципа:

Насърчаване на децентрализацията

Договарянето трябва да даде възможности, както за делегиране на отговорностите на непосредствените ръководители на болничните заведения, така и на необходимите правомощия при разпределяне на средствата за посрещане потребностите на населението от болнична помощ. Децентрализация чрез договаряне може да се постигне с помощта на два основни механизма:

- ✓ ясно уточняване на ангажиментите между страните по договора по отношение на предоставяните болнични услуги;

- ✓ преразпределение на риска между възложители и изпълнители на болнични услуги.

Първият механизъм задължава изпълнителя да поеме действителен, а не просто формален ангажимент. Той обвързва изпълнителя с резултата от работата му. Този ангажимент е свързан с наличните за болничната помощ парични средства, което е от особено значение. Освен това ясното посочване на задълженията на двете страни налага децентрализация на управлението като задължителен елемент на здравната политика, а не като субективен избор от страна на управляващите финансовия ресурс и лидерите на лекарските камари.

Вторият механизъм дава възможност за традиционно поделяне на риска. Отговорността на възложителя и изпълнителя за покриване на непредвидени разходи предоставя възможности за договорно поделяне на риска. Условието за поделяне на риска са различни, като се започва с множеството опростени договорни разпоредби в сключваните с болничните заведения разходно-обменни договори и се стигне до разнообразните за другите лечебни структури схеми. Сходството между тези договори се състои в това, че изпълнителите на болнични услуги поемат определена отговорност за непредвидените разходи.

Подобряване на ефективността на изпълнителите на болнични услуги.

Европейската практика показва, че неяснотата в отговорностите може да се преодолее с помощта на строго дефинирани договорни условия, които ще позволят на възложителя да оказва влияние върху изпълнителя на здравни услуги. Това означава болничните заведения и техните структурни подразделения (клиники, отделения, сектори, приемни кабинети, медико-диагностични лаборатории, звена за образна диагностика и др.) да поемат финансовата отговорност за предоставяне на определени по обем, конфигурация и качество болнични диагностични, лечебни и рехабилитационни услуги на договорени цени.

Освен посоченото, договарянето трябва да включи наблюдението и оценката на набор от критерии и показатели за ефективност. Това ще даде възможност на възложителите да предявяват към изпълнителите искания за по-висока ефективност, както и правила за разрешаване на спорове.

Подобряване на планирането на болничните услуги

Общоприето е, че договарянето е инструмент за планиране, тъй като то пряко свързва планирането на болничните услуги с разпределението на средствата за тяхното заплащане. В този смисъл изпълнителите са финансово мотивирани да следват плановата стратегия, залегнала в договорните условия.

Договарянето може да се разглежда като алтернативен начин за изпълнение на задачи, които по традиция се осъществяват на базата на планиране. Възложителят, който се ангажира с оценка на здравните потребности и с определяне на приоритетни болнични услуги трябва да финансира такива избрани от него изпълнители, които са способни да предоставят услуги в отговор, както на нуждите на местните популации, така и на нацията като цяло.

Освен това, договарянето трябва да насърчава усъвършенстването на информационните системи. Възложител, който се стреми към качествено договаряне се нуждае от информация за здравния статус, потребностите от болнична помощ, ефекта от лечението, разходите за услуги и за постигната от изпълнителите ефективност. Без наличието на тези данни не могат да се сключат обосновани договори.

Подобряване на управлението на болничните услуги

Счита се, че една от основните цели на договарянето е да се насърчи прехода от болнични към извънболнични услуги. Тази стратегия е от особено значение за някои източно-европейски страни, тъй като в някои от тях все още са налице изкривявания в структурите, предоставящи здравни услуги. Така например разходите за лежащо

болни пациенти продължава да са по-големи от тези за извънболнична помощ заключават Saltman E. и Figueras J. (88).

1.8.3. Обществени аспекти на договарянето на болнични услуги

Договаряне и равнопоставеност

По принцип договорите трябва да са в полза на равнопоставеността. Това налага в тях изрично да се предвидят както нуждите от болнични услуги на уязвимите групи (деца, стари хора, инвалиди), така и на общностите, които не се обслужват в достатъчна степен (жители на малки и със слабо развити комуникации населени места). Така погледнато здравноосигурителните каси са тези институции, които представляват интересите на своите популации, тъй като те разпределят средствата и закупуват услугите според нуждите на последните.

Но трябва да се има предвид, че договарянето носи и известни опасности, които могат да подронят устоите на равнопоставеността. Например, по-недоходоносните болнични услуги могат да се омаловажат или пренебрегнат за сметка на други, които са по-малко ефикасни, но по-доходоносни. Особено силно е предупреждението в тази насока, което прави Whitehead M. (100) .

Договаряне и обществено участие

Полезно е становището на някои политици, че едно по-добре застъпено обществено участие в договарянето ще постави началото на процес на демократизация на болничните услуги, ще подобри отчетността на социалната здравноосигурителна система и на лечебните заведения и по този начин ще доближи в по-голяма степен здравната политика до нуждите и приоритетите на обществото.

В този смисъл полезно би било обществеността да участва във всеки един от следните три етапа на договарянето:

- ✓ пред-договаряне;
- ✓ действително договаряне;

- ✓ след договаряне.

Договаряне и междуотраслови отношения

Не може да се каже, че междуотрасловият елемент е застъпен в действащата сега в Европа практика на договаряне, тъй като договорите се съсредоточават главно върху първичната, специализираната извънболнична и болничната помощ. Известно е обаче, че много аспекти на болничните услуги са свързани с други обществени дейности: образование, трудова заетост, механизмите за социална защита и т.н. Следователно договарянето може да се използва и като механизъм за включване на някои страни на тези дейности в полза на здравеопазването. В този смисъл договорният процес между възложители и изпълнители на болнични услуги би могъл да се обогати чрез включване в него и договаряне в области извън обсега на здравеопазването, като например социалните и екологичните служби.

1.8.4. Проблеми, свързани с договарянето на здравни (болнични) услуги.

Проблемите, свързани с договарянето на здравни услуги у нас се дължат главно на различията във финансирането на техните изпълнители и произтичащите от това различия във вида и съдържанието на договорите.

Пъстротата на финансирането на изпълнителите на здравни услуги обхваща целия лечебен сектор на здравната система в повечето европейски страни:

- ✓ здравните услуги, предоставяни от амбулаториите за първична и специализирана извънболнична помощ и от самостоятелните медико-диагностични лаборатории се финансират изцяло от социално-осигурителната система, с незначително допълнение от „джобни плащания” (т.н. потребителски такси);

- ✓ здравните услуги, предоставяни от центрoвете за спешна медицинска помощ, стационарите за психиатрична помощ и домовете за медико-социални грижи се финансират изцяло от държавата (данъчни постъпления);
- ✓ здравните услуги, предоставяни от лечебните заведения за болнична помощ се финансират основно от социалната здравно-осигурителна система; за изпълнение на национални програми – от правителствени субсидии и от „джобни“ плащания за избор на лекуващ екип и ползване на болничен лукс;
- ✓ здравните услуги, предоставяни от хосписи и самостоятелни медико-технически лаборатории се финансират почти изцяло от „джобни“ плащания;
- ✓ лекарствата за домашно лечение се заплащат смесено – от социално-осигурителната система и пациентите.

Тази пъстрота във финансирането се отразява върху вида и съдържанието на договорите между възложителите и изпълнителите на здравни услуги. Обобщено сега в Европа се прилагат според Saltman R. (85, 88) следните три типа договори:

А. *Блоков договор*. Той се използва главно при договаряне на бюджетно финансираните лечебни заведения (в България – по чл. 5 ал. 1 от ЗЛЗ). При него възложителят се съгласява да изплати дадена сума на изпълнителя в замяна на достъп на гражданите до ясно дефиниран кръг от здравни услуги. Обикновено в блоковият договор се прави допълнителна уговорка относно максималния и минималния обем на предоставените услуги, както и относно тяхното качество.

Б. *Разходно-обемен договор*. Той се използва главно при договаряне на финансираната от социално-осигурителната система болнична помощ. В него фигурира условието възложителят да изплати

на изпълнителя дадена сума за конкретно проведено болнично лечение по утвърдени правила (алгоритми) на брой пациенти.

В. *Договор за единица услуга.* Той се използва главно при договаряне на финансираните от социалната здравно-осигурителна система здравни услуги, предоставяни от общопрактикуващите лекари, амбулаториите за специализирана извънболнична помощ и самостоятелните медико-диагностични лаборатории. В него се определя разхода за всяка единица услуга и необходимата за това информация, която изпълнителят се задължава да предоставя ежемесечно на възложителя.

Преходът към по-усъвършенствани модели на договаряне, каквото е например договарянето, основано на диагностично-свързани групи (DRG) за болнични услуги и на амбулаторно-пациентни групи (APG) за извънболнични услуги се препятства от факта, че все още информацията, необходима за провеждане на ефективна политика за финансиране на здравните услуги е непълна. Във връзка с това е необходимо да се подчертае, че минималната информация, която се изисква за осъществяване на ефективно договаряне трябва да включва:

- ✓ данни за пациентопотоците (интензитет и структура на заболяемостта);
- ✓ информация, отнасяща се до величината на потреблението и разходите за първични и специализирани извънболнични услуги, както и такава касаеща потреблението и разходите по клинични алгоритми (в бъдеще по диагностично-свързани групи);
- ✓ демографски данни;
- ✓ данни за рисковите групи.

Без съмнение, това изисква изграждането на съответни информационни системи, в т.ч. и на такива за обработване на сметки. Важното, обаче е тази информация да се разпространява и да помага на

процеса за рационален избор на изпълнител на здравни услуги. Освен това е необходимо да се положат усилия за преодоляване съпротивата на изпълнителите на здравни услуги по събирането и анализа на здравна информация, както и по отношение на склонността им да изопачават наличната такава. Нам С. (62) подчертава, че разпределението на средствата, основано на договаряне, касае и включения в този процес човешки ресурс. Това налага лицата, участващи в договарянето да са предварително обучени и да притежават задълбочени умения за осъществяване на ефективно договаряне. Но практиката показва, че дори при наличието на такива умения възложителите обикновено срещат трудности при преговорите с изпълнителите на здравни услуги, тъй като повечето решения, свързани с предоставянето на услугите се вземат под силния натиск на изпълнителите, и обратно, възложителите проявяват изключителна понякога неоправдана бдителност по отношение на преразпределението на правомощията им вследствие на договарянето.

Друг проблем са недостатъчните умения за управление на процеса „договаряне“. Известно е, че този процес е свързан с умения които са необходими за определяне на начина за предоставяне на здравни услуги, на механизмите за наблюдение на работата на изпълнителите, както и за установяване на ефективните в разходно отношение медицински интервенции. Освен това, договарянето предполага висока степен на децентрализация при разпределението на средствата, тъй като в него участват много местни изпълнители, които не могат да се обхванат на централно ниво, но в същото време са добре познати на местните купувачи, в лицето на провинциалните структури на здравните каси или на Националната здравна служба (Англия). Т.е. необходимо е усвояването на съответни умения от по-ниските нива на институциите финансиращи изпълнителите на здравни услуги, тъй като изграждането на изискуемия от тях капацитет е предпоставка за качествено договаряне.

Значимостта на качествено провежданото договаряне се състои в това, че то е съвременен подход за изпълнение на многото обичайни цели на планирането и управлението на здравните услуги, подход с който се разрешават, както проблемите, присъщи на традиционните методи за планиране, така и много от целите на националната здравна политика. Ето защо в стратегически план е необходимо да се обърне внимание на следните съвременни тенденции в договарянето на здравните услуги:

- ✓ от блокови договори към разходно-обменни договори и такива за единица услуга;
- ✓ от универсално към индивидуално договаряне, отчитащо присъдената акредитация;
- ✓ от договори с няколко условия (касаещи обикновено количествени аспекти) към по-детайлни договори, съдържащи условия за управлението на потреблението, контрола върху разходите, поделянето на рисковете и качеството на здравните услуги.

Практиката обаче показва, че поне за сега процеса на договаряне не съвпада с теоретичните очаквания. Причината за това е, че то е свързано с множество препятствия и проблеми, като например недостатъчната информация, липса на склонност за разумни компромиси в договарящите се, формирането на високи разходи по сделките и недостигът на финансови средства.

1.8.5. Проблеми, свързани със заплащане на изпълнителите на болнични услуги

Болнично финансиране

Способите за финансиране на болничната помощ са ключов елемент и отправна точка на провежданата от нас реформа в здравеопазването, но за съжаление години наред, както политиците, така и специалистите не им отделяха необходимото внимание и не вникваха

дълбоко в тяхната същност и социална значимост. В последно време обаче ситуацията се промени. Политиците и неправителствените организации започнаха да задават редица въпроси, които имат непосредствено отношение, както към реформата на болничния сектор изобщо, така и към начините за заплащане на болничните услуги. Най-общо тези въпроси могат бъдат да групирани така:

- ✓ какъв трябва да бъде обликът на съвременната болнична помощ?;
- ✓ какво е мястото на болничната помощ в националната система за здравеопазване и в стратегията и политиките за неговото устойчиво развитие?;
- ✓ от каква съдържателна и структурна реформа се нуждае болничната помощ?;
- ✓ кои трябва да са източниците за финансиране на болниците и как да се заплащат болничните услуги?;

Ето защо тези, които по силата на властовия и обществения им статут са натоварени с провеждането на реформата в структурата и финансирането на болничния сектор, бяха длъжни да дадат отговор не толкова с добре дефинирани, но с неясни координати програмни намерения, а преди всичко с конкретни, точно разчетени във времето и заемащи приоритетно място в техните мениджърски портфейли практически действия.

В контекста на горното би следвало да се има предвид, че болничната помощ не е затворена „в себе си“ система и, че тя е подложена на постоянно въздействие от множеството динамично променящи се фактори (здравно-демографски, научни, политически, културни и др.), които се отразяват пряко на:

- а) величината и структурната характеристика на пациентските потоци за болнична помощ;

б) ресурсите (финансови, технологични, човешки) на системата за болнична помощ;

в) ограниченията в системата за болнична помощ, налагани от социално-икономически ситуации.

Защо финансирането на болничната помощ и способите за заплащане на болничните услуги играят ключова роля в провеждащата се в Европа реформа на здравеопазването ? Отговорът на този въпрос не е еднозначен:

- ✓ за болнична помощ се разходват 3/5 от бюджета за здравеопазване;
- ✓ в болниците работят половината от всички лекари и 3/4 от медицинските сестри;
- ✓ комплексността на болничната помощ оказва голямо влияние на цялата здравна система;
- ✓ в болниците освен диагностика, лечение и рехабилитация на болни, профилактика на заболявания и промоция на здравето се провежда и образователна и научна дейност;
- ✓ болниците играят важна роля в националната икономика;
- ✓ реформата в системата за болнична помощ предполага внедряване на нови модели за финансиране на болниците, нови методи за заплащане на болничните услуги и нови способности за контрол на качеството на последните;
- ✓ болничната помощ има важно психологическо значение – тя е зримо въплъщение на съвременната медицинска наука и практика.

Анализът на данните показва, че болниците за активно лечение поглъщат най-висок дял от разходите за здравни услуги. Но ако икономическият натиск върху средствата за здравеопазване са важен стимул за структурна реформа на неговия болничен сектор, не бива да се забравя, че съществуват и други фактори, които имат пряко отношение

към финансирането на болничните услуги, като например напредъкът в използването на скъпоструващи диагностични и лечебни технологии, нарастващите изисквания на пациентите и т.н.

Някои ключови въпроси, касаещи заплащането на извънболничните услуги, се отнасят и до заплащането на болничните такива. От началото на 2010 година по силата на политическо решение процедурата „финансиране на болничната помощ“ у нас протича на два етапа: перспективно разходно-обемно договаряне и ретроспективно заплащане на предоставените болнични услуги.

Етапът на перспективното договорно финансиране се състои в ежегодни (декомпозирано по тримесечия) определяне на делегиран (регулиран) бюджет на всяка болница на основата на прогнозиран, изчистен от асиметрични информационни практики пациентно-поток за болнична помощ по клинични алгоритми фиксирано в разходно обемен индивидуален договор.

Етапът на ретроспективното заплащане на болничната помощ се състои в заплащане според вида и обема на действително представените болнични услуги за лечение на пациенти, извършено по правила, утвърдени с Национален Рамков Договор. Размерът на ретроспективното заплащане, което се извършва ежемесечно, се уравнява в края на всяко тримесечие с двустранно (от болницата и от касата) прецизиран приходно-разходен отчет. Размерът на ретроспективното заплащане може да бъде по-голям от договорения делегиран бюджет при условие, че болничните услуги са представени съгласно изискванията на медицинските стандарти и правилата за добра медицинска практика. Saltman R. и Figueras J. (88) подчертават, че в повечето европейски страни финансирането на болниците е подчинено на две широки практики: 1) перспективно разпределение на бюджета и 2) заплащане според услугата. В рамките на тези две практики обаче, е на лице и

допълнителна диференциация, продиктувана от спецификата на системата за здравеопазване в съответната страна.

Подходът за текущо заплащане на болничните разходи чрез перспективно разпределение на бюджета далеч не се осъществява по един и същи начин. Общото в този подход на разпределение се проявява в контекст, както следва:

- ✓ нивото на заплащане се определя предварително;
- ✓ предвидената сума е предназначена за предварително уточнен период;
- ✓ ограниченията във времето и заплащането на болниците се уточняват в перспектива, т.е. с оглед на бъдещето.

Перспективното разпределение на средствата не е свързано с определен източник на финансиране. Така например здравеопазването в Ирландия и Италия се финансира от централизирана система, основана на данъчни постъпления; в Дания и Норвегия - от децентрализирана система, основана на данъчни постъпления; в Германия, Франция и Холандия се финансира преобладаващо от социално-осигурителна система, основана на задължителни здравно-осигурителни вноски.

Един от факторите, който разграничава тези страни една от друга се състои в това: доколко в рамките на перспективното финансиране присъства изискването за вида и количеството на предоставяните болнични услуги.

Подходите за перспективно разпределение на средствата за заплащане на текущите разходи на болниците могат да се систематизират в три основни групи:

- ✓ традиционни подходи;
- ✓ подходи, при които се отчита работната натовареност на болницата;

- ✓ подходи, при които се отчита тежестта на лекуваните заболявания.

а) *Традиционен подход*. Той е най-добре застъпен в Дания, където общите бюджети на болничните заведения се определят главно на основата на данни за изминал период от време с корекции, отчитащи увеличенията на цените на медицинските и другите консумативи, качеството на предоставените болнични услуги и планираното подобрене на ефективността.

Petersen L. (80) установява, че въведените от териториалните Окръжни Съвети общи бюджети са довели до успешно контролиране на разходите в Датския болничен сектор. Интересно е да се отбележи, че подходът е обогатен с въвеждане на схема за „свободен избор на болнично заведение“ с оглед намаляване на времето за чакане за планови операции. Съгласно посочената схема, когато пациентите се лекуват извън окръга, където живеят, заплащането се договаря между двата окръжни съвета на база „таксуване за услуга“ или на база „дневен разход“. В резултат на това болниците са станали по-отзивчиви, тъй като предоставените от тях услуги, с които се намалява времето за чакане, са им довели допълнителен финансов ресурс.

Без съмнение, традиционният подход за перспективно изготвяне на болничните бюджети способства за ефективно разпределяне на средствата и контрола на разходите, но независимо от това той се нуждае от необходимата гъвкавост при осъществяването на по-широки цели, тъй като трудно може да бъде оценена ефективността на болничната помощ, при система, в която разпределението на средствата се осъществява на основата на разходните тенденции в миналото.

б) *Подходи, при които се отчита работната натовареност на болницата*.

Те са характерни за страни, като Франция и Германия, в които основен източник на финансиране са социалните здравноосигурителни

системи. Основен белег на тези подходи е че при перспективното разпределение на болничния бюджет се включват и показатели за оценка на работната натовареност на болничното заведение, като например „брой легло-дни“, „брой лекувани пациенти“. По принцип осигурителните системи дават възможност за по-голяма автономия на институционално ниво и по този начин те способстват за въвеждане на по-гъвкави схеми в подходите към разпределение на бюджета на основата на работната натовареност.

Тъй като у нас здравноосигурителната система непрекъснато разширява своя обхват в областта на болничната помощ, полезно ще бъде да се анализират достойнствата на две от многото гъвкави схеми за определяне на болничните бюджети на основата на работната натовареност, които според Sourti-LeGuellec (91) и Leidl R. (69) функционират добре.

Едната от тях включва необходимостта от по-голяма интеграция и солидарност в болничния сектор, както и необходимостта от осъвременяване на методиките за заплащане на болничните услуги. По този начин процентът на изготвянето на болничния бюджет ще се подлага на обстоен преглед с цел да се подобрят неговите темпове, гъвкавост и ефективност. Освен това схемата трябва да предвижда годишна фискална проверка на болничния бюджет, отчитаща промените в обема на работната натовареност на болницата на основата на съгласувани показатели за оценка. По този начин стремежът за по-висока ефективност и подобро качество на болничните дейности, както и прилагането на стандартизирани критерии за оценка на работната натовареност при разпределение на средствата, ще станат неотменима част от продължаващия процес на реформи в болничния сектор.

Втората схема предвижда по-гъвкаво перспективно разпределение на средствата, при което пълно покритие на разходите получават онези болници, които са получили оценка, че работят

ефективно. Според правилата за гъвкавост при разпределение на средствата, когато болницата изработи по-малък от договорения с възложителя (здравната каса) брой легло-дни, на следващия кръг от преговорите тя все още ще има право на 75% от средствата за издръжка на легло-ден за всички нереализирани легло дни. Когато обаче болницата надвиши договорения брой легло-дни тя самата следва да поеме 75% от дневните разходи на всички легло-дни, изработени над договорените.

Въпреки, че наборът от критерии за финансиране, основаващо се на дневния разход е все още несъвършен, тази схема може да се разглежда като значителна стъпка към една по-фундаментална реформа, тъй като чрез нея се подчертава необходимостта от заздравяване на процеса за разпределяне на средствата, връзката на финансирането с нарастването на приходите и по-широко въвеждане на финансови механизми, основани на работната натовареност на болниците.

в) Подходи, при които се отчита тежестта на лекуваните заболявания.

Различията в работната натовареност на болниците и тежестта на състоянието на лекуваните в тях пациенти могат да се отчетат чрез включване в модела за перспективно разпределение на средствата на корекции, отчитащи тежестта на лекуваните заболявания.

При този модел болниците се класифицират според присъдената им акредитационна оценка, а относителните разходи за лечение във всяка от тях се преценяват с помощта на системата „диагностично свързани групи“ (DRG's). В този контекст следва да се приеме, че относителните разходи са белег на относителна ефективност, тъй като предварително съгласуваният размер на болничния бюджет ще се определя с помощта на коректив, отчитащ тежестта на лекуваните заболявания, който може да е различен за болниците от една и съща референтна група. Т. е. болницата ще има право на собствена преценка

при разпределянето на всички средства, получени в резултат на този процес.

Ако болничното финансиране у нас бъде съобразено с тежестта на лекуваните заболявания, това на практика ще означава прилагане на система за групиране на последните по диагностичен принцип, като мерило за разпределение на средствата. В този случай правилното прилагане на критерия „тежест на заболяването“ ще улесни измерването на ефективността и ще доведе до допълнителни стимули при извършване на болничните услуги.

Подходът за текущо заплащане на болничните разходи „според услугата“

Прилагането на този подход е различно в страните, които финансират разходите на болниците на базата на предоставените услуги. Основното в характеристиката на подхода е финансиране според обема на извършените болнични услуги, без налагане на конкретно ограничение в общото ниво на вложените средства и периода, който те покриват. Идеята в случая е чрез обвързване на средствата с конкретни болнични услуги да се увеличат възможностите за оценяване и повишаване на техническата ефективност. Например, механизмът за „финансиране според услугата“ може да стимулира по-широко прилагане на диагностичните и/или лечебните процедури от областта на инвазивната кардиология. Но отвореният характер на подхода „заплащане според услугата“ може да окаже отрицателно въздействие върху контрола на разходите.

За избягване на посочената опасност е желателно подходът „заплащане според услугата“ да се прилага на основата на договор между възложителя и изпълнителя на болнични услуги. Този тип отношения може да се дефинира по различен начин, макар че във всеки един от случаите болницата ще изпълнява ролята на изпълнител, в рамките на договор с възложителя, на услуги, предварително регулирани

в ценово и обемно отношение. Например здравната каса като възложител има право да сключва блокови разходно-обемни договори или такива за комплексни услуги по изпълнението на „клинични алгоритми“ с дадени болници на определена цена.

Макар че подреждането на приоритетите в реформата на методите за болнично финансиране се определя от много фактори (социални, технологични, икономически, политически) основното при тях според Saltman R. и Figueras J. (88) е:

- ✓ подобряване качеството на болничните услуги посредством по-ефективното им предлагане и осигуряване на широк обществен достъп до тях;
- ✓ усъвършенстване на механизмите за контрол върху болничните разходи.

Постигането на тези цели обаче се препятства в частност от динамичния характер на системата за болнична помощ, а в по-общ план от финансовия натиск, упражняван от непрекъснатото развитие на медицинските технологии и от нарастващите изисквания на пациентите. Ето защо различията в методите за финансиране на болничните услуги трябва да се схващат по-скоро като прагматичен отговор на един нестихващ проблем на провежданата в Европа здравна политика, а не толкова като рационален планов подход, съгласуван с ясно определена теоретична рамка.

И тъй като болничната помощ е видим и значителен елемент на цялата здравна система, това означава, че тя има както политическо, така и икономическо значение. Следователно, подходът към финансиране на болничните услуги обикновено е насочен към постигане на приоритетни цели на всяко политическо управление в рамките на преобладаващите икономически условия. Желанието за постигане на контрол върху разхода, ефективността и свободния достъп е почти универсален, но в същото време подобно желание не рядко влиза в конфликт с други

приоритетни цели, каквато е например целта за намаляване броя на пациентите в „списъците на чакащите“.

Между посочените по-горе подходи за болнично финансиране съществуват различия, но те следва да се разглеждат като възможност за намиране на континуум, а не като такава за дихотомия. Във връзка с това е необходимо да се направят някои основни изводи относно ефекта на подходите за перспективно разпределение на средствата и тези за финансиране „според услугата“.

Най-отличителната черта на подходите за перспективно разпределяне на средствата се състои в предварително зададеното ограничение върху разхода за определен период от време.

Тъй като у нас болничните услуги се финансират чрез здравни осигуровки, перспективното разпределение на средствата за тяхното заплащане трябва да се основава на критерии за цялостно покритие на разходите за предварително договорен брой лекувани пациенти по определени клинични алгоритми или „диагностично свързани групи“.

Не е тайна, че действащата в България система за финансиране на болничните услуги затруднява управлението и контрола на разходите, свързани с тях. *Ето защо всяка инициатива за включване на критерии, отчитащи тежестта на заболяванията и крайния резултат от лечението ще бъде съществен принос в перспективното разпределение на средствата за болнични услуги и справедлив способ за формиране на допълнително материално стимулиране на работещите в болничния сектор. Така подобреният механизъм за перспективно разпределение на средствата ще спомогне за повишаване на качеството, засилване на автономията и гъвкавостта на управлението на болниците. Но въпреки това, при избора на който и да е подход за перспективно разпределение на средствата за болнични услуги трябва да е налице готовност за отговор на проблеми, свързани както с качеството на услугите, така и*

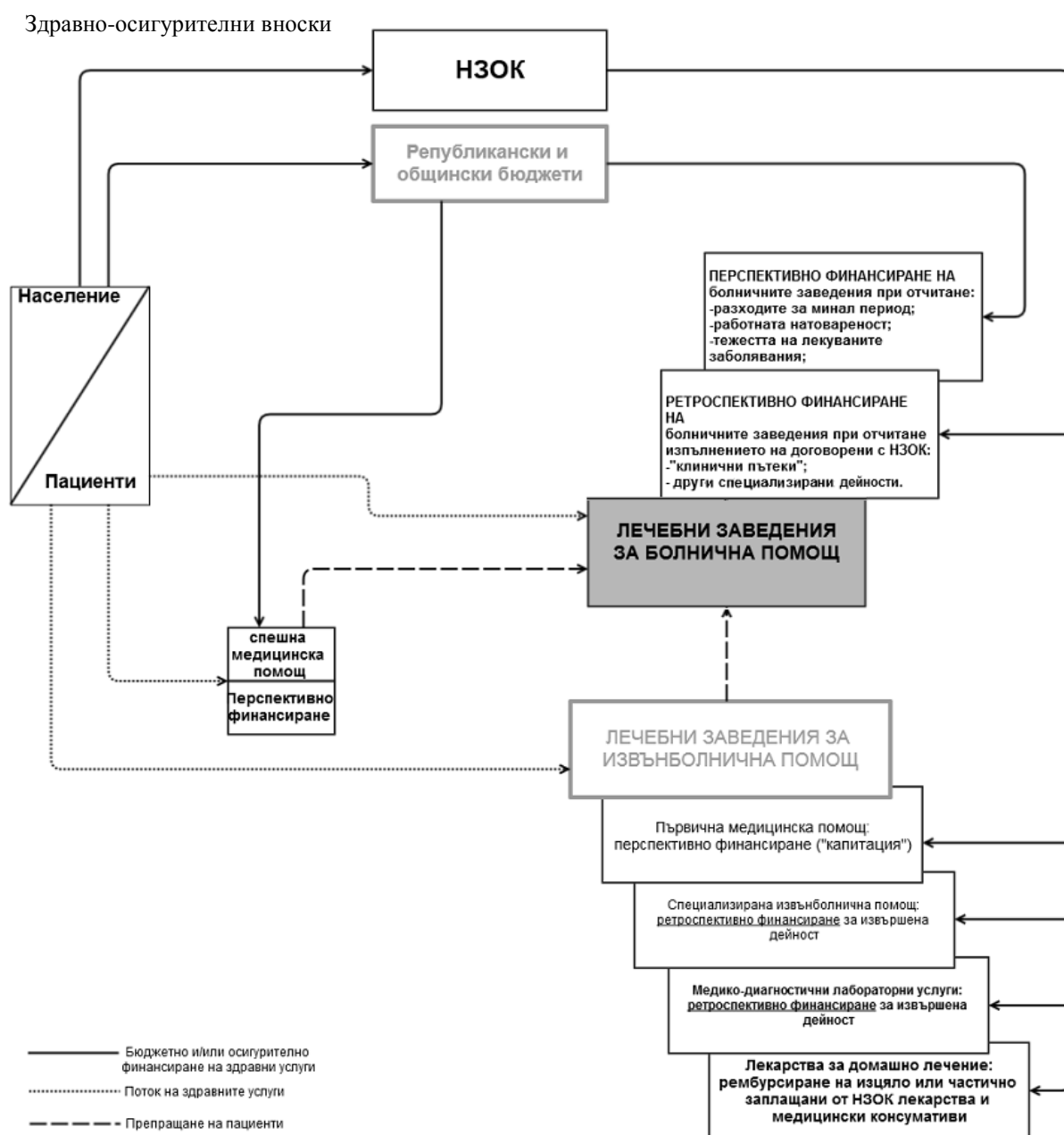
с възможните опасности, който води след себе си всеки опит за политизиране на процеса за разпределение на средствата.

По-трудно е да се направят обобщения относно подходите за текущо заплащане на болничните разходи на основата „такса за услуга“, тъй като по своята същност те действат на микро, а не толкова на макро ниво. И ако тези подходи може най-общо да се охарактеризират с връзката между оползотворяването на средствата и потреблението на болничната услуга на ниво пациент, то механизмите за прилагането на тези подходи в практиката могат да бъдат различни. Най-очевидният им недостатък се състои в това, че те са с отворен характер, което силно затруднява налагането на контрол върху потреблението и разходите. Но ако този ориентиран към вида и обема на болничните услуги подход се съчетае с перспективно разпределение на средствата, възложителите на болнични услуги могат да поставят на болниците-изпълнители конкретни цели. За постигането на тези цели обаче, болничните услуги ще се нуждаят от по-голяма гъвкавост в организационно, кадрово и финансово отношение.

Заслужава да се отбележи, че източникът на финансиране на здравеопазването (осигурителен, данъчен, смесен) не трябва да се възприема като бариера пред реформата на подходите за разпределение на средствата за болнични услуги.

Подходите за перспективно разпределение на средствата и тези основаващи се на способа „такса за услуга“ могат да присъстват и при трите вида източници на финансиране. Това показва, че реформата в източниците на финансиране на здравеопазването не ограничава прилагането на рационални подходи за заплащане на текущите разходи в болниците. Следващата фигура илюстрира заплащането на здравните услуги в България със средства от интегрираната система за публично финансиране на здравеопазването (НЗОК + Републикански бюджет + общински бюджети) по перспективен и ретроспективен способ.

Фигура 1. Заплащането на здравните услуги в България със средства от интегрираната система за публично финансиране на здравеопазването по перспективен и ретроспективен способ



1.9. Финансиране и качество на болничните услуги

1.9.1. Общи положения

Забележително е, че през последните години, в процеса на провежданата в Европа здравна реформа органите, финансиращи

здравеопазването и обществеността като цяло насочиха вниманието си към организацията и поведението на изпълнителите на болнични услуги на микро (институционно) ниво. Това внимание се съсредоточава главно към подобряване на качеството на болничните услуги и неговото устойчиво развитие. Във връзка с горното се наблюдава нарастване на стремежа за разработване на програмирани подходи за управление на ефективността на медицинската помощ, което е свързано, както с усъвършенстване на капацитета на лечебните заведения за извънболнична помощ, така и с реструктуриране на вътрешната и външната организация на болниците. Свързани с този проблем са и усилията за повишаване квалификационния градиент на лекарите и на специалистите по здравни грижи със съвременни форми за следдипломно обучение.

И до сега при разработване на здравната политика у нас по традиция се поставя акцент върху способите за финансиране на лечебните заведения, докато начинът на предоставяне на болнични услуги и тяхното качество си остава проблем на отделния здравен специалист. Но днес все повече политици, системни анализатори и граждани осъзнават наличието на съществени различия в обема, качеството и практиката на предлагането на болнични услуги на институционално ниво (ниво лечебно заведение или негова организационно обособена структура) и основателно поставят въпроса за тяхното отстраняване.

Актуалността на този въпрос се засилва и от много други фактори, някои от които могат да бъдат формулирани така:

- ✓ на лице е ограничаване на взаимоотношенията между лекаря и пациента за сметка на бързото нарастване на екипността в медицинското обслужване – колкото по-голям е медицинският екип при оказването на комплексната по своята същност болнична услуга, толкова по-голяма е

потребността от създаването на формален процес за анализ и оценка, осигуряващ възприемливо от пациента ниво за цялостно качествено обслужване;

- ✓ все повече нараства здравната култура на гражданите и в съответствие с това на тяхната критичност към качеството на предоставените им болнични услуги;
- ✓ увеличава се броят и обемът на публикациите в средствата за масово осведомяване относно качествено оказана медицинска помощ;
- ✓ много повече данни се публикуват за качеството на медицинската помощ и съществените му негативни отклонения в някой лечебни заведения поражда основателна тревога;
- ✓ политици, лекари, представители на неправителствени организации и граждани, считат че повишаването на качеството на болничните услуги има позитивен мултиплициращ здравен, икономически и социален ефект за обществото;
- ✓ широко разпространено е мнението, че съществуват възможности за прикриване на недоброкачествената работа в някои лечебни заведения и на отделни специалисти, и че същевременно не се прави достатъчно за повишаване на стандартите за медицинско обслужване.

Някои публични, непрофесионални анализи, показващи широки вариации, в резултатите от неспешните хирургични процедури в отделни болници провокираха извършването на професионални анализи, при които се отчетоха значими различия в качеството и ефекта на определени видове лечения. Тези вариации са отражение на редица фактори, които включват правния статус на болничното заведение и начините на заплащане на предоставените от него здравни услуги, културно

обусловеното предпочитание от пациентите към определени форми на лечение, клиничната несигурност от най-подходящото лечение във всеки конкретен случай и т.н.

С цел намаляване на вариабилността в качеството на здравните услуги, превеждането му в съответствие с най-добрите медицински стандарти и стимулиране на подходите за устойчивото му развитие, през 2001г. стартира програма за акредитация на болниците и диагностично-консултативните центрове. При някои от поредните изменения и допълнения на Закона за лечебните заведения обхвата на акредитацията бе разширен, като в него бяха включени медицинските, денталните, хемотрансфузионните и хемодиализните центрове, диспансерите, самостоятелните медико-диагностични и медико-технически лаборатории, домовете за медико-социални грижи и тъканите банки.

Със съответни наредби на МЗ (Наредба № 1 от 2000г., Наредба № 13 от 2003г. и Наредба № 18 от 2005) бяха утвърдени критериите показателите и методиката за акредитация (24).

Концептуална основа на провеждащата се у нас акредитация на посочените лечебни заведения е изграждане и развитие на „*движение за качество на здравните услуги*“ по подобие на описаната от Mulrow С. (72), Enkin М. (50), Bergrem Н. (31) и Staer Johansen К. (92) европейска инициатива „*движение в полза на ефекта от лечението*“. Това движение е насочено към анализиране и оценяване на трите класически по Donabedian А. (44) координати на качеството:

а) качеството на структурите, т.е. на условията, в които и на средствата, с които се произвежда здравната услуга;

б) качеството на дейностите (процесите) чрез които се произвежда здравната услуга;

в) качеството на резултатите от оказаната здравна услуга

В съответствие с така дефинираната концепция субектите (здравно-осигурителни, бюджетни), финансиращи лечебните заведения в

извънболничната и болничната сфера би следвало в своята ежегодна оперативна дейност по договарянето на вида и обемите на здравните услуги и при контрола на тяхното предоставяне да отдават необходимото внимание, както на изпълнението на компонентите за качество, съдържащи се в модулите, направленията, критериите и показателите на акредитационните програми, така и на напътствията на Европейския комитет за стандартизация (European Committee for Standardization), заложи в системите за управление на качеството:

- ✓ достъпност (accessibility), т.е. наличие на възможности за обслужване;
- ✓ равнопоставеност (equity), т.е. предоставяне на здравните услуги на равнопоставена основа за всичко;
- ✓ уместност (appropriateness), т.е. максимална адекватност на прилаганите изследвания, лечение и грижи;
- ✓ приемливост (acceptability), т.е. приемливост на здравните услуги от всеки пациент, като резултат и цена;
- ✓ своевременност (timeliness), т.е. предоставяне на здравните услуги в подходящ момент;
- ✓ полезност/продуктивност (effectiveness) т.е. оказаните здравни услуги да довеждат до желаните резултати;
- ✓ сигурност (safety) т.е. здравните услуги да се оказват по начин, който е безопасен за пациента.

Следва да се отбележи, че провежданата у нас акредитация на болниците („движение за качество на болничните услуги“) се различава от традиционния модел за контрол по това, че при нейното провеждане:

- ✓ участват представители на различни дисциплини: клиницисти, специалисти по мениджмънт и здравни грижи, икономисти, юристи;
- ✓ акцентира се върху търсенето на начини за промяна в професионалното поведение на работещите в болничните

заведения с цел да се осъществи предлагане на по-ефикасни и по-ефективни видове диагностика, лечение, рехабилитация и грижи.

Но независимо от казаното по-горе, бъдещите по-усъвършенствани форми на „движението за качество на болничните услуги“ трябва да включат систематична проверка на наличните данни по избрани теми, разпространението на данни относно ефикасните видове лечение и обстоятелствата, в които те имат ефект, както и разработването на планове за провеждане на проучвания в недостатъчно изследвани области във финансирането, организацията и начина на предоставяне на болничните услуги. В този смисъл подходящо би било във всяко лечебно заведение за болнична помощ да се създаде функционална група, която да координира качеството на болничните услуги и да тества ефективността на последните в хода на предоставянето им. Няма съмнение, че този подход ще се различава от традиционния модел на медицински проучвания, който разчита главно на учени, занимаващи се с основните принципи на медицината. Тези по-усъвършенствани форми на движението трябва да се позовават на широка гама от методи в т. ч.:

- ✓ наблюдения, при които ще се извлича полза от естествените вариации в изпълнението на показателите за качество;
- ✓ проучвания, които ще генерират хипотези и изследват смисъла на променливите, извлечени от количествените анализи;
- ✓ апробация на способи за разграничаване на ефикасността, свързана с начина на оказване на болничните услуги в идеална обстановка, от ефективността в разходно отношение, свързана с тяхното оказване в рутинната клинична практика.

В този именно смисъл движението ще бъде в състояние да обедини широка гама от дейности в едно цяло, което ще включва оценка на медицинските технологии и осигуряване на качество на резултатите от

тяхното прилагане. Пример за това, подчертава Perkhani M. (81) са указанията на Националната Здравна Служба в Англия.

1.9.2. Ключови направления

Контекстуално очертаваният рамков периметър на проблема „финансиране – качество“ предполага, че субектите, финансиращи здравните услуги, трябва да насочат вниманието си към две ключови направления.

Първото ключово направление се отнася до облигатното присъствие на следните четири елемента за качество при предоставянето на всяка конкретна болнична услуга:

- ✓ клиничен статус (клинично здраве), т.е. каква е степента на тежест на заболяването, измерена от лекарите чрез прегледи и клинични тестове;
- ✓ функционален статус (функционално здраве), т.е. какъв е физическият и духовен капацитет на пациента за извършване на лични, социални и трудови ангажименти;
- ✓ удовлетвореност на пациента, т.е. неговото лично и на близките му усещане дали болничната услуга е предоставена по възможния най-добър подходящ начин;
- ✓ цена на болничната услуга, т.е. сумата, която пациента трябва лично да заплати (потребителска такса, съвместно плащане).

В най-добрия случай представа относно тези четири елемента за качество на болничната услуга може да се получи при измерването на всеки един от тях. Но тъй като подобна информация е рядко налице, то финансиращият орган би следвало да оценява тези елементи комплексно, отчитайки, че в някои случаи наличната информация за клиничния статус и цената не отговарят на действителното състояние. Счита се обаче, че подобна информация може да бъде събрана и от източници,

които не са непременно насочени към охарактеризиране на качеството. По скоро това биха могли да бъдат данни от пациентното досие и такива, регистриращи финансовите транзакции, при уговорката, че използването им за нуждите на измерването на качеството ще е ограничено.

Второто ключово направление се отнася до самото измерване на качеството. За целта, без съмнение, ще бъде необходимо стандартизиране на посочените четири елемента. Без такова уеднаквяване не би могло да се сравни качеството на предоставяната болнична услуга от различни професионалисти и в различни региони. Медицинската квалитология (науката за измерване на качеството в медицината) е все още в началните етапи на своето развитие в света. В нашата страна нейните основополагащи принципи, формулирани от Donabedian A. в „AGuideto Medical Care Administration, Washington: American Public Health Association“ (44) и от Maxwell R. в Quality assessment in health, Br. Med. J. (73) намериха израз в критериите и показателите на т.нар. акредитационни програми.

Тук възниква въпросът: защо трябва да се измерва качеството на болничните услуги? Отговорът на този въпрос се състои в това, че последващата, от измерването, информация е необходима (съгласно правилото „4-те Д“) за определяне:

а) Доколко населението в различните региони, чрез наличните в тях болнични заведения, може да ползва конституционните и здравноосигурителните си права за **достъпност** до болнични услуги и равнопоставеност при тяхното получаване. Разбира се минимални вариации са неизбежни, но значимите такива насочват към липса на консенсус по отношение конфигурацията на болничните услуги и начина, по който те се предоставят, както и по отношение стила на прилагане на професионалните знания и умения на медицинските специалисти. Възможно е също така вариациите да се дължат на различия във финансовите, технологичните и човешки ресурси, както и в

поведението и очакванията на пациентите. При идентифициране на значими различия, обаче субектите, финансиращи болничните услуги са длъжни да насочат усилията си, както за установяване на причините, които ги пораждат, така и за разработване на стратегии за тяхното отстраняване.

б) Доколко болничните услуги се отклоняват от установените акредитационни критерии и показатели, медицински стандарти, клинични алгоритми, клинични протоколи, протоколи за сестрински грижи, правила за сигурност и безопасност на пациентите и на работещите в болничното заведение и др. Но тъй като част от тази информация сега е непълна, необходимо е в бъдеще тя да присъства в рутинната административна база данни.

в) Доколко пациента е удовлетворен от болничната услуга и какво е функционалното му състояние. Този елемент на качеството може да бъде измерен чрез инструментариума на социологичното анкетиране. Началото му у нас вече е поставено в провеждането на акредитационните процедури, при които във фазите самооценяване и външна оценка се прилагат различни форми за събиране на информация, относно мнението на пациента.

г) Доколко цената на предоставената болнична услуга е разумна и приемлива за субекта, който я заплаща. По същество това е най-достъпния за измерване елемент на качеството, благодарение на компютъризираното събиране на информация по този повод.

1.9.3. Информационно осигуряване

Необходимостта от своевременна, достатъчна и вярна информация по посочените ключови направления налага изграждането на подходяща информационна система, която да е в състояние да подпомогне всички аспекти на подходите за подобряване и устойчиво развитие на качеството на болничните услуги. При нейното разработване и внедряване ще е необходимо да се предвидят възможности за извличане

на информация по отношение на трите класически координати на качеството в здравеопазването: *структура – процеси – резултати*. Основните аспекти на тези координати са както следва:

По отношение на структурата

Информацията за качеството на тази координата трябва да съдържа данни, извлечени от мониторинга и анализа на структурния капацитет на болничните заведения, т.е. дали те притежават:

- ✓ необходимата структура за предоставяне на болнични услуги, отговаряща на нуждите на общността: брой на болничните легла на 10 000 население, структура на болничните легла по болнични клинични специалности, осигуреност на болниците с необходимите по стандарт човешки ресурси (лекари, мед. сестри и др.) и медицински логистични структури (образна диагностика, лаборатории и др.);
- ✓ подходяща институционална рамка, благоприятстваща дейностите на медицинските професионалисти;
- ✓ подходящо разположение в териториалната и комуникационната среда;
- ✓ чувствителност към културните особености на общността;
- ✓ възможности за лесно насочване на продуктите им портфейли към потребителите на болнични услуги.

По отношение на процесите

Информацията за качеството на тези координати трябва да съдържа данни извлечени от мониторинга и анализа на технологичната характеристика на дейностите свързани с диагностиката, лечението, рехабилитация и грижите за пациентите и техния хуманен аспект.

а) Технологичен аспект на процесите

Най-общо това са възможностите на болничните заведения да предоставят на потребителите онези болнични услуги, които са разписани в предмета на тяхната дейност и афиширани сред населението.

При формиране на информацията, касаеща технологичния аспект на процесите е необходимо да се имат предвид данните за резултатите от:

- ✓ промоцията на здравето и превенцията на заболяванията;
- ✓ скрининговите програми за ранно откриване на заболявания (мамография, цитонамазки, пренатални грижи и др.);
- ✓ коректното поставяне на диагнозата (например да се диагностицира не само нарушение във физическото, но и в психичното здраве (напр. депресия);
- ✓ прилагането на ефективно лечение;
- ✓ умението на специалистите за прилагане на подходящи намеси при състояния, застрашаващи жизнено важни функции;
- ✓ координацията и непрекъснатостта на здравните грижи (от особено значение за децата, хората в старческа възраст и лицата в неравностойно положение).

Освен това при събирането на информация за технологичния аспект на процесите, акцентът трябва да се постави върху задачите, които трябва да се изпълняват от болничните заведения. Към тези задачи би следвало да се причислят:

- ✓ систематичното определяне на приоритети в зависимост от конкретната здравна характеристика на обслужваното население;
- ✓ маркетинговата оценка на структурата на пациентските потоци;

- ✓ механизмите за въвеждане на нови технологии в рутинната практика: квалификационни курсове, финансови стимули и др.

б) Хуманен аспект на процесите

Най-общо този аспект включва хуманното поведение при предоставянето на болничните услуги и съзнанието за отговорност към предпочитанията на пациентите.

При формиране на информацията, касаеща хуманния аспект на процесите, вниманието трябва да бъде насочено към следното:

- ✓ въведени ли са изисквания към лекарите да информират пациентите за процедурите при провеждане на изследванията и лечението?;
- ✓ създадени ли са условия за разясняване на поставените от пациентите въпроси?;
- ✓ стимулира ли се, по подходящия добър начин, участието на пациентите при вземане на решение?;
- ✓ създадена ли е възможност на пациента за избор на лекуващ лекар?

По отношение на резултатите

Информацията за качеството на тази координата трябва да съдържа данни извлечени от мониторинга и анализа на резултатите от диагностичните изследвания, лечението, рехабилитацията и грижите за пациентите.

При формирането на информацията, касаеща качеството на резултатите от оказаните болнични услуги акцентът трябва да бъде поставен върху:

- ✓ възможностите за адекватно наблюдение и управление на болничното състояние на пациентите (напр. минимизиране на страничните действия при лечение с антибиотици и

биологични лекарствени продукти, недопускане на рискове в спешна или операционна зала и др.);

- ✓ възможностите за нормално или асистирано физическо функциониране на пациентите;
- ✓ възможностите за нормални емоционални изживявания на пациентите;
- ✓ удовлетвореността на пациентите от предоставените им здравни услуги

1.9.4. Избор на стратегии за измерване на качеството

Събирането, анализирането, синтезирането и разпространението на информация са в основата на подобряването на качеството на болничните услуги. Но не по-малко важно е и създаването на механизми, които да гарантират прилагането на наличните данни в практическата работа на лечебните заведения. Подобни механизми обикновено се определят като стратегии за осигуряване на качеството, макар да се използват и други инструменти, каквито според Иванова Т., Димова А., Гарева Г. (15) са системите за управление на качеството по моделите ISO 2001:2008, European Foundation for Quality Management (EFQM), Цикъла на Deming: Plan-Do-Check-Act.

Тук е необходимо да се уточни какво да се разбира под понятието „качество“ на здравната услуга. Синтезирайки най-доброто от всички определения като например тези направени от Donabedian Ab. (44), от Maxwel R. (73), от Blomhoj G. (32), и от Black N. (34), може да се каже, че *качеството е такава съвкупност от същностни характеристики на болничната услуга, която удовлетворява очакванията на нейния потребител.*

Стратегиите за осигуряване (управление) на качеството имат според Black N (33) три съществени измерения:

- ✓ непрекъснат характер;
- ✓ способности за оценка;

✓ разграничение между вътрешни и външни проверки (одити).

Първото измерение (непрекъснат характер) е свързано с това, че стратегията за осигуряване на качество не може да се основава на еднократни инициативи. Съобразявайки се с това изискване сега се възприема следният модел за непрекъсваемост и последователност на процедурите на вътрешната проверка на качеството:

а) подбор на областите за самооценяване и вътрешна проверка, т.е. избор на предмета за самооценяване и вътрешна проверка в съответствие с утвърдените критерии, стандарти и показатели за качество;

б) осъзнаване на проблема, т.е. идентифициране на проблемните точки от областта, подбрана за самооценяване, съответно за вътрешна проверка, и на тяхното място в трикоординатната система: качество на структурите, качество на процесите (дейностите) и качеството на резултатите;

в) дефиниране на проблема, т.е. определяне на причините, породили идентифицираните проблемни точки в подбраната за вътрешна проверка област;

г) разрешаване на проблема, т.е. генериране и предлагане на подходи за разрешаване на проблема;

д) повторна проверка, целяща да установи до каква степен решенията са били правилни.

Този цикъл трябва да се задейства винаги, когато е на лице назрял проблем в качеството на болничната услуга. От съществено значение в случая е разкриването на противоречията, които стоят в основата му и които го възпроизвеждат в процеса на медицинското обслужване.

Второто измерение (способи за оценка) е свързано с изискването способите за оценяване на качеството да бъдат ориентирани към структурата и дейностите на болничните заведения и към ефективността от тяхната работа. При това според Donabedian A. (44) и Mant J., Hicks N (74) трябва да се има предвид, че:

а) структурата е свързана с базата, в която болничното заведение осъществява своята дейност; оборудването му с апаратура, техника и пособия за извършване на дейността; броя, структурата и квалификацията на персонала; способите за финансиране; наличието на удобства за прием, настаняване и обгрижване на пациентите и др.

б) дейностите са свързани с процедурирането спрямо пациенти в хода на диагностиката, лечението, рехабилитацията и обгрижването им.

в) ефективността е свързана със степента, в която са постигнати резултатите от лечението при уговорката, че неблагоприятният изход понякога е трудно да се определи доколко се дължи на лечението или особеностите на заболяването.

Третото измерение е свързано с вътрешните и външните проверки (одити) на качеството на болничните услуги. Според Scrivens E. (93) и Medical Audit, aFirst Report (75):

а) *вътрешната проверка* трябва да се извършва от такива, работещи в болничното заведение специалисти, които познават добре стандартите, критериите и показателите за качество и притежават способности да формулират, организират и реализират стратегии за положителни промени. Освен това цялата организация на вътрешната проверка на качеството трябва да бъде гъвкава, т.е. да отчита влиянието на външните фактори, на динамично променящите се вътрешни цели и да дава очаквания адекватен отговор.

Проблемът за организацията и провеждането на вътрешните проверки на качеството не може да бъде решен чрез изолирани по време и място организационни интервенции, а чрез формиране на нова философия по цялата изпълнителска верига на болничното заведение: директор – главна медицинска сестра – началници на медицински и спомагателни структури – лекари – медицински сестри – помощен персонал. В сърцевината на тази философия, както показва европейският опит, трябва да се поставят следните принципи:

- ✓ да се определят правилата, недопускащи дефекти в диагностично-лечебния процес и в грижите за пациентите;
- ✓ да се насочи вниманието преди всичко към превенция на грешките, а не към тяхната корекция;
- ✓ да се постави акцент на непрекъсваемостта на вътрешните проверки във всички медицински и спомагателни структури и процеси;
- ✓ да се организира обучение по въпросите на качеството – диференцирано по медицински структури, екипи и сервизни звена;
- ✓ да се създаде механизъм, отчитащ оценката (удовлетвореността) на потребителите на здравните услуги.

Във връзка с посочените принципни постановки е желателно лечебното заведение да конструира Система за управление на качеството, която да е синхронизирана с основните положения на някоя от упоменатите по-горе и доказали своята ефективност системи: ISO 9001:2008 (International Organization for Standardization), EFQM (European Foundation for Quality Management), PDCA (Plan-Do-Check-Act, Deming), Акредитация относно необходимите механизми за ефективен организационен контрол и отговаряща на следните изисквания:

- ✓ да се основава на стратегията за развитие на болничното заведение, т.е. да не отчита само това, което е било в миналото, или свързано с настоящето, а да е ориентирана към стратегическите цели, които болничното заведение преследва за подобряване на качеството и неговото устойчиво развитие;
- ✓ да съдържа механизми за контрол при:
 - въвеждането на стандартите и клиничните протоколи;

- сравняването на действителното състояние с това, което изискват медицинските стандарти и акредитационните критерии;

- провеждането на превантивните и корективните действия.

- ✓ да бъде възприета от работещите в болничното заведение и да ги мотивира към устойчиво развитие на качеството на извършваните от тях медицински или спомагателни дейности;

б) *Външната проверка* има за цел да установи обективно състоянието на качеството на оказваните от болничните заведения здравни услуги и да съдейства за неговото подобряване и устойчиво развитие.

Тя се провежда по критерии и показатели, позволяващи да се определи степента на съответствие на условията, средствата и процесите за диагностика, лечение, рехабилитация и грижи с изискванията на медицинските стандарти и договорените с финансиращите органи пакети болнични услуги.

Процедурата „външна проверка“ има указателен, педагогичен и оценъчен характер. Нейният смисъл е да развие мултидисциплинарен подход за грижи към потребителите на болнични услуги и да иницира у професионалистите отговорност за постигане на високо качество на медицинската помощ в болничното заведение, където те работят. Тя се осъществява от експерти-оценители, които по време на посещението си в болничното заведение се придържат към следната схема от въпроси и отговори:

- ✓ какво сте направили вие, за да отговорите на изискванията на стандартите, критериите и показателите за качество?
- ✓ какво търсим ние, за да установим равнището на постигнатото от вас качество?

- ✓ как измерваме качеството по всяко от трите негови координати (условия и средства, дейности, резултати) по съответните стандарти, критерии и показатели?

Един по-детайлизиран избор на стратегия за външна оценка на качеството на болничните услуги би следвало да се основава на следните въпроси:

- ✓ *По отношение на условията и средствата:*

- наличната материална база (сградов фонд, апаратура, инсталационни съоръжения, вътрешни пространства и комуникации) отговаря ли на стандартите за качество;
- броят, видът и квалификацията на медицинските професионалисти в болничното заведение може ли да доведе до постигане на по-високо качество на болничните услуги;
- каква е осигуреността на болничното заведение с финансови средства и как се съблюдава тяхното рационално разходване;
- какво е информационното осигуряване на управлението на болничното заведение;
- какво е състоянието на организацията и контрола за сигурност и безопасност на пациентите и персонала.

- ✓ *По отношение на дейностите (процесите)*

- как е организиран достъпът на пациентите до болницата;
- как е организиран приемът на пациентите и координиран ли е той с услугите, които се предоставят в рамките на болницата;
- информират ли се пациентите за вътрешния ред в болничното заведение и за основните им права и задължения по време на пребиваването им в него;
- взема ли се информирано съгласие на пациентите относно вида и характера на изследванията и лечението, които е необходимо да му се приложат;

- прилаганите методи за диагностика, лечение, рехабилитация и грижи съответстват ли на изискванията на медицинските стандарти, клиничните протоколи и протоколите за добри сестрински грижи;
- как е организирана подготовката за напускане на болничното заведение от пациентите и каква е координацията с други услуги, от които пациентите се нуждаят при изписването им;
- как се води, съхранява, защитава и обменя информацията за здравното състояние на пациента;
- какво може да се направи за скъсяване на „разстоянието“ лекар – пациент.

✓ *По отношение на резултатите*

- кои фактори допринасят за достигане на добри резултати (медицински специалисти, пациенти, обкръжение и др.);
- как контролът на качеството се отразява на резултатите;
- какви са очакваните резултати;
- измерването на резултатите взема ли предвид различията при пациентите.

Водещи принципи при измерване на качеството

Необходимо е при оценяване на качеството да се съблюдават следните принципни изисквания:

- ✓ да не се вреди;
- ✓ да не се пречатства функционирането на болницата;
- ✓ да се поставя акцент на това, което е донесло ползи;
- ✓ „повече“ не винаги означава „по-добре“;
- ✓ да се поставят ясни цели и разумни очаквания.

В основата на идеята за повишаване качеството на болничните услуги трябва да стои разбирането за необходимостта от промяна на традиционния проблемно-ориентиран подход за оценяване на структури и процеси към подход, ориентиран към оценяване на качеството на

резултатите. Без съмнение подобна промяна в подхода на вътрешната и външната оценка ще доведе до коренна промяна в тяхната философия, която би следвало да се основава на следните по-важни аспекти:

- ✓ информираността на пациентите да води до повишаване на изискванията им към здравната система;
- ✓ оценките на качеството да отговарят на очакванията на пациентите;
- ✓ измерването на качеството на болничните услуги по трите му координати да бъде универсално и да не се влияе от формата на собственост и териториалната значимост на болницата;
- ✓ измерването на качеството на болничните услуги задължително да следва цикъла: постоянно самооценяване и вътрешни одити – периодични външни одити от независими експерти – присъждане на доверие по системата за акредитация или по системите за управление на качеството (ISO 9001:2008, EFQM, PDCAи др.);
- ✓ контролни междинни одити, след като е присъдено доверието.

Все по-сложният характер на болничните услуги се отразява в голяма степен, както на тяхната конфигурация, така и на начините за предоставянето им. Освен това данните относно недостъпното предлагане на болнични услуги или предоставянето на неефективни такива подсказват, че липсата на акцент върху подобни проблеми води до пропиляване на средства, пропуснати възможности и влошено здраве.

Обвързването на здравната политика и практика с непрекъсната оценка на качеството на болничните услуги е сравнително нова за нашето здравеопазване концепция. Сега болничните заведения се самооценяват или оценяват пряко чрез система от критерии и показатели, без работещите в тях професионалисти да са приобщени „тотално“ в „движение за подобряване на качеството“. Ето защо националната

система от болнични заведения би могла да увеличи ефекта на това движение ако МЗ, като орган, отговорен за нейното качествено функциониране, увеличи намесата си по този проблем в дългосрочен план. Наскоро създадената институционализирана структура „Изпълнителна агенция Медицински одит“ за наблюдение и оценка на безопасността и качеството на предоставените здравни услуги на целесъобразността и законосъобразността на изразходваните за тях публични финансови средства и за популяризиране, както на добрите, така и на лошите резултати, следва да се приеме като израз на назряла обществена потребност.

1.10. Инвестиционният демарш в болничните заведения – стратегическо условие за подобряване и устойчиво развитие на качеството на болничните услуги

Един от ключовите аспекти на технологичните промени и общия растеж в здравеопазването се състои в натрупването на капитал в публичните и частните лечебни заведения за болнична помощ. Организацията на съвременния болничен сектор и видовете услуги, предлагани от него се подкрепят, но в същото време те се ограничават от наличната капиталова инфраструктура. Ето защо размера и вида на инвестициите в болничния сектор ще оказват определящо влияние върху структурата на бъдещите възможности за предлагане на болнични услуги.

Една от ключовите цели на провежданата у нас реформа се състои в реструктуриране на старата йерархична система, дерегулация и контрол върху разходите и технологиите, т.е. цел, която е тясно свързана с разпределението на капитала и оползотворяването на технологиите. Идеята за развитие и заздравяване на устоите на алтернативи на болничните услуги, които са тези от обхват на първичната и специализираната извънболнична помощ и по-доброто им

оползотворяване и координиране с наличните средства сега е изключително популярна сред здравните стратегии.

1.10.1. Общи положения

Според Saltman R. и Figueras J. (88) съвременното разбиране за инвестиционен капитал изисква да се прави разлика между понятията: „капитал“, „инвестиции“ и „амортизация“.

Понятието „капитал“ е свързано с наличния запас от производствени активи. За разлика от него „инвестициите“ представляват „поток“ и са свързани с увеличаване на капитал. „Амортизацията“ също е „поток“ и е свързана с намаляване на капитала, т.е. намаляване във времето стойността на производствените активи. Разграничаването на тези понятия е важно, тъй като инвестирането е съществена динамична дейност, която внася корекции в капиталната структура на болничния сектор.

Корекциите в структурата на капиталовите запаси в Европа протичат бавно. Инвестиции, увеличаващи наличния капиталов запас 5-10% годишно са рядкост. Следователно настоящата капиталова инфраструктура на болничните заведения в Европа е натрупвана в продължение на много години.

Нивото на технологиите в болниците според Thomas L. (98) може да се дефинира въз основа на способността им за съвременна диагностика, лечение и рехабилитация на заболяванията. Тази рамка е подходяща отправна точка за анализ на предишните модели на инвестиране и настоящото разпределение на капитала. Същият автор счита, че разположението на болничните услуги по нива е както следва:

На първото ниво, при т. нар. „не-технологии“ болничните услуги са свързани предимно с грижи за болните. Пример за услуги от този тип са палиативните грижи за пациенти с нелечими заболявания, както и за пациенти с незначителни заболявания, за които няма ефективно лечение, като например „настинка“.

Следващото ниво се представя от т. нар. „високи технологии“. Те предоставят възможности за противопоставяне на неблагоприятните последици от заболяването или за забавяне на смъртта, но не могат да гарантират пълно излекуване на пациента. Примери за такива здравни услуги, известни като „високотехнологични“ са трансплантацията на органи, тъкани и клетки; лечението на ракови заболявания; интервенционалните кардиологични лечебни процедури; лечението на диабета и др.

На последно ниво стоят „много високите технологии“, които са свързани с добро познаване на механизма на заболяването и съответно – с възможностите за пълното му изследване или за предотвратяване на възникването му. Примери в това отношение са ваксините за редица заразни болести и антибиотиците.

Но тази рамка се ограничава до връзката между познаването на механизмите на заболяването и технологиите и изключва, например лечението на травми. Освен това, дефиницията на понятието „технологични“ е твърде стеснена и обикновено се основава на познаването на заболяването.

Независимо от тези ограничения, посочената рамка е подходяща отправна точка за анализ на динамичните връзки между технологиите, разходите и капитала в болничния сектор

Динамичен процес

Характерно за болничните услуги е, че те представляват комбинация от различни форми на технологии, основани на настоящото познаване и разбиране на заболяванията и травмите. С оглед на посочените по-горе нива, някои болнични услуги се основават на не-технологии и високите технологии. Не бива да се забравя обаче, че комбинацията от различни форми на технологии е пряко свързана с капиталовия разход.

Weisbrod В. (101) изразява становище, че в повечето случаи технологичните открития се основават на доразвиването на високите технологии, което означава, че капиталовите разходи за тях са най-високи.

Трябва да се подчертае, че за постигане на идеална взаимовръзка между инвестиции, здравни технологии, капитал и качествени болнични услуги са необходими три условия:

Първо, инвестициите да са правилно разпределени между различните форми на капитал, т.е. да е постигнат прецизен баланс между различните форми на болнични услуги. Това разпределение следва да бъде съобразено с определени нива на познанията и технологиите. Ако технологичните нововъведения позволяват по-ефективно в разходно отношение лечение на определено заболяване в извънболнична обстановка или предотвратяване появата на заболяването посредством използване на ваксини или други мерки, болничната база за този тип лечение следва да се съкрати или пригоди за други цели, а освободените средства да се вложат в амбулаторната база или за профилактични мерки.

Второ, инвестициите в болничния сектор да насърчават прехода към въвеждане на ефективни в разходно отношение високи технологии, а скъпите и неефективни такива, доколкото е възможно, да се задържат.

Трето, да се съставят разумни балансови разчети между реинвестициите в капитал и в текущия разход, за да се гарантира поддържането на подходящ капитален запас в течение на времето. При липса на такъв баланс има вероятност да възникнат два проблема:

а) при инвестиране на прекалено висок процент от наличните средства в нови капиталови запаси, ще останат твърде малко средства за текущи разходи, т.е. няма да останат пари за започване на съответната нова дейност;

б) при инвестиране на твърде малко от наличните средства, капиталните запаси ще западнат, което ще произведе отрицателен ефект

върху качеството на болничните услуги, а така също и върху текущия разход за тяхното производство.

Наличните показатели за разпределение на капитала затрудняват сравнението между болничните заведения от една и съща група. На лице са и затруднения, произтичащи от различията в методите за оценка на технологичните нива. Например болнично легло в недостатъчно оборудвана общинска болница с малко персонал не може да се сравнява с легло в добре оборудвана частна или друга публична болница с висококвалифициран кадрови състав. Освен това, трудно е да се направи пряко сравнение между данни относно продължителността на престоя в болница за активно лечение и в болница за долекуване и продължително лечение, тъй като предлагането на болничната услуга се основава на различни по вид и нива технологии.

Данните от проведената през 2001-2014 година акредитация на болниците у нас показват, че лошото качество на капиталния запас влияе отрицателно върху ефективността на болничните услуги. Някои от областните болници не разполагат с повече от 4-5м² на легло, а в редица от по-малките общински болници съществуват проблеми, свързани със слабото оползотворяване на леглата и липсата на подходящо отопление и течаща вода в болничните стаи.

Според статистическите данни средният процент на оползотворяване на болничните легла в страната, през последните няколко години, 65-75%. Средната продължителност на престоя в болниците за активно лечение в повечето от тях е 5-7 дни. Навлизането на лапароскопската хирургична намеса и ендоскопските лечебни интервенции в някои болници доведе до значително намаляване на средната продължителност на болничния престой в тях.

Друго обяснение на съществуващите различия се състои в това, че не малка част от общинските болници са с по-социално ориентирана

функция подобно на тази, характерна за хосписите и за сестринските грижи по домовете.

Процесът на разпределение на капитала за болничните заведения зависи от формата на тяхната собственост и начините за обществена регулация. Например, Националната здравна карта е една от нормативните рамки, на базата на която правителството определя предназначението на основния капитал в публичния сектор, съобразно вида и броя на болничните заведения и характера на произвежданите от тях болнични услуги.

Нерешен у нас до сега е въпросът за ефективен контрол на фондовете за нови инвестиции. Липсата на такъв контрол води до значителни и в повечето случаи ненужни инвестиционни разходи в публичната сфера на лечебния сектор:

- ✓ в общинските болници, в резултат на амбицията им да се включат в изпълнението на максимално възможен брой „клинични алгоритми“;
- ✓ в публични заведения за извънболнична помощ в резултат на стремежът им да се сдобият с високо доходоносни диагностични технологии, без да са налице условия за оптимално използване на техния капацитет.

Текущи проблеми

Динамичната връзка между инвестициите в болничните заведения и бъдещия текущ разход за болнични услуги е основен повод за загриженост сред стратегите на нашето здравеопазване, тъй като силите отговорни за натрупване на капитален запас в публичните или частните лечебни заведения са различни.

В лечебните заведения, които се управляват от държавата и общините инвестирането в нов капитал се планира обикновено посредством процеса на бюджетното разпределение, в зависимост от броя на населението и капацитета на болничната услуга. Но

общественото разпределение на бюджета не винаги отразява реалната стойност на инвестициите. Например, обществените инвестиции в нови, скъпоструващи технологии нерядко водят до дублиране на апаратното оборудване в близко разположени болнични заведения в едно и също населено място или здравен регион.

В частните лечебни заведения размерите и видът на инвестициите се определят предимно от финансови стимули. По принцип средствата в тях се влагат в такива видове инфраструктури и технологии, които гарантират най-голяма медицинска и икономическа полза. В идеалния случай подобен отклик на пазарните сили би трябвало да доведе до ефективно оползотворяване на вложените средства. Но въпреки това, на лице са няколко съществени причини, поради които при реализирането на този принцип трябва да се подхожда внимателно. Така например:

а) пазарните сривове могат да ограничат ефективната работа на пазара, насърчавайки погрешно разпределение на капитала, което би довело до фаворизиране на отделни болници и хаотично натрупване на нови технологии;

б) информационният дефицит не позволява на потребителите на болнични услуги да направят точна преценка и избор на вложените инвестиции;

в) разпределението на капитала на пазарен принцип засяга равнопоставеността, особено що се отнася до по-бедните хора или населението от селските населени места.

Различните системи (осигурителна, бюджетна) за финансиране на изпълнителите на болнични услуги предлагат по-косвени стимули, както за обществени, така и за частни инвестиции. Заплащането по метода „такса срещу услуга“ (специализирани консултации, лабораторни изследвания, „клинични алгоритми“), особено когато то е съчетано с избор от страна на пациента насърчава търсенето, предизвикано от самите изпълнители на болнични услуги, разраства широко

специализираните услуги и води до хаотично инвестиране в нови технологии.

*

През последните няколко години значителна част от инвестициите в нашето здравеопазване се насочват към високите диагностични, лечебни и рехабилитационни технологии в болничните заведения, което води до въвеждане на по-интензивни форми на лечение и съответно на това – до нарастване на разходите.

Но за разлика от натиска за бързо навлизане на нови технологии в здравеопазването, за нанасянето на корекции в капиталния запас е необходимо време. Защото веднъж построени, болниците или други лечебни заведения трудно могат да бъдат закрити по политически съображения. Следователно моделът на капиталната инфраструктура в болничния сектор у нас ще продължава да е подвластен на огромна инерция.

Въпреки това, болничният сектор е свързан с бързото развитие на възможностите за диагностика и лечение, което от своя страна е свързано с оптималното разпределение на капитала. Следователно реформите в болничния сектор трябва да бъдат насочени към създаването на такива стимули за възложители и изпълнители на болнични услуги, които да водят до оптимални решения за ефективно в разходно отношение инвестиране в нови технологии. Без съмнение този процес трябва да стимулира и критичния анализ на съществуващите модели за разпределение на капитала.

1.11. Качество на болничните услуги

1.11.1. Общи положения

Качеството на болничните услуги според Попов М. (21) е изключително сложна дейност – от една страна поради сложността на

техния обект и предмет, а от друга – поради бързия информационно-технологичен и практически напредък на медицината.

В Европейското болнично пространство са на лице две съществени причини, които императивно налагат сериозно внимание към проблема „качество на болничните услуги“:

- ✓ *Едната причина* се състои в самата природа на болничните услуги. Продуктът, който се създава в сферата на болничната помощ може да бъде само с определено необходимо качество. В болничната дейност не може да има бракувани продукти и услуги, които да подлежат на преработване. Болничен продукт или услуга с ниско качество е съдбоносен(а) за пациента. Ето защо от дълбока древност, подчертава Иванов Л. (15), високото качество на дейността на лекаря (а така и на всички специалисти, които практикуват медицина) е предмет както на морални задължения, така и на законови разпоредения, контролирани от държавната администрация;
- ✓ *Другата причина* е нарасналата култура и възискателност на гражданите. Те все повече се превръщат от обекти на болнични грижи в партньор на болничните специалисти. Гражданинът плаща здравноосигурителни вноски и данъци и има право да получава срещу тях болнична помощ в определен обем и с високо качество, на което той е оценител.

Към тези две причини може да се прибави и трета, която произтича от реформата на здравеопазването в европейските страни. Saltman R. и Figueras J. (88), считат че последната има няколко аспекта и един от тях е фокусирането към потребителя на болнична помощ, независимо от това, до колко той е възискателен. Задължение на съвременната европейска болница е да му осигури възможната най-добра болнична услуга.

Качествените характеристики на тази услуга е онова, което гражданинът-пациент трябва да получи в резултат на здравната реформа.

1.11.2. Болнична дейност и нейното качество

Болничните дейности в терминологията на икономическата наука представляват услуги и са продукт на процесите в лечебните заведения за болнична помощ.

Попов М. (21) и Димова А. (6) считат, че в зависимост от прилаганите критерии болничната услуга бива три вида:

а) Според мястото ѝ в процеса тя е междинна или крайна:

✓ *Междинна услуга* е всяка дейност, която допринася за крайната услуга (например клинични прегледи и изследвания, манипулации, интервенции и т.н.). Потребител на междинната услуга може да е пациента (например лечебна инжекция, парентерално вливане, лечебна манипулация и др.), лекуващия лекар (напр. лабораторно изследване, образно-диагностично изследване и т.н.), друго лечебно заведение, административен или съдебен орган (напр. епикриза);

✓ *Крайна услуга* е резултатът, образуван от междинните услуги и представлява промяната в състоянието на пациента по отношение на неговото здраве при изписване от болницата (оздравял, с подобрение, без промяна, с влошаване, починал).

Потребител на крайната болнична услуга е винаги пациента.

б) Според функциите на болницата, която произвежда услугата тя е диагностично-лечебна, рехабилитационна, медико-социална, палиативна.

в) В зависимост от потребителя услугата е:

✓ индивидуална (делим ефект – ефектът е върху отделния индивид, напр. промяната в неговото състояние по време и след болничното лечение);

- ✓ съвкупна (неделим ефект – ефектът е в популационни измерения, отразен върху някаква съвкупност, напр. резултатите от лечение на заразно или психично болни);

Болничната услуга има три съществени характеристики:

а) по правило нейното потребление става в процеса на производството ѝ. Това означава, че:

- ✓ болничната услуга е подчертано индивидуализирана, както поради личните характеристики на произвеждащия услугата и пациента, така и поради моментните субективни нагласи и преживявания у двамата;
- ✓ болничната услуга винаги трябва да отговаря на определени стандартни изисквания – при нея не може да се допуска „брак“;
- ✓ отношенията между производителя (болницата) и потребителя (пациента) на болничната услуга са асиметрични – в масовия случай потребителят не знае точно каква болнична услуга му е необходима;
- ✓ търсенето и предлагането на болнични услуги става, в една или друга степен по принуда и по правило не може да се отлага.

Съвременната общоприета дефиниция за качество в международния стандарт ISO/DIS 9000:2000 е: възможността на съвкупност от присъщи характеристики на продукт, услуга, система или процес да изпълнява изисквания на потребители и други заинтересовани страни (ISO/DIS 9000:2000, т. 2.1.1.).

Но в специализираната литература има много други дефиниции на качеството по важни от които са:

а) от институции:

- ✓ японски индустриален стандарт (JIS), качество са всички характеристики и изпълнения на изделия или услуга, които

могат да бъдат оценени, за да се определи дали изделието или услугата удовлетворяват целите на ползвателите му (Z8108);

- ✓ български държавен стандарт (БДС) „качеството е съвкупност от свойства на продукцията, обслужваща нейната пригодност да удовлетворява определени потребности в съответствие с предназначението си“ (БДС 9577-23).

б) *от авторитети:*

- ✓ Deming W. (45) „качество са най-полезните стоки и услуги, желани от потребителя;
- ✓ Feigenbaum A. (56) „качество – това са най-добрите изделия, изработени според изискванията на потребителя“;
- ✓ Crosby Ph. (40) „качество, това е съответствие с изискванията“;
- ✓ Ishikawa K.(63) „качество е удовлетворение на потребителя“.

в) *устойчиво развитие на качеството* е тенденция от удовлетворяване на потребителя (customer satisfaction) към предизвикване на възхищение от потребителя (customer delight).

Синтезирайки посочените дефиниции Попов М. (21) и Димова А. (6) определят качеството на здравната услуга, система или процес така: *„качеството е степента, в която здравна услуга, система или процес позволява задоволяването на определени здравни потребности на пациентите или други заинтересовани страни“.*

Еталоните за качество на здравната услуга не са еднакви за производителя и потребителя на същата. Те не са еднакви и за всички производители на еднородни здравни услуги. Двата еталона се срещат в процеса на потреблението и формират реалната потребителска стойности на здравната услуга и крайната оценка на нейното качество.

Елементи, условия и фактори на качеството на болничната услуга

Качеството на болничната услуга има свои ингредиенти. Те са:

а) *Елементи на качеството*, представляващи променливите характеристики на болничната услуга, които формират нейната способност да задоволи определени потребности. Елементите на качеството подлежат на стандартизиране;

б) *Условия на качеството*, представляващи компоненти на околната среда, в която протича създаването на болничната услуга, които могат да окажат в различна степен влияние върху елементите на качеството. Условията на качеството също могат да бъдат стандартизирани.

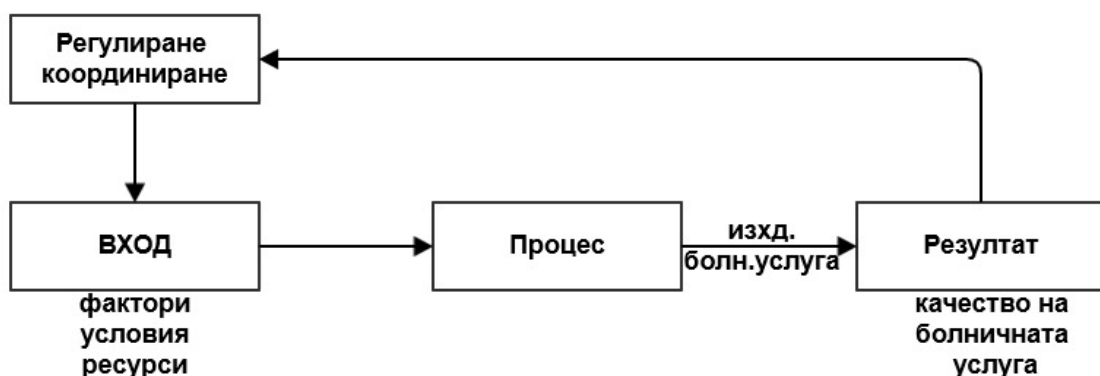
в) *Фактори на качеството*. Това са условия, които притежават потенциал за съществено позитивно влияние върху елементите на качеството и чиято липса или слабо присъствие води до деградиране на елементите, а следователно на качеството на болничната услуга като цяло.

Всяка болнична услуга е резултат на даден възпроизводствен процес. В него се включва възпроизводството на елементите, условията и факторите на качеството. Възпроизводството на качеството на болничната услуга според Попов М. (21) има три форми:

- ✓ *Просто възпроизводство*, при което елементите, условията и факторите на качеството на болничната услуга се възпроизвеждат без промяна. В случая качеството се стабилизира, поддържа и осигурява на определено равнище (Quality Assurance). Но простото възпроизводство на болничната услуга не може продължително време да отговори на динамиката на потребностите на научното и технологичното развитие на болничната помощ и на пазарните изисквания. То представлява временен или преходен етап. Негова алтернатива е постоянното подобряване на качеството.

- ✓ *Разширено възпроизводство*, при което елементите, условията и факторите на качеството на болничната услуга се възпроизвеждат с позитивна промяна. Резултатът е постоянно подобряване на качеството (Continuous Quality Improvement), като необходим следващ етап в позитивното развитие на качеството. При прилагането на съответни идеи и подходи постоянното подобряване на качеството на болничните услуги създава предпоставки за тотално управление на качеството (Total Quality Management) на болничната помощ.
- ✓ *Стеснено възпроизводство*, при което елементите, условията и факторите при качеството на болничната услуга се възпроизвеждат с негативна промяна. Последиците от това са влошаване качеството на болничната помощ.
- ✓ Възпроизводствения процес на качеството на болничните услуги най-общо може да се представи като система с присъщи за всяка управлявана система компоненти: вход, изход, обратна връзка и орган за регулиране и координиране (21) и (6) (Фиг. 2).

Фигура 2. Възпроизводствен процес на качеството на болничните услуги



Входът на системата се образува от всичко онова, което тя получава, за да произведе болнична услуга с определено качество. Във входа са факторите и условията на качеството заедно с налични или придобивани ресурси (персонал, финанси, материални активи). По този начин се задават определени параметри, които следва да се реализират в резултати на изхода на системата.

Процесът представлява развитие на условията и прилагане на факторите на качеството за оказване на болнични услуги.

Изходът е задоволяване потребностите на пациента със съответния резултат от оказаната болнична услуга (оздравяване, подобряване и т.н.).

Обратната връзка служи за сравняване на изхода с входа на системата, което по същество представлява **оценка на качеството на болничната услуга**. В случая то се извършва от орган за регулация и координация. Съответствието на изхода с наличното във входа е признак за доброто функциониране на системата. Ако резултатът на изхода се отклонява от зададените на входа параметри органът за регулиране и координиране следва да проучи причините и след като ги установи да предприеме необходимите мерки.

Аналогичен изход застъпва от преди 50 години Адевис Донабедиан, известен учен и понастоящем класик по проблемите на качеството в медицината. Неговите схващания се развиват в почти всички страни на 5-те континента. Според него, качеството на медицинската услуга се проявява в структурата, процеса и резултата, в съответствие с което следва да се имат предвид критериите и да се анализират показателите за структура, процес и резултат. По отношение на структурата д-р А. Донабедиан общо взето има предвид онези ингредиенти, които стоят на входа на системата, без обаче да се диференцират факторите и условията на качеството. Схващанията относно процеса и резултата са идентични с онези, които са посочени по-горе.

Тук е необходимо да се подчертае, че концепцията на А. Донабедиан бе използвана като основополагаща платформа от авторите на наредбите № 13 и № 18 на МЗ за критериите, показателите и методиката за акредитация на лечебните заведения и на приложените към нея програми за акредитация на различните видове лечебни структури.

1.11.3. Фактори на качеството на болничната услуга

Правен статус и правно нормиране на качеството

Правно-нормативното регулиране на качеството на болничните услуги е основополагащ фактор. Чрез него се създават или разширяват възможностите за действие на другите фактори.

Въпросите за качеството на болничната помощ в известна степен са пренебрегнати от нашето законодателство. По-обстойно качеството на болничните услуги се третира в Наредба №1/27.04.2000г. и Наредба №18/20.06.2005г. за акредитация на лечебните заведения, в медицинските стандарти за качество на здравните услуги в различните медицински специалности и в ежегодните Национални рамкови договори между Националната здравноосигурителна каса и съсловните организации в здравеопазването.

Заедно с държавното законодателство е необходимо да се обърне внимание и на вътрешната нормативна уредба на болницата, тя се представлява от нейния Правилник за устройство, дейност и вътрешен ред, от длъжностните характеристики на персонала и др.

Специфично нормиране на качеството (стандартизиране) на болничните услуги.

Стандартите представляват всички видове правила за професионално поведение, условия и режим на работа (медицински стандарт, клинични протоколи, диагностично-терапевтични алгоритми и др.), задължителни с оглед качеството на болничната помощ.

Заедно със стандартите утвърдени с Наредбата от Министерството на здравеопазването необходимо е да се има предвид възможността за разработване на локални стандарти, свързани с мисията, целите и приоритетите на съответната болница. В това отношение у нас съществува известна практика стимулирана от изискванията по акредитация на болницата. Наличната практика обаче показва, че сериозно внимание се изисква към качеството на локалните стандарти, а не към техния брой.

Професионално-етични и деонтологични норми на качеството на болничните услуги

Заедно с правното нормиране и стандартите, етичните и деонтологичните изисквания са третия нормативен фактор за регулиране на качеството на болничните услуги.

Приетият у нас „Кодекс на професионалната етика“ (гласуван от XXXIII извънреден събор на Българския лекарски съюз (ДВ. Бр. 79 от 2000г.) съдържа редица текстове, които имат връзка с качеството на болничната помощ. Кодексът е важна стъпка във формирането на нормативните изисквания за качеството, обаче и до сега остава открит въпросът за неговото системно прилагане и съсловния контрол на етичните и деонтологичните норми.

Главните крепители на професионалната етика в болниците са съсловните организации на лекарите и на професионалистите по здравни грижи.

Икономически контекст на качеството на болничните услуги

Качеството на всяка болнична услуга изисква разход на определено количество с необходимото качество и структура, материални и нематериални ресурси.

Ресурсната структура се променя съобразно политиката, стратегията и целите по отношение на качеството на болничната помощ. Във всички случаи обаче за *осигуряване и поддържане на качеството на*

болничните услуги е необходимо определено (прагово) количество ресурси. Под това прагово количество, след изчерпване на съществуващата инерция, възпроизводството на качеството, подчертава Попов М. (21), ще се стесни и ще настъпи неговото снижаване.

Връзката между качеството на болничната услуга и разходите за неговото поддържане или повишаване извежда на преден план три особено важни аспекта:

а) *Баланс между качество и стойност.* Тъй като за всяка степен на качество на болничната услуга са необходими съответни разходи, качеството винаги има производствена стойност и цена. По-високото качество винаги ще има по-висока цена в сравнение с по-ниското качество.

Ето защо, за да бъде ефективно управлението на качеството на болничната услуга е необходимо установяване на адекватна ценова политика. Дилемата в това отношение е:

- ✓ да се произвежда болнична услуга с възможно най-добро качество и да се очакват потребителите, които могат да заплатят съответното качество *или*
- ✓ да се произвежда болнична услуга с такова качество, което потребителят има възможност или желание да заплати.

б) *Структура (пропорции) на ресурсите.* Заедно с количеството и качеството на ресурсите за качеството на болничната услуга е необходимо да се има предвид следните възможности за неговото повишаване:

- ✓ общо увеличаване на ресурсите в определени пропорции, адекватни на изискванията за качество;
- ✓ промяна на структурата на ресурсите, получавани на входа на системата „болница“, с оглед въздействието на други

фактори или увеличаване на определени елементи и условия на качеството;

- ✓ промяна на преобразуването на ресурсите или процесите с оглед на качеството спрямо определени приоритети чрез ратиониране на разходите.

в) *Разпределяне на финансовия риск.* Създаването на болнична услуга с ниско качество трябва да носи реален финансов риск за болницата, която произвежда такава услуга. Аспекти на този риск могат да бъдат:

- ✓ намалено търсене на услугата от съответните потребители;
- ✓ намаляване на шансовете да се сключи договор със здравноосигурителна, здравнозастрахователна или бюджетна организация;
- ✓ Финансови санкции за допуснатото ниско качество на болничната услуга. За да бъде ефективно, разпределението на финансовия риск трябва да бъде свързано с финансови стимули. Както рискът, така и стимулите може да се слагат на индивидуално, екипно и общоболнично равнище.

Потребителски натиск към качеството на болничните услуги

Потребителите на болнични услуги (пациенти, граждани, организации) предявяват определени изисквания към тяхното качество, което трябва да задоволи техните потребности. Тези изисквания формират „натиск“ върху производителя на болнични услуги. В този смисъл потребителският натиск е съществен стимул за постоянно подобряване на качеството.

Формирането на потребителския натиск е резултат от сложния процес на взаимодействие между нагласите, очакванията, потребностите и желанията, които възникват на основата на дадена общностна култура, социална принадлежност и образователно равнище.

Сложната мрежа на отношенията между „производител“ и „потребител“ на болничната услуга във връзка с неговото качество поражда проблеми с ключово значение. Регулиращата функция на потребителския натиск по отношение на качеството, намира най-силен израз в динамиката на търсенето на болнични услуги. Тяхното високо качество по същество увеличава търсенето им, а в резултат на това и финансовите постъпления в болницата. А наред с това нараства и потенциала на същата за постоянно подобряване на качеството.

Пониженото качество на болничните услуги има обратно въздействие.

Имайки предвид значението на потребителския натиск във всичките му разновидности, за неговото установяване и причинни връзки следва да се прилагат маркетингови проучвания и бенчмаркингови подходи.

Роля на организационната култура на болницата в производството на качествени болнични услуги.

Културата на организацията е сложна сплав от ценности, убеждения, разбирания и норми, приети и споделяни от работещите в нея. От тази сплав зависи в голяма степен тяхното професионално поведение и роля в производството на качествени болнични услуги. Каквато и да е организационната култура тя е толкова характерна за всяка отделна болница, че според някои становища не съществува „култура на организацията“, а самата организация (болницата) представлява своеобразна култура.

ГЛАВА ВТОРА. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДИКА НА ПРОУЧВАНЕТО

2.1. ЦЕЛ И ЗАДАЧИ

Целта на дисертационния труд е да се разработи концептуална рамка и работен модел на ефективна технология за организация и управление на качеството в лечебно заведение за болнична помощ по примера на МБАЛ „Медлайн клиник“ АД, отговаряща на европейските тенденции и стандарти за управление на качеството на болничната помощ и настоящото състояние на болничния човешки, финансов, технологичен и информационен ресурс.

За изпълнение на формулираната цел бяха поставени следните основни задачи:

1. Проучване и анализ на международните практики за мониториране, оценяване, управление и устойчиво развитие на качеството на болничните услуги.
2. Изучаване и анализиране на факторите, обуславящи удовлетвореността на пациентите от качеството на оказаната им медицинска помощ в лечебно заведение за болнична помощ.
3. Анализ с насоченост за оценка на мнението на началниците на отделения от лечебните заведения за болнична помощ относно необходимостта от осъвременяване на системата за управление на качеството на болничните услуги.
4. Проучване и анализиране на мнението на лекарите и на специалистите по здравни грижи, работещи в лечебни заведения за болнична помощ за:
 - ✓ организацията и управлението на качеството на приема, диагностиката, лечението и грижите за хоспитализираните пациенти;

- ✓ компетентността на болничния персонал;
 - ✓ психологичните проблеми в ежедневната професионална дейност;
 - ✓ отношенията на работното място и взаимоотношенията с ръководството.
5. Обосноваване на obligатността на връзката между качеството на човешките и материалните болнични ресурси, предлагането на качествени болнични услуги и произтичащите от това задължения на вътреболничния медицински одит.
6. Разработване на модел за организация и управление на качеството на болничните услуги в МБАЛ „Медлайн клиник” АД, основаващ се на доказателства от най-добрите световни практики.

2.2. РАБОТНА ХИПОТЕЗА

Проблемите на организацията и управлението на качеството на болнични услуги у нас, възникнали в процеса на реформата в болничния сектор на Националната здравеопазна система, са недостатъчно проучени и е необходим задълбочен, включително и сравнителен анализ на възможните подходи за тяхното решаване.

Въз основа на проучване и анализ на моделите за управление на качеството в болничната помощ и резултатите от анкетното проучване, съответно анализ и оценка на проблемите свързани с организацията и управленията на качеството в болниците ще обосновем, че:

- Усъвършенстването на организацията и управлението на болничната помощ е неотменим атрибут на интегрираната национална стратегия за подобряване здравето на хората и на технологиите за своевременна и качествена болнична диагностика, лечение и рехабилитация на болните.

- Липсата на стабилна стратегическа визия за усъвършенстване на организацията и управлението на качеството на болничната помощ е причина за честата промяна на приоритетите под влияние на конюнктурни партийно-политически и корпоративни интереси и за непрекъснатата еквилибристика от страна на изпълнителната власт, Националната Здравноосигурителна Каса и съсловните организации на лекарите и зъболекарите в хода на реформата в здравеопазването.
- Системата за управление на качеството на болничните услуги трябва да притежава компетентност и капацитет да въздейства върху неговите фактори и да осигурява системен мониторинг върху неговата динамика във съвременното лечебно заведение за болнична помощ.

2.3. МАТЕРИАЛ И МЕТОДИКА НА ПРОУЧВАНЕТО

Поставените задачи послужиха за определяне на обекта на наблюдение, логическите и техническите единици и признаците им.

Обект на изследването съгласно логиката на работната хипотеза, целите и задачите на същото, е управлението на качеството на болничната помощ.

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

Единият от компонентите включва проучване и анализ на моделите за управление на качеството в болничната помощ: акредитация, стандартите от серията International Organization for Standardization (ISO), превъзходният модел на European Foundation for Quality Management (EFQM – excellence model) и цикъла на Deming Plan-Do-Check-Act (PDCA).

Вторият компонент е анкетно проучване мнението на началниците на отделения от четирите изследвани болници относно необходимостта от политика за подобряване и устойчиво развитие на качеството в болниците и модела на финансиране и акредитацията на лечебните заведения за болнична помощ.

Третият компонент е анкетно проучване мнението на лекарите за организацията и управленията на качеството на приема, диагностиката, лечението и грижите за хоспитализираните пациенти, необходимостта от подобряване на компетентността им, отношенията на работното място и взаимоотношенията с ръководството.

Четвъртият компонент е анкетно проучване мнението на професионалистите по здравни грижи за организация и управление на качеството на приема и грижите на хоспитализираните пациенти, необходимостта от подобряване на компетентността им отношенията на работното място и взаимоотношенията с ръководството.

Петият компонент е анкетно проучване мнението на пациентите за качеството на оказаната по време на престоя им в болницата медицинска помощ и грижи и степента на защитата на правата им като пациенти.

В проучването са анкетирани 45 началници на отделения, 270 лекари, 416 професионалисти по здравни грижи и 729 пациенти.

Подборът е случаен – няма селекция на анкетираните, което дава основание да се претендира за репрезентативност на резултатите. Интервалът на доверителност при уровень на значимост $P(t) = 0.05$ дава информация за оценка точността на анализиранияте показатели.

Предметът на изследването включва компонентите, изграждащи цялостната конструкция на болничната система за управление на качеството съобразно възприетия модел: акредитация, ISO 9001:2008, EFQM-excellence model, цикъла на Deming: Plan-Do- Check-Act.

Единици на наблюдението са както следва:

Логически единици на наблюдението:

- ✓ потребителите на болничните услуги (пациентите, лекувани в болниците);
- ✓ изпълнителите на болничните услуги (началници на отделения, лекари и професионалисти по здравни грижи работещи в болниците);

Технически единици на наблюдението са:

- ✓ болниците като юридическо лице и влизащите в техния състав медицински и други структури.

Време и място на наблюдението

Анкетните проучвания са проведени от 01.07.2016г. до 31.12.2016 година на мозаичен (лотариен) принцип в МБАЛ „Медлайн клиник” АД – гр. Пловдив, Първа МБАЛ – София ЕАД, МБАЛ „Доверие” гр. София, МБАЛ „Д-р Атанас Дафовски” АД гр. Кърджали.

Методи на проучването

За събиране на необходимата информация

Използвани са следните методи в дисертационния труд:

Социологически методи:

1. *Документален метод*- систематизиране и анализиране на информацията от литературните и документалните източници. Материалите, върху които се провежда изследването са значителни по обем и обхващат съществени проблеми на организацията и управлението на качеството на болничните услуги.

Същите условно могат да се окомплектоват в пет пакета:

- ✓ Чуждестранни и български литературни източници. Това са публикувани статии, монографии, реферати и ръководства, в които се третират въпросите на организацията и управлението на качеството изобщо и в частност – на

способите за неговото теоретично осмисляне и практическо приложение в съвременната болница. Тъй като интересът към проблемите в тази област е голям, публикациите дори само по управление на несъответствията между потребностите от качествени болнични услуги и възможностите за тяхното предоставяне са значителни по брой, както в специализираните, така и в редица други издания. Литературният обзор в настоящата разработка съдържа подробен анализ на основните публикации и ръководства по изследвания проблем.

- ✓ Международни анализи и доклади, отразяващи състоянието на качеството в здравеопазването. Това са издания на World Health Organization (WHO), WORLD BANK, European Observatory on Health Care Systems и др.
- ✓ Закони и подзаконови нормативни актове. Закон за Здравето, Закон за лечебните заведения, Закон за здравното осигуряване, Закон за професионално-съсловните организации на лекарите и лекарите по дентална медицина, Закон за съсловната организация на професионалистите по здравни грижи, Наредби за критериите, показателите и методиката за акредитация на лечебни заведения, Наредби за утвърждаване на медицински стандарти и други.
- ✓ Български документални материали: националните здравни стратегии от 1997, 2001 и 2008 година; Националната стратегическа рамка за развитие на здравеопазването и подобряване здравето на нацията от 2012 година, Концепцията „Цели за здраве 2020 година”, годишни отчети на министъра на здравеопазването за състоянието на здравето на гражданите, годишници и др.

- ✓ *Собствени наблюдения и анализи на качеството на болничните услуги в МБАЛ „Медлайн Клиник” АД – Пловдив и на резултатите от управлението на несъответствията по модел, съставен на основата на някои от утвърдените в световната практика системи за управление на качеството.*
2. *Анкетен метод.* Използваният инструментариум включва четири анкетни карти:
- ✓ *Анкетна карта, предназначена за началници на отделения в обхванатите лечебни заведения за анализ на общото им организационно състояние и на техния мениджърски инструментариум за управление на качеството и на комуникациите с лекуваните пациенти. Включва 16 дихотомни въпроса, съобразени с функциите и познанията на респондентите (Приложение 1);*
 - ✓ *Анкетна карта, предназначена за лекари в обхванатите лечебни заведения за изследване на качеството на дейностите, работните условия, психологичния климат и отстраняване на причините, водещи до конфликти от организационно и управленско естество. Включва 30 дихотомни въпроса и въпроси, характеризиращи демографския профил на респондентите (Приложение 2);*
 - ✓ *Анкетна карта, предназначена за професионалисти по здравни грижи в обхванатите лечебни заведения за изследване на качеството на дейностите, работните условия, психологичния климат и отстраняване на причините, водещи до конфликти от организационно и управленско естество. Включва 20 дихотомни въпроси и демографски въпроси за респондентите (Приложение 3.).*

- ✓ *Анкетна карта, предназначена за потребителите* на медицинска помощ в лечебните заведения по проблемите на качеството на болничната помощ. Анкетната карта съдържа 24 дихотомни въпроси, както и демографски въпроси, и цели да оцени качеството на оказаната по време на болничния престой медицинска помощ и грижи и степента на защита на правата на пациента като данъкоплатец и здравно-осигурено лице (Приложение 4.).

Методи за обработка на информацията:

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

1. *Дескриптивен анализ* – представено е честотното разпределение на разглежданите признаци, разбити по групи на изследване.
2. *Вариационен анализ* – за оценка на характеристиките на централната тенденция и статистическо разсейване.
3. *Алтернативен анализ* – за сравняване на относителни дялове.
4. *Корелационен анализ* - за проверка наличието на линейна зависимост между количествени признаци.
5. *Графичен анализ* – за визуализация на получените резултати.
6. *Логическо моделиране*. Има за цел създаване на моделни конструкции за управление на качеството на болничните услуги и зависимостта на същото от ресурсния, квалификационния и морално-волевия капацитет на болницата и нейния човешки капитал.

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

За обективизиране на наблюдаваните закономерности и анализ на събраната информация е използвана комплексна методика. Показателите

са оценявани при уровень на значимост $P > 0.05$, а интерпретацията за съществуване на закономерности е извършвана при $P(t) = 0.95$.

Количествените анализи са правени със статистически пакет приложни програми - SPSS 17.0. За таблична и графична обработка и презентация са използвани продуктите на MICROSOFT OFFICE.

ГЛАВА ТРЕТА. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

3.1. ПРОУЧВАНЕ И АНАЛИЗ НА МОДЕЛИТЕ ЗА УПРАВЛЕНИЕ НА КАЧЕСТВОТО В БОЛНИЧНАТА ПОМОЩ

В основата на избор на модел за организация и управление на качеството поставихме аксиоматичното правило, че производството на болнични услуги се осъществява от медицински и други специалисти (лекари, медицински сестри, акушерки, рехабилитатори, лаборанти и др.), т.е. във всички при тяхното производство решаващ е човешкият капитал. Това, което обединява и свързва шестте фактора на качеството на болничните услуги (правен статут, специфично маркиране, професионално-етични и деонтологични норми, икономически контекст, потребителски натиск и организационна култура), техният общ субстрат е човешкият капитал и притежавания от него интелектуален капацитет. Поради това управлението на качеството на болничните услуги в последна сметка винаги е въздействие и управление на хора, а не на вещи.

По литературни данни (7, 13, 14, 18, 20) в световната практика за управление на качеството в различните отрасли на човешката дейност, в това число и в сферата на болничната помощ, най-често се използват следните четири модела: акредитация, стандартите от серията International Organization for Standardization (ISO), превъзходният модел на European Foundation for Quality Management (EFQM – excellence model) и цикъла на Deming Plan-Do-Check-Act (PDCA).

Акредитация на лечебните заведения за болнична помощ

Акредитацията е въведена и развита в САЩ през 1917г. от д-р Ернест Колдман и е била насочена към *„признаване на професионално доверие на онези хирургични институции, които реализират своите идеали с високи стандарти за качество, а на онези с по-ниски*

стандарти да се дадат препоръки за подобряване качеството на тяхната работа”. В търсене на подобрения на американския модел в някои страни се прилагат специфични способи за оценка на качеството на болничните услуги. Независимо от различията в детайлите те притежават следните общи черти:

- ✓ подлежащите на акредитация болници се оценяват от обучени експерти в регулярни интервали по установени стандарти, критерии и показатели;
- ✓ критериите, стандартите и показателите се основават на съвременни знания и опит;
- ✓ акредитационният орган присъжда степен и срок на доверие на болниците за качество на оказаните от тях болнични услуги на основата на факти за достигнатото по установени стандарти, критерии и показатели.
- ✓ докладите за констатациите включват добри и слаби страни в качеството на оказаните болнични услуги и препоръки за неговото подобряване;
- ✓ присъденото от акредитиращия орган доверие за качество на оказваните от болницата услуги е публично.

Повечето от действащите в света акредитационни програми се основават на теорията на Donabedian A. (44) за гарантиране на качеството, доказваща връзката между болничните структури, извършващи се в тях основни и спомагателни дейности и резултатите от оказаните болнични услуги.

Следва да се подчертае, че доскоро в повечето от действащите в света акредитационни програми бе включено изискването за наличие в болницата на *структури* и *дейности*, фиксирани в медицински стандарти и в акредитационни критерии и показатели. През последните години обаче все повече се налага разбирането, че акредитацията не може да изпълни очакванията на обществото, медицинската колегия и

източниците, които финансират болничната помощ, ако в акредитационната процедура не се включат и подходи за оценка на качеството на *резултатите* от оказаните болнични услуги. Ето защо целта на всяка съвременна болнична акредитационна програма е да установи не само усъвършенстване на структурите на болницата и подобряване на извършващите се в тях основни и спомагателни дейности, а както подчертава Shin Ys. (94) и на доказателствата за качество на резултатите от оказаната болнична помощ. Без съмнение, този нов подход е по-сложен и изисква специфична, в т.ч. клинична информация, за да подкрепи очакванията от подобна резултатно ориентирана организационна програма.

По света акредитацията е ясен сигнал за обществото, че качеството в болниците се оценява от хора, които разбират от:

- а) същността на здравеопазването;
- б) мястото и ролята на всяка болница в реализиране:
 - ✓ на адаптирана към пациентите политика за организиране на техния прием, обслужване, информираност и зачитане на човешките и гражданските им права;
 - ✓ на ориентирана към пациентите политика за подобряване и устойчиво развитие на качеството на болничните услуги и за превенция на рисковете при тяхното оказване;
 - ✓ на здравен и клиничен мениджмънт, основан на доказателства и отчитащ нуждите на пациентите и очакванията на обществото;

в) принципите за управление и устойчиво развитие на качеството на структурите, дейностите и резултатите в болниците.

Shaw C. (96) подкрепя възгледа, че наличието на силни и добре развити системи за лицензиране, регулиране и акредитиране на лечебни заведения за болнична помощ води до най-големи ползи за потребителите и изпълнителите на болнични услуги.

В някои страни (САЩ, Великобритания, Австралия), в които има повече от един акредитационен орган (агенция, комисия, съвет) действат различаващи се по критерии, показатели и методологии акредитационни програми. Това „пазарно” поведение на взаимноконкуриращи се акредитационни органи понякога води до объркване на болниците при избора им на акредитационна програма, а не рядко и до възникване на нелицеприятни юридически диспути между самите акредитационни органи.

В някои страни (Франция, Италия и др.) акредитацията на болниците е задължителна. В страните, в които тя е доброволна обаче (с изключение на България) са въведени стимули за акредитираните болници. Така например в САЩ болниците не могат да приемат пациенти за лечение без да минат през значителни бюрократични процедури, ако не са акредитирани от Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO). В Австралия здравно-застрахователните организации обикновено се договарят само с акредитирани болници.

Резюмирани в контекста на международния опит ползите от акредитация на болниците са:

а) *Акредитацията подобрява грижите за пациентите*

Стандартите, критериите и показателите в акредитационните болнични програми са фокусирани в една цел– подобряване качеството на болничните услуги до възможното най-високо равнище;

б) *Акредитацията засилва доверието на обществото в болниците*

Акредитацията подчертава приноса на болниците за осигуряване на качествена болнична помощ на лекуващите се в тях пациенти. Присъдената акредитационна оценка е заявка пред обществото за достигнато от болницата качество на болничната помощ. Освен това, акредитацията показва на обществото, че ако нещо се обърка в болницата, получила положителна акредитационна оценка, тя притежава

системи за регистриране и минимизиране влиянието на отрицателно действащите фактори.

в) Акредитацията провокира професионализъм при преpraщане на пациенти

Фамилните лекари и специалистите от лечебните заведения за извънболнична помощ търсят акредитационната оценка, като знак за качество, когато преpraщат пациенти към болнично лечение.

г) Акредитационният процес е и образователен

Акредитацията обединява в едно цяло оценъчни и образователни процедури. Специалистите, участващи в комисиите за външен акредитационен одит паралелно с проверките дават препоръки на болничния персонал за подобряване качеството на болничните услуги и управлението на риска.

д) Акредитационният процес стимулира работата в екип, подобрява комуникативността и етичността на персонала в болницата

Резултатно-ориентираният подход в съвременните акредитационни програми обединява болничния персонал чрез обща цел – устойчиво развитие на качеството на болничните услуги. Официалното заключение от външен орган за добре извършвана работа е признание, че стремежът за непрекъснато подобряване на качеството е израз на вътрешно осъзната необходимост на всеки работещ в болницата.

*е) Допуска се, че изградените в резултат на акредитацията системи за управление на риска и устойчиво развитие на качеството в болниците ще доведе до намаляване на разходите за болнична помощ, т.е. до минимизиране на отношението *cost/medicaleffect**

Заслужава отбелязване на факта, че литературата, подкрепяща тази интуитивна допустимост е твърдо ограничена. Използвайки непредубедени научно-изследователски критерии едно системно проучване, извършено от Jarlier A. и Chavet-Protats (65) показва, че през

периода 1992-2000г. са публикувани само 12 статии: 9 в САЩ, 1 във Великобритания, 1 във Франция и 1 в Австралия), които свързват намаляването на разходите с подобряване на качеството. От дванайсетте статии, шест се отнасят до общото качество на мениджмънта, три- за „скритите” разходи и три- за предотвратяване на неблагоприятни събития.

ж) Акредитационната оценка се ползва от здравноосигурителните и здравнозастрахователните организации

В повечето страни резултатите от акредитацията се ползват от посочените организации като условие за сключване на договори с лечебни заведения за болнична помощ. Особено подчертано е това в САЩ и Австралия.

з) Jackson S. (66) подчертава, че наблюдаващият се в последно време интерес от правителствени органи и неправителствени организации към акредитацията в много страни контрастира с миналото, когато качеството на болничните услуги беше смятано за строго специфична област на медицинския професионализъм. Този интерес в отделни страни е толкова силен, че в тях акредитацията е станала част от регулативния процес на контрол от страна на правителството и гражданското общество. Основна причина за това е, че когато пазарни структури се развиват в здравните системи, правителството и обществеността са заинтересовани потребителите да получават качествени болнични услуги, основаващи се на съвременни медицински стандарти.

и) Акредитацията може да доведе до намаляване на застрахователната премия

С подобряване (в резултат на акредитацията) на управлението на рисковете в болниците се изграждат системи за безопасна практика, водещи до намаляване на премията на застраховките. Паралелно с това редовните вътрешни одити, съчетани с периодични външни такива дават

полезна информация за своевременно отстраняване на пропуски, пораждащи жалби от пациенти или от финансиращи болницата организации.

Организиране и провеждане на акредитацията в някои страни

Акредитация в Испания – провинция Каталуня:

акредитацията е доброволен акт за болниците, желаещи да сключат финансов контракт с Каталунската публична здравна служба. Каталунското здравно министерство е отговорно за акредитацията, но влизаният в състава му акредитиращ орган, не е свързан с дирекцията, която финансира болниците. Целта на акредитиращият орган е:

- ✓ да помогне на болниците да достигнат изискваното от медицинските стандарти ниво на компетентност;
- ✓ да поощри подхода към подобряване качеството на болничните услуги в дългосрочен план.

Във Великобритания акредитацията е дело на различни органи, от които най-значителен е кралския фонд по организационен одит (King's Fund Organizational Audit - KFOA).

Освен болници, на акредитация подлежат кабинетите на семейните лекари, обществените здравни служби, центровете за сестрински грижи и др.

Алгоритъмът на акредитационната процедура включва следните етапи:

а) първоначален етап с продължителност до 1 месец и състоящ се от следните действия:

- ✓ от страна на болницата: заявка пред KFOA, формиране на пилотна работна група за всички фази на проекта, избор на координатор и запознаване на всички работещи в лечебното заведение с начинанието;
- ✓ от страна на KFOA: избор на отговорник за болницата и изпращане на наръчник за самооценяване;

- б) етап „самооценяване”, с продължителност 2-3 месеца;
- в) „корективен” етап, с продължителност 2-3 месеца, през които координатора и работната група, под методичното ръководство на КФОА контролират развитието на проекта;
- г) етап „визита” (външен одит) от КФОА с продължителност до 5 дни, завършващ със заключителен доклад;
- д) етап „вземане на решения от КФОА” за присъждане на акредитационна оценка;

В САЩ акредитацията е дело на така наречената смесена комисия по акредитация на здравеопазните организации (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations – JCAHO) и се състои от следния алгоритъм:

- а) заявление на лечебното заведение до JCAHO;
- б) планиране на посещението от JCAHO;
- в) подготовка на визитата;
- г) извършване на визитта (външния одит) от JCAHO;
- д) изготвяне на акредитационен доклад;
- е) присъждане на оценка и издаване на акредитационен сертификат.

Оценката се присъжда за период от три години. Възможни са и повторни проверки при постъпили аргументирани жалби.

Във Франция акредитацията на болничните заведения е задължителна. Нейната организация и провеждане е възложена на Национална агенция по акредитация и оценка в здравеопазването (Agence National d'Accreditation et d'Evaluation en Sante – ANAES). Това е публичен и независим орган, който е създаден със закон, а финансирането му се осигурява от държавния бюджет (104,106).

Полето на болничната акредитационна процедура обхваща (102):

- а) качеството на вътрешната организация на болницата и на нейните медицински и спомагателни структури;

- б) качеството на административния прием на пациентите;
- в) качеството на клиничните практики за диагностика, лечение, рехабилитация;
- г) качеството на грижите и храненето на пациентите;
- д) качество на болничната хигиена;
- е) сигурността и безопасността на пациентите и на болничния персонал;
- ж) воденето, защитата и обмяна на информацията в пациентската документация и др.;

Алгоритъмът на акредитационната процедура включва следните етапи:

- а) заявление на болницата до ANAES за провеждане на акредитация;
- б) изпращане от ANAES на болницата „Наръчник за самооценяване и акредитация”;
- в) самооценяване на лечебното заведение за болнична помощ и изпращане на доклад в ANAES;
- г) определяне от ANAES на експертна група за външна оценка (външен одит) на болницата;
- д) извършване от експертната група на външната оценка и изготвяне на стандартен акредитационен доклад с препоръки, които ANAES адресира до болницата и регионалния директор на здравеопазването;
- е) възможност за обжалване на констатациите на експертната група;
- ж) присъждане от ANAES на акредитационна оценка за ниво и максимален срок до 3 години.

Програмите за акредитация в различните страни са поставени под надзора на Международното общество за качество на здравните услуги (The International Society for Quality in health Care (ISQUA)). Тази

организация е основана през 1985г. от група специалисти по качество на здравните услуги. А. Donabedian оказва голямо влияние върху много от първоначалните членове на групата. ISQUA е базирана в Австралия и има членове в повече от 60 страни в света. Обществото е нетърговска организация, която се ръководи от Изпълнителен съвет, избран на всеки две години. ISQUA разработва дневния ред на водещите програми за акредитация на здравните услуги – Agenda for Leadership Programs in health Care Accreditation (ALPHA). Това е програма, чиято цел е да съгласува принципите и стандартите на схемите за акредитация на здравните услуги. Програмата ALPHA и проблемите за акредитирането на здравните услуги се обсъждат на годишни семинари, обикновено провеждани съвместно с годишната конференция на USQUA.

Целите на програмата ALPHA са:

- ✓ да демонстрира в международен мащаб, че акредитацията е надежден оценъчен процес;
- ✓ да демонстрира, че външната обективна оценка на дадена акредитираща организация е възможна и желателна и че има средства за нейното осъществяване;
- ✓ да отговори на непрестанната необходимост от наличие на организационна структура, чрез която могат да бъдат споделени знанията и опита относно акредитацията.

*

Д-р А. Шишкова (23) подчертава, че сред анализаторите от много страни се утвърждава възгледът, че системата за акредитация се оказва не само най-добрият инструмент за оценка и подобрене на качеството на болничните услуги, но създава и предпоставки за постигане на общосистемен ефект – позволява агрегиране на информацията за националната здравна система, за нейните недостатъци и проблеми, т.е. разкрива насоки и възможности за тяхното отстраняване и разрешаване.

Управление на качеството на болничните услуги по ISO 9001:2008 като интегрална част от серията International Organization Standartization

Международният стандарт ISO 9001:2008 за управление на качеството има за цел да фокусира вниманието на ръководствата на болничните заведения и на началниците на техните медицински и немедицински структури към подобряване и устойчиво развитие на качеството на процесите, произтичащи от предмета на тяхната дейност. Във връзка с това при изграждането, внедряването и осъществяването на *Система за управление на качеството (СУК)* на болничните услуги е необходимо да се отчита, че:

1. Основна цел на всяко болнично заведение е:

- а) да определи и посрещне по най-добрия начин потребностите на своите пациенти и на другите заинтересовани страни (собственици, финансиращи органи и организации, общество);
- б) да постигне конкуриращо се предимство и да направи това по ефективен и лоялен начин;
- в) да подобрява и поддържа качеството на способностите си в тяхната цялост.

2. Изборът на подходящи интервенции, свързани с качеството, както и степента до която те могат да бъдат адаптирани и приложени във всяко конкретно болнично заведение, се влияе от такива фактори, като:

- а) неговата големина и структура;
- б) пазарът, който то обслужва;
- в) ресурсите (човешки, технологични, финансови), които то притежава.

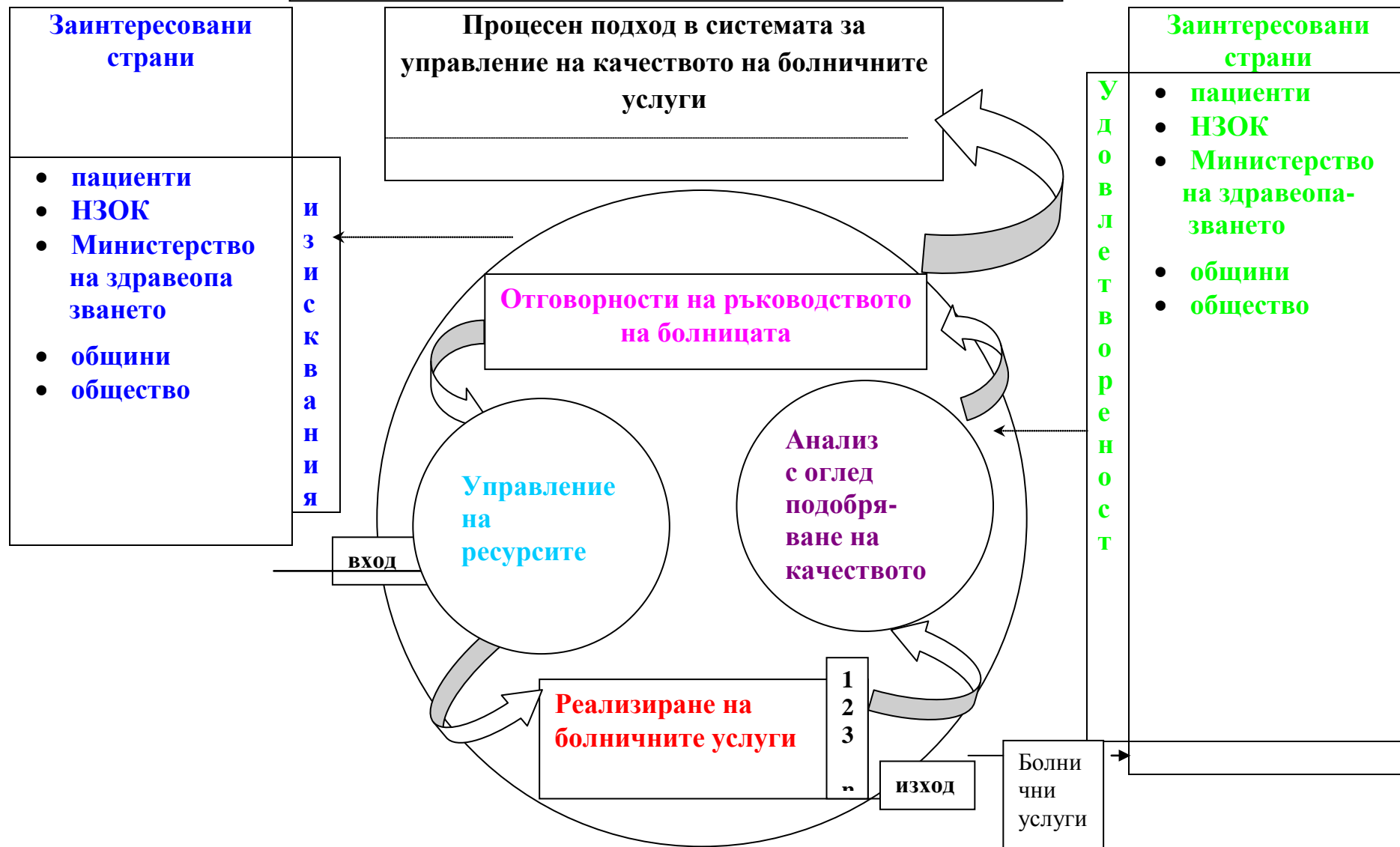
Няма съмнение, че отчитането на посочените обстоятелства при конструиране на СУК ще осигури не само директни ползи на болничното заведение, но ще бъде и важен принос към управлението на рисковете при неговото функциониране.

Международният стандарт ISO 9001:2008 насърчава възприемането на процесен подход в управлението на качеството на болничните услуги, изхождайки от принципната постановка, *че всяка дейност в която са вложени ресурси, които тя превръща в резултати, се счита за процес.*

Ефективното функциониране на болничното заведение предполага да се определят и управляват многобройни вътрешно свързани процеси. Често приносът на даден процес директно се проектира върху качеството на следващия процес. Ето защо системното определяне и управление на процесите, използвани в болничното заведение, както и взаимодействията помежду им се определя като „*процесен подход*”.

На фиг. 3 е представена концептуална илюстрация на процесния подход по ISO 9001:2008 за качество на болничните услуги. От същата е видно, че пациентите и другите заинтересовани страни изпълняват главна роля при дефинирането на изискванията и че мониторирането на удовлетвореността им е необходимо, за да се оцени дали са посрещнати тези изисквания. Този модел не отразява процесите в детайли, но покрива цялото съдържание на международния стандарт ISO 9011:2008.

Фигура 3. Процесен подход по ISO 9001:2008 за качество на болничните услуги



Необходимо е да се подчертае, че управлението на процесите включва постигането на стабилност, способност и прицелване. Това е особено важно за управлението на текущите проблеми, установени при контрола върху качеството на диагностичните и/или на лечебните дейности и на системите за грижи на болните.

Проблемите на качеството на болничните услуги, на което и да е болнично заведение не могат да бъдат решени чрез изолирани по време и място мениджърски интервенции, а чрез формиране на нова философия по цялата изпълнителска верига: Директор (управител) → главна медицинска сестра → началници на отделения (клиники), лабораторни и немедицински структури → лекари, медицински сестри (акушерки, лаборанти, рехабилитатори) → помощен персонал. Ето защо в сърцевината на тази философия трябва да се поставят следните императиви:

- ✓ недопускане на дефекти в диагностично-лечебния процес и в грижите за болните;
- ✓ насочване на вниманието преди всичко към превенция на грешките, а не към тяхната корекция;
- ✓ поставяне на акцент върху непрекъсваемостта на мониторинга, анализа и оценката на качеството във всички медицински и спомагателни структури и процеси;
- ✓ постоянно обучение на персонала по въпросите на качеството;
- ✓ постоянно действащ механизъм, отчитащ удовлетвореността на пациентите от оказаната им медицинска помощ.

СУК на болничното заведение трябва да оперира не толкова с данни от традиционни отчети за количество извършени дейности и на техни отделни качествени нюанси, а преди всичко с анализи от вътрешните оценки на качеството извършени от представители на

различни дисциплини: клиницисти, икономисти, статистици. Този подход трябва да се основава на широка гама от наблюдения, които ще дадат възможност да се извлича полза, както от естествените вариации в параметрите на извършващите се в болничното заведение дейности, така и анализи, които генерират хипотези и изследват смисъла на променливите, изведени от количествените характеристики.

В този смисъл СУК на ISO 9001:2008 позволява да се обедини набора от съществуващите дейности по самооценяването, периодичния вътрешен одит и проверките на лечебно-контролната комисия в единно цяло, включващо в себе си оценка и осигуряване на качество на прилаганите в лечебните заведения диагностични и лечебни технологии и системи за грижи на болните.

Тъй като поредицата и взаимодействието на тези технологии и системи са насочени към постигане на качествени резултати, налага се мениджърският екип на болничното заведение:

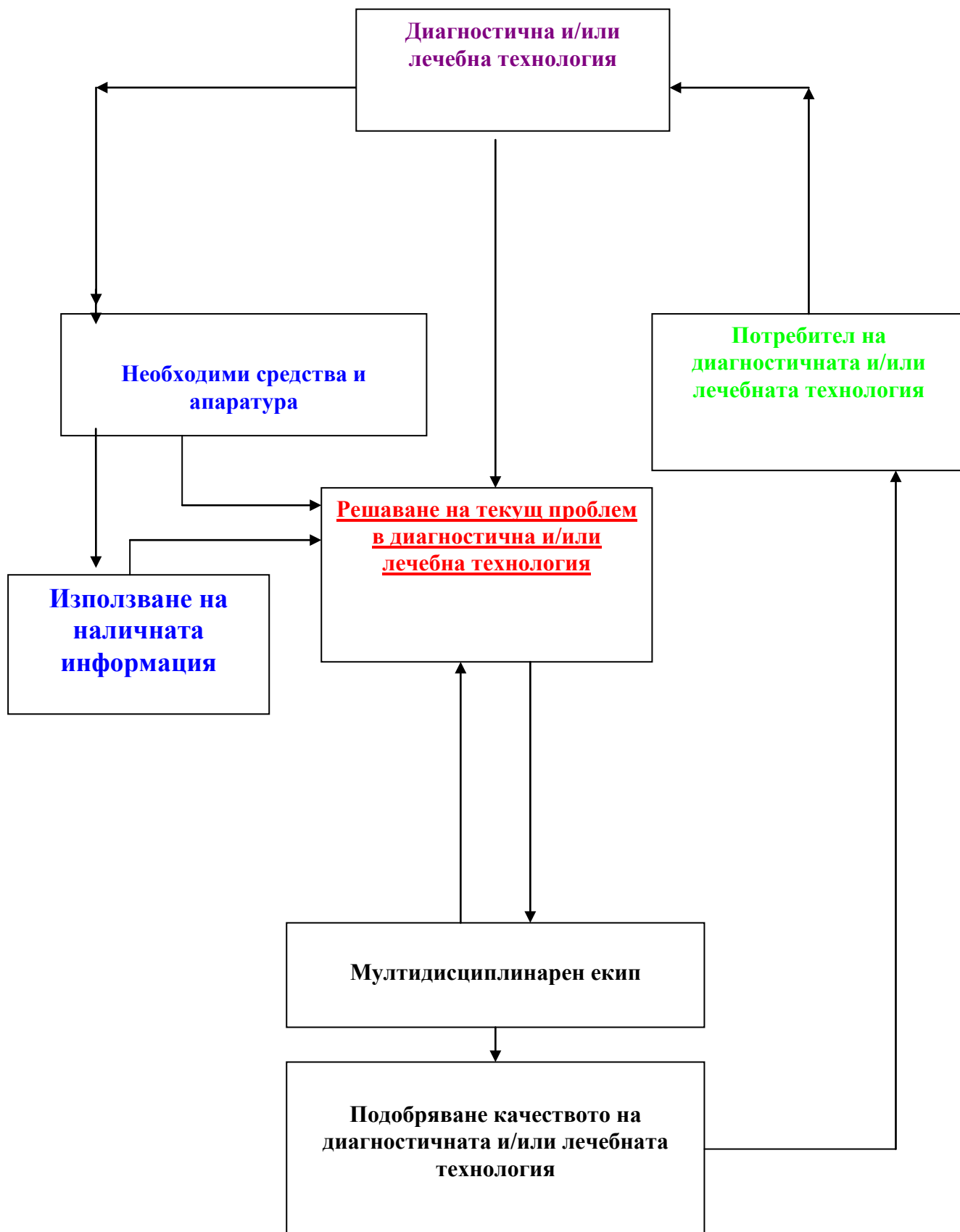
- ✓ да дефинира ясно мероприятията и преследваните резултати, а така също и механизмите за контрол на тяхното изпълнение;
- ✓ да разработи стратегии за управление на основата на периодично извършван STEP анализ и SWOT анализ;
- ✓ да мониторира взаимодействието между отделните процеси.
- ✓ да създаде условия за лесно комуникиране между медицинските структури на болничното заведение, пациентите и другите заинтересовани страни.
- ✓ да осъществи тотално участие на човешкия потенциал на заведението в изпълнението на Системата за управление и устойчиво развитие на качеството по всички направления на извършващите се в него дейности.
- ✓ да отчита постиженията и слабостите на ефекта от медицинската помощ пред крайните потребители и обществото.

- ✓ да се придържа към изискванията на международния стандарт ISO 9001:2008 за цикличност на процедурите при мониторирането и оценяването на качеството, както на цели проблемни функционални области от дейността на заведението (фиг. 4) така и на качеството на конкретни диагностични и/или лечебни технологии (фиг. 5)

Фигура 4. Цикличност на самооценките и вътрешните проверки
Източник: Л. Иванов (11)



Фигура 5. Цикличност на процедурите при мониторирането и оценяването на качеството на конкретни диагностични и/или лечебни технологии



Придържането към цикличния подход при оценката на качеството ще позволи по-детайлно да се осъществява:

- ✓ подборът на проблемната област за оценка в съответствие с изпълняваните медицински стандарти и критериите за акредитация;
- ✓ осъзнаването и идентифицирането на проблема, т.е. идентифицирането на проблемните точки от областта, подбрана за оценка и тяхното място в трикоординатната система: качество на условията, качество на процесите и качество на резултатите;
- ✓ разрешаването на проблема, т.е. генериране и прилагане на най-добри подходи за разрешаване на проблема;
- ✓ повторната оценка, т.е. установяването до каква степен решенията са били правилни.

Този цикъл следва да се задейства винаги, когато в болничното заведение възникне назрял проблем. Същественото в такива случаи трябва да бъде разкриването на противоречията, стоящи в основата на проблема и които го възпроизвеждат в процеса на медицинската помощ.

Използването на СУК на болничните услуги на ISO 9001:2008 изисква от ръководството на болницата, с помощта на външни експерти да разработи и внедри в управленската практика на заведението следните задължителни документи и съдържащите се в тях изисквания:

А. Наръчник за управление на качеството по ISO 9001:2008 включващ следните клаузи:

1. Същност, обхват и обща характеристика на международния стандарт за управление на качеството в здравеопазването (ISO 9001:2008 – 1);
2. Нормативни документи за качество в здравеопазването (ISO 9001:2008 – 2);
3. Термини и определения (ISO 9001:2008 – 3);

4. Изисквания на международния стандарт към Системите за управление на качеството на здравните услуги (ISO 9001:2008 – 4):

- 4.1. общи положения;
- 4.2. изисквания към документацията;
- 4.3. изисквания, произтичащи от принципи.

5. отговорности, свързани с управлението на качеството (ISO 9001:2008 – 5):

- 5.1. конкретни ангажименти на ръководството на лечебното заведение;
- 5.2. потребности и очаквания на потребителите на здравни услуги в контекста на Системата за управление на качеството;
- 5.3. формулиране на политиката по качеството;
- 5.4. планиране на задачите в Системата за управление на качеството;
- 5.5. администриране на Системата за управление на качеството;
- 5.6. прегледи на системата за управление на качеството.

6. Управление на ресурсите в контекста на Системата за управление на качеството (ISO 9001:2008 – 6):

- 6.1. инфраструктурата и работната среда в лечебното заведение;
- 6.2. хората (персонала) на лечебното заведение;
- 6.3. информацията;
- 6.4. финансите.

7. Реализация на процесите за подобряване на качеството (ISO 9001:2008 – 7):

- 7.1. планиране на реализацията на процесите;
- 7.2. процеси, свързани с изискванията на потребителите на здравни услуги;
- 7.3. изисквания за въвеждане на нови процеси (дейности);

7.4. доставка на продукти и външни услуги, необходими за функционирането на лечебното заведение;

7.5. операции по осъществяване на здравните услуги;

7.6. контрол върху измервателната техника.

8. Наблюдение, измерване и анализ на подобренията в качеството на здравните услуги (ISO 9001:2008 – 8):

8.1. планиране на наблюдението, измерването и анализа на подобренията в качеството;

8.2. провеждане на мониторирането и измерването;

8.3. контрол на несъответствията;

8.4. анализ на данните от подобрението на качеството;

8.5. продължително подобрене (устойчивост в развитието) на качеството.

Б. Списъци на:

1. документите, които се ползват в управленската и изпълнителската практика на болницата;

2. записите, които подлежат на съхранение със срокове и отговорници.

В. Процедури за управление на:

1. документите (процедура 04.01);

2. записите (процедура 04.02);

3. вътрешните одити (процедура 08.01);

4. несъответствията (процедура 08.02);

5. коригиращи действия (процедура 08.03);

6. превантивните действия (процедура 08.04).

Управление на качеството на болничните услуги по *Превъзходния модел на European Foundation for Quality Management (EFQM – Excellence model)*

Съгласно подробната информация, почерпена от авторитетни литературни източници (51) и (52) *Превъзходния EFQM модел за управлението на качеството на болничните услуги* се основава на 9 критерия, от които 5 са „*предпоставки – средства*” и 4 – „*резултати*”. Всеки от тях има определение, което точно обяснява неговото значение и оценъчни точки, отразяващи степента на достигнатото (изпълнението му).

Петте критерия „ предпоставки – средства” са както следва:

A. Лидерство

Придържайки се към изискванията на EFQM модела ръководството на болницата трябва да разработи и документално да потвърди готовността си да внедри този модел като приоритетна част на цялата управленска конструкция на заведението. Необходимо е тази приоритетност да бъде подкрепена от ефикасно реструктуриране на болницата, от ясно формулиране на нейните и на влизащите в състава ѝ структурни цели, приоритети и задачи, и от въвеждане на съвременни методи и средства за надеждно ръководство и контрол на тяхното изпълнение.

Съдържанието и организационният дизайн на Превъзходния модел EFQM налага постоянно лидерство в анализирането и решаването на множество и различни по характер проблеми, които са от съществено значение за качествено протичане на онези процеси в болницата, които са свързани с основните ѝ функции. В този контекст особено значение придобива системният лидерски анализ (от позициите на организационната диагностика, организационното проектиране и работа в културния слой на болничната организация) на следните три проблема:

1/организационна координация;2/ решаване на организационни конфликти и 3/новаторски организационни промени.

Изпълнението на изискванията на този критерий носи до 100 оценъчни точки.

Б. Политика и стратегия

В съответствие с EFQM модела медицинският съвет на болницата трябва да обсъди и да утвърди „Политика по качеството” като интегрална част на Програмата за нейното развитие и управление. При определяне на политиката по качеството болничното ръководство трябва да вземе предвид следните императивни изисквания:

- ✓ очаквано или желателно ниво на удовлетвореност на пациентите;
- ✓ потребност и очаквания на други заинтересовани страни (здравно-осигурителни и здравно застрахователни организации, държава, общество);
- ✓ възможности за устойчиво развитие на качеството;
- ✓ необходими финансови, материално-технически, човешки и информационни ресурси за поддържане качеството на високо ниво;
- ✓ степен на готовност на работещите в болницата за тотално включване в изпълнение на политиката за подобряване и устойчиво развитие на качеството.

При разработването на стратегията за развитие, дейност и управление на болницата трябва да се придържа примерно към следния алгоритъм:

- ✓ формиране на мисията, основните цели и приоритетите;
- ✓ анализ на средата, в която ще се реализира стратегията;
- ✓ избор на стратегически задачи;
- ✓ концепция за функциите и структурата на болницата и техните технологични параметри;

- ✓ потребности от персонал, апаратура и други материални ресурси;
- ✓ финансиране на извършваните болнични услуги;
- ✓ информационно осигуряване, организиране и провеждане на маркетингови и бенчмаркингovi проучвания;
- ✓ необходими капиталовложения;
- ✓ избор на математически модел, отчитащ оптимално време (срокове) за изпълнение на стратегията

Изпълнението на изискванията на този критерий носи 80 оценъчни точки.

В. Персонал на болницата

Болничното ръководство трябва да се придържа към максимата, че най-важният компонент на комплекса от обективни условия за реализиране на качествени болнични услуги е човешкият фактор.

Изборът и назначаването на лекари, професионалисти по здравни грижи и друг персонал трябва да се извършва на основата на изискващите се за съответната длъжност образователна степен, практически опит, делови и морално-волеви качества. Изискуемите за всяка длъжност компетентност и квалификация трябва да бъдат подробно записвани в длъжностни характеристики. Освен това болничното ръководство трябва да провежда политика по отношение на персонала, основаваща се на триадата:

- ✓ прецизен качествен подбор на всички новопостъпващи служители;
- ✓ полагане на грижи за непрекъснато повишаване на квалификацията на всички служители;
- ✓ осигуряване на оптимални информационни, психологически и материални условия за качествена изява на професионализма на всеки служител;

Изпълнението на изискванията, съдържащи се в този критерий носи 90 оценъчни точки.

Г. Партньорство и ресурси

Болничното ръководство трябва да определи изискванията, които трябва да се спазват между него и партньорите при осъществяване на процеса „закупуване на продукти и външни услуги” в уверение на това, че удовлетворяват, както техните виждания и потребности, така и тези на други заинтересовани страни. Изискванията трябва да се вписват изцяло в класическата мениджърска схема: планиране – договаряне – заявяване – доставяне на необходимия продукт или услуга, необходими за извършващите се в болницата дейности.

Изпълняването на изискванията, съдържащи се в този критерий носи 90 оценъчни точки.

Д. Процеси, свързани с потребителите на услугите, предоставяни от болницата

Те могат да се систематизират в две големи групи, както следва:

- ✓ процеси за определяне изискванията на потребителите на болнични услуги;
- ✓ процеси, свързани с проектиране и внедряване на болнични услуги, състоящи се от:
 - процеси, свързани с определяне на входните елементи на проектирането;
 - процеси, свързани с определяне на изходните елементи на проектирането;
 - процеси, свързани с прегледа, проверката и потвърждаването на проектирането.

Изпълняването на изискванията, съдържащи се в този критерий носи 140 оценъчни точки.

Четирите критерия „резултати” са както следва:

А. Резултати по отношение на потребителите на болнични услуги

Болничното ръководство в лицето на директора (управителя) и началниците на отделения, лаборатории и административно-стопански структури трябва да изпълняват изцяло и точно всички клаузи на Превъзходния модел за управление на качеството EFQM, тъй като това ще доведе до пряко удовлетворение на потребителите на болнични услуги от настоящите и бъдещите им потребности и очаквания.

Още в началото на функционирането на модела трябва да се положат усилия за надхвърлянето на тези очаквания като резултат на утвърдилото се разбиране, че изискванията за качество на болничната услуга включва и такива нейни параметри като достъпност, надеждност, начин на предоставяне, мероприятия след реализиране на услугата, цената и другите разходи, свързани с нея.

Изпълняването на изискванията, съдържащи се в този критерий носи 200 оценъчни точки.

Б. Резултати по отношение на персонала

Тук на преден план изпъква идеята за включване на всички работещи в болницата в движение за „тотално качество“. В случая е важно да се поставят следните два въпроса:

- ✓ може ли качеството на болничните услуги да се ръководи със стари управленски лостове, т.е. с проверки и контрол?
- ✓ ако зад качеството стоят поведението и отношението на всички работещи в болницата, могат ли те да бъдат мобилизирани със стария метод на „тоягата и моркова“?

Ясно е, че отговорът на тези два въпроса не може да бъде друг, освен отрицателен.

Във връзка с това трябва да се използват всички възможности, които предоставя модела EFQM, чрез който провежданата от болничното ръководство политика по качеството се издига до начин на мислене и действие на всички служители.

По същество болничната дейност е съвкупност от процеси. При тази постановка целта „повече удовлетворени потребители на болнични услуги” води след себе си до качествени действия на всички болнични служители с всички произтичащи от това морални и материални стимули.

Изпълняването на изискванията, съдържащи се в този критерий носи 90 оценъчни точки.

В. Резултати по отношение на обществото

Болницата трябва да използва източници за своевременна, достатъчна и вярна потребителска информация с оглед получаване на полезна представа чрез „гласа на потребителите”, както за степента на тяхната удовлетвореност от оказаните им болнични услуги, така и за конкурентноспособността на болницата на целевите здравни пазари. Източници на информация за обществената удовлетвореност, идентифицирани и ползвани от болничното ръководство за целите на управлението на качеството по модела EFQM следва да бъдат:

- ✓ директните комуникации с потребителите на болнични услуги;
- ✓ оплаквания в сигнали и жалби от потребители;
- ✓ проведени анкети с потребители, чрез писмени въпросници;
- ✓ организирани от болничното ръководство обсъждания с фокусни потребителски групи;
- ✓ докладите на пациентски организации;
- ✓ репортажите в средствата за масово осведомяване;

Изпълняването на изискванията, съдържащи се в този критерий носи 60 оценъчни точки.

Г. Ключови резултати от дейността на болницата

Ръководството на болницата трябва да отдаде особено значение на коректното документиране на всички установени несъответствия

заедно с диспозицията им с оглед осигуряване на необходимите данни при формулирането на управленски решения за техния „арест“.

Системата за управлението на качеството по Превъзходния модел EFQM гарантира, че болницата, в която е внедрена, притежава и предлага организационен инструментариум за идентифициране и контрол на онези от предоставяните от нея услуги, които не съответстват на изискванията за качество, за да се:

- ✓ предотврати пускането им в употреба;
- ✓ потвърди след тяхното коригиране, че те вече са съвместими с изискванията за качество и че могат да бъдат пускани в употреба;
- ✓ предприемат необходимите мерки за отстраняване на негативните последици, ако те са били пуснати в употреба.

Изпълняването на изискванията, съдържащи се в този критерий носи 150 оценъчни точки.

Управление на качеството на болничните услуги по модела Plan- Do-Check-Act (PDCA) известен като „цикъл на Deming“

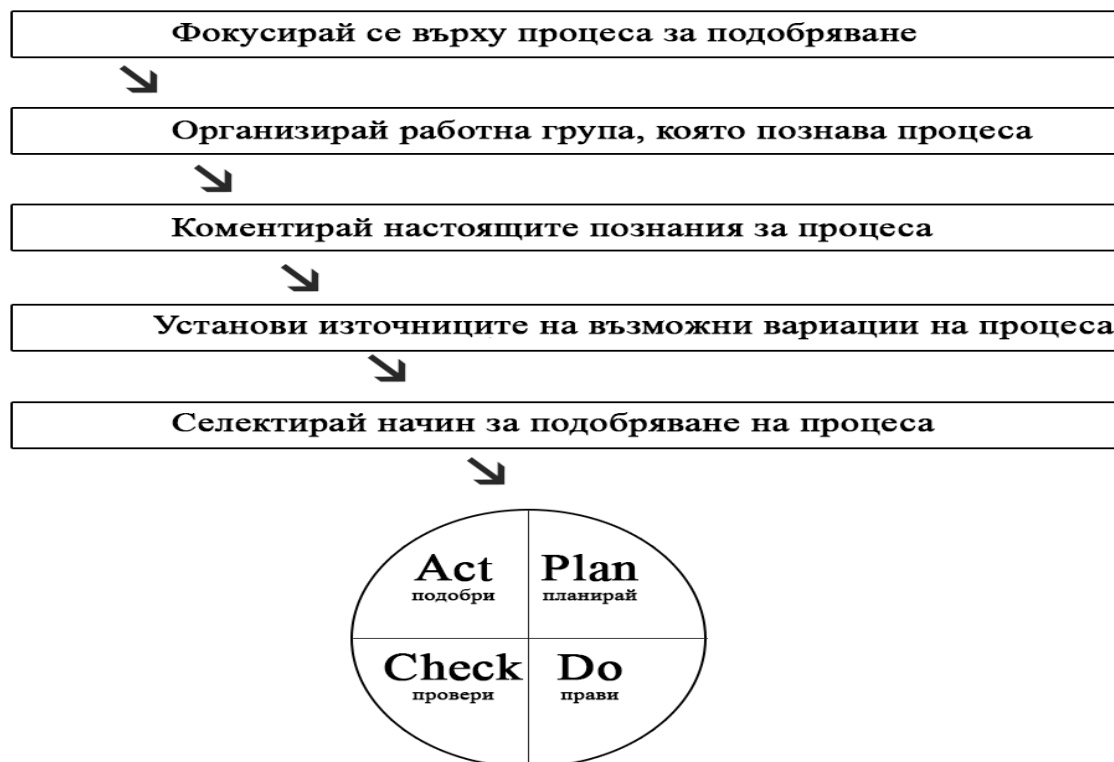
Дори оскъдна, литературата за управление на качеството на болничните услуги по този модел, е впечатляваща със своята актуалност, акуратност и перспективна мениджърска значимост. В този смисъл заслужават внимание, както публикациите на самия Deming W. (45 и 46), така и на неговите български агенти в лицето на Попов М. (21) и Димова А. (6).

Основополагаща теза в модела PDCA (планирай – прави – провери – подобри) е, че всеки управленски процес се развива циклично, започвайки с планирането и завършвайки с контрола и подобряването. Първоначално този модел е въведен в Япония, а след това в САЩ и

други страни. По-късно цикълът на Деминг се съчета с подхода „фокус“, който в същност е predisпозиция на модела PDCA.

Фигура 6. Управление на качеството на болничните услуги по модела на Deming

Фокус-”Планирай-Прави-Провери-Подобри”



Подходът „фокус“ включва следните етапи:

Фокусирай се върху процес за подобряване на качеството

Организирай работна група, която познава процеса

Коментирай настоящите познания за процеса

Установи източниците на възможни вариации на процеса

Селектирай начин за подобряване на процеса на качеството

След като се изпълнят етапите на „фокус“ се пристъпва към последователните фази на PDCA. В български превод тази последователност би могла да се нарече „цикъл на четирите A“:

Планирай

Прави

Провери

Подобри

Нагледно двата подхода в тяхното съчетание имат конфигурация, посочена на фигура 6.

За управление на качеството на болничните услуги по модела Deming е необходимо 6-те фактора на качеството, посочени по-рано в литературния обзор, да се съчетаят с фазите на управленския цикъл. За тази цел е уместно ползване на матрична форма, позволяваща симетрично представяне на управленските фази с факторите на качеството (Табл. 1)

Таблица 1. Матрична форма за съчетаване на управленския цикъл на Deming с фактори на качеството

Фактори на качеството	Фази на управленския цикъл по Deming W.			
	Планиране	Извършване	Проверка	Подобряване
Правен статус и правно нормиране на качеството				
Специфично нормиране на качеството				
Професионално етични и деонтологични норми на качеството				
Икономически контекст на качеството				
Потребителски натиск върху качеството				
Организационна и управленска култура на лечебното заведение за болнична помощ				

Използването на тази матрична форма дава възможност винаги да се съобразяват, както всички фактори на качеството, така и

възможностите за тяхната диспозиция във всяка от фазите на управленския цикъл на качеството. Във всички случаи обаче подчертават М. Попов и А. Димова трябва да се имат предвид онези действия, които трябва да осъществи самата болница. Това включва:

- ✓ какво трябва да се промени във вътрешното правно регламентиране на устройството и дейността на болницата?
- ✓ какви вътрешни стандарти (клинични протоколи, правила и др.) ще бъдат разработени?
- ✓ какво ще бъде участието на Българския Лекарски Съюз, Съюза на професионалистите по здравни грижи, на синдикалните организации в болницата по спазването на етичните и деонтологичните норми?
- ✓ какво ще се направи във връзка с икономическия контекст на качеството?
- ✓ известни ли са как се проследяват потребителските (пациентските) изисквания към качеството?
- ✓ какъв израз ще намери сложния въпрос на организационната и управленската култура на болницата?

Всеки от тези въпроси трябва да намери място, както в планирането, така и в ежедневно оперативното управление на болницата.

Европейски организации имащи отношение към управлението на качеството на болнични услуги

Европейската организация по качеството (European Organization Quality = EOQ). Сдружение „Клуб 9000” в своя бюлетин 22/2007 (9) информира, че тази организация работи съвместно с други сдружения за европейско сътрудничество, за да промотира доброто управление на качеството.

Визията на EOQ се базира върху принципи, които отнесени към качеството на болничните услуги се състоят в следното:

а) *диверсификацията на болничните услуги* е източник на преимущество, което за Европа е:

- ключов фактор за бъдеща конкурентност на пазарите за здравни услуги;

- същност на конкурентността между болничните заведения;

- база за иновации в сферата на болничната помощ;

б) *„заедно страните от Европа могат да постигнат повече”*. Това може да се реализира посредством:

- сътрудничество между болниците в противовес на конкуренцията;

- взаимодействие между европейските страни по всички координати на болничната помощ;

- партньорство в европейското здравеопазно пространство, като висша форма на доверие;

в) *изграждане на бъдеще в сферата на болничната помощ* чрез умножаване на постигнатите до сега резултати, тъй като:

- Европа е лидер в разработването на високотехнологични системи, методи и средства за болнична помощ;

- европейското общество осъзнава и идентифицира нуждата от разширяване на постигнатите успехи в социално ориентираната болнична помощ;

- толерантността и зачитането на индивидуалните национални традиции в здравеопазването е основен принцип при функционирането на всички европейски болнични системи;

Европейско общество за качество в здравеопазването (European Society for Quality in Healthcare = ESQH)

Европейското общество за качество в здравеопазването представлява мрежа от национални общества, посветени на качеството в здравеопазването на национално и международно равнище. То е основано от група от настоящи и бивши президенти на национални

общества за качество на здравните услуги в Европа под покровителството на ISQUA. Постигането на неговите цели се осъществява чрез съвместни мероприятия в мрежата и в асоциация с други европейски организации, обвързани с оценка на здравето и качеството на здравните услуги.

***Постоянен комитет на болниците от Европейския съюз
(Standing committee of the Hospitals of the European Union = HOPE)***

Членовете на комитета са националните асоциации на болниците в страните от Европейския съюз. Управата се намира в Leuven, Белгия. През м. юни 2000г. пленарната асамблея на HOPE прие документ, съдържащ перспективите относно управлението на качеството на болничните услуги. Целта на този документ е осигуряване на информация относно общите принципи, свързани с качеството, управлението на качеството и предизвикателствата пред качеството на болничната помощ.

3.2. АНАЛИЗ И ОЦЕНКА НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ АНКЕТНОТО ПРОУЧВАНЕ НА НАЧАЛНИЦИ НА ОТДЕЛЕНИЯ

Въпросникът за началниците на отделения съдържа 16 въпроса, разделени в два тематични раздела:

- 1) Необходимост от политика за подобряване и устойчиво развитие на качеството в болниците;
- 2) Организация на болничната помощ.

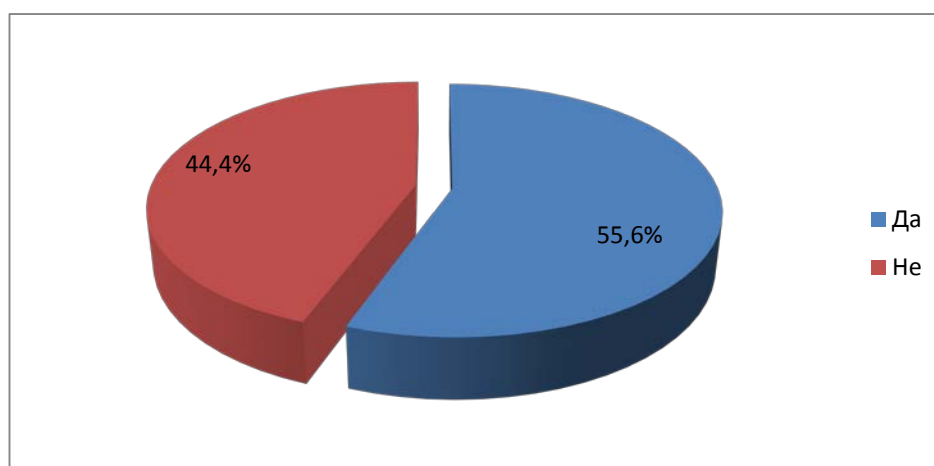
Социо-демографски характеристики на началниците на отделения

Анкетирани са 45 началника на отделения в МБАЛ „Медлайн клиник” АД – гр. Пловдив, Първа МБАЛ – София ЕАД, МБАЛ „Доверие” гр. София, МБАЛ „Д-р Атанас Дафовски” АД гр. Кърджали. От тях 35 са на възраст до 50 години и десет - над 50 години. 35 от респондентите заемат тази длъжност под 5 години, петима - между 5 и 10 години и петима - над 20 години.

Необходимост от политика за подобряване и устойчиво развитие на качеството в болниците

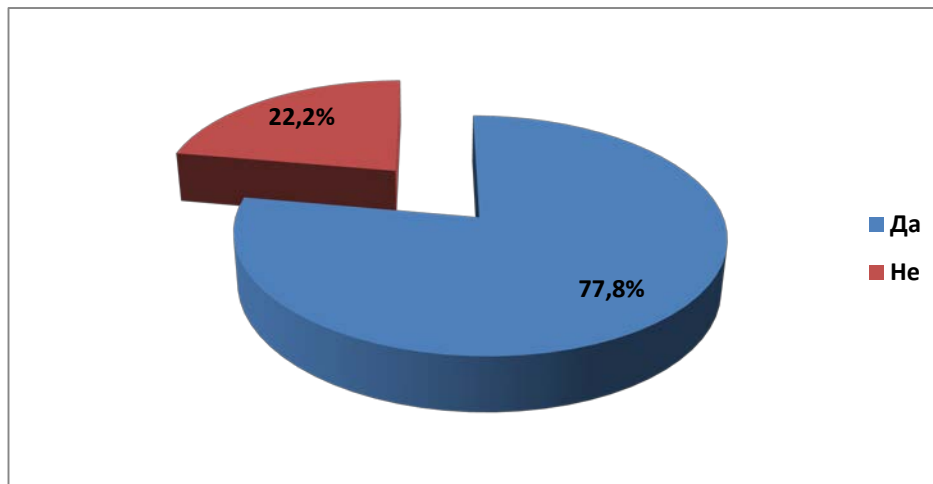
Въпросите във връзка с необходимостта от ясно формулирана и последователно провеждана, ориентирана към пациентите политика за подобряване и устойчиво развитие на качеството в болниците по мнението на началници на отделения е представено на фигури 7-16.

Фигура 7. Честота на разпределение на анкетираниите началници на отделения според необходимостта от усъвършенстване на организацията на приема на пациентите в болницата



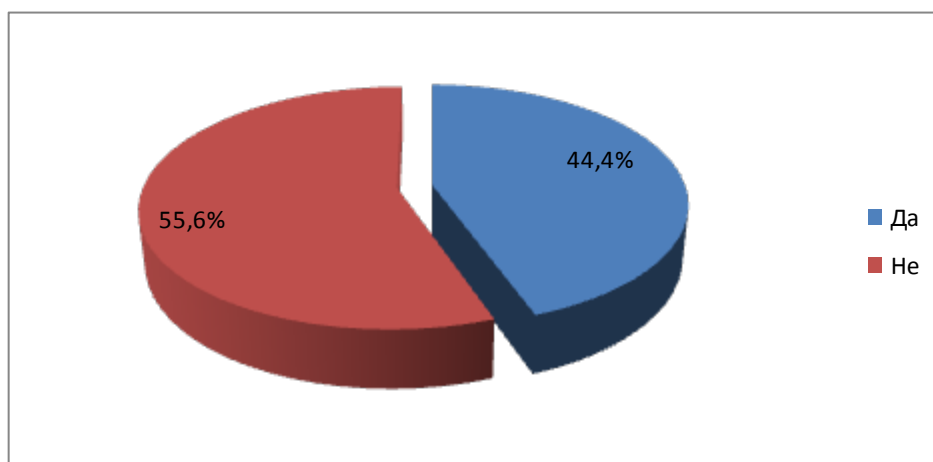
Според малко повече от половината /55,6%/ от анкетираниите началници на отделения организацията на приема на пациенти в болницата се нуждае от усъвършенстване. (Фиг. 7)

Фигура 8. Честота на разпределение на анкетираниите началници на отделения според необходимостта от усъвършенстване на организацията на диагностичните и лечебните дейности и на грижите за болните



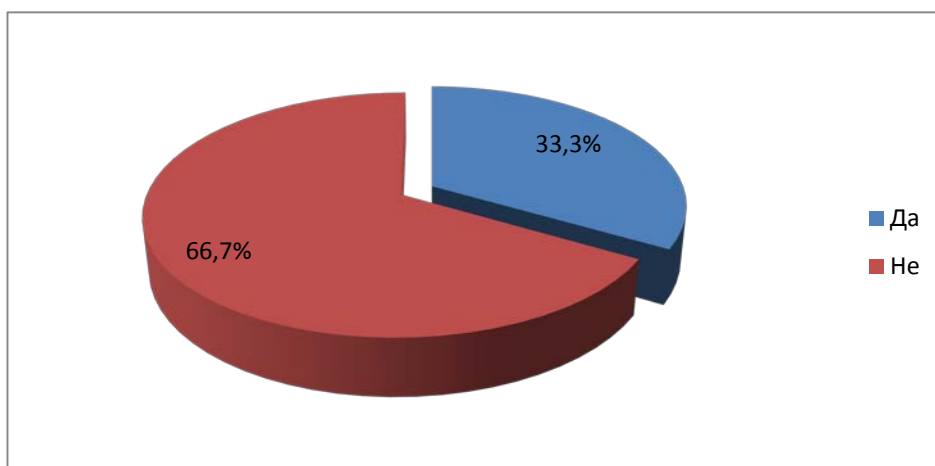
Повече от три четвърти /77,8%/ от анкетираниите началници са на мнение, че е необходимо усъвършенстване на организацията на диагностичните и лечебните дейности в болницата, в която работят. (Фиг. 8) Високото качество на предоставяните медицински услуги в сферата на болничната помощ предполага непрекъснато оптимизиране на организацията.

Фигура 9. Честота на разпределение на анкетираниите началници на отделения според необходимостта от усъвършенстване на организацията, съдържанието и управлението на пациентското досие



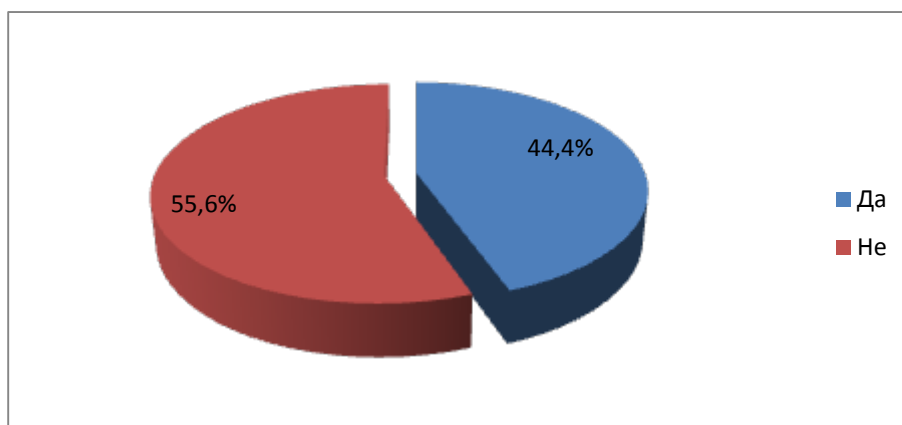
Почти половината /44.4%/ от анкетираниите намират за необходимо усъвършенстване на съдържанието и управлението на пациентското досие. (Фиг. 9) Управлението на информационните потоци също е съществен компонент на качеството в болничната помощ.

Фигура 10. Честота на разпределение на анкетираниите началници на отделения според необходимостта от усъвършенстване на превенцията на лекарствения, анестезия и хемотрансфузионния риск



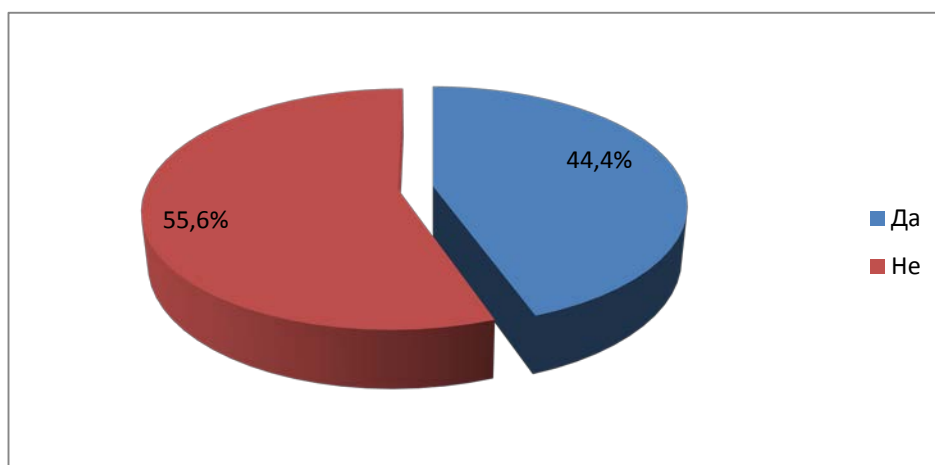
Около една трета /33.3%/ от анкетираниите намират за необходимо усъвършенстване на усъвършенстване на превенцията на лекарствения, анестезия и хемотрансфузионния риск. (Фиг. 10)

Фигура 11. Честота на разпределение на анкетираниите началници на отделения според необходимостта от усъвършенстване на системата за превенция на злоумишлени действия, за контрол на професионалните рискове и създаване на добра организация за материална бдителност



Двадесет /44.4%/ от анкетираниите началници на отделения намират за необходимо повишаване на сигурността и контрола на професионалните рискове в клиниката. Същият брой смятат, че мониторингът на вътреболничните инфекции трябва да бъде усъвършенстван. Качеството и безопасността на медицинската помощ са пряко свързани с намаляване честотата на вътреболничните инфекции, както и с ограничаването на разпространението на антимикробната резистентност, за което са приети съответни стандарти.

Фигура 12. Честота на разпределение на анкетираниите началници на отделения според необходимостта от усъвършенстване на наблюдението, превенцията и контролирането на риска от вътреболнични инфекции



Вътреболничните инфекции (ВБИ) са актуален проблем за съвременното здравеопазване.

Ежегодно в Европа от нозокомиални инфекции заболяват над 4 милиона души. Статистиката в България показва около 10 000 регистрирани случаи годишно, но реалната им бройка вероятно е 4-5 пъти по-висока.

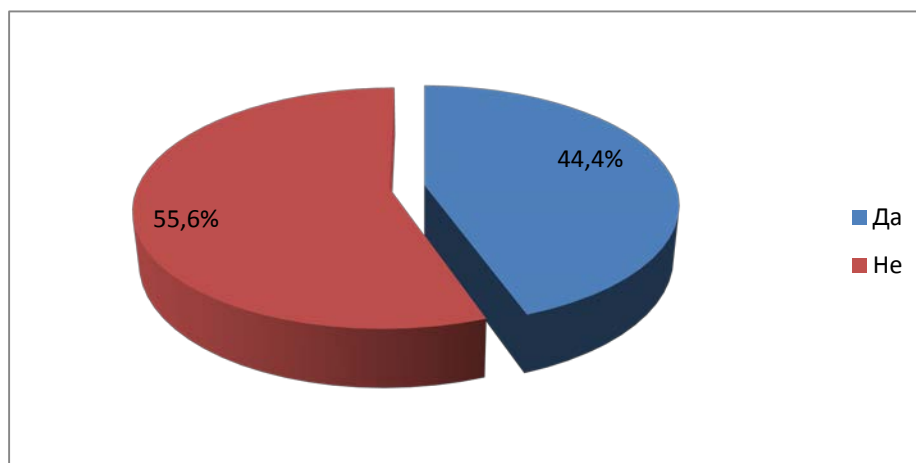
Вътреболнични инфекции имат здравни и икономически последствия. Загнояването на една хирургична рана удължава болничния престой средно с около седмица. Освен това, вътреболничните инфекции оскъпяват лечението. Тъй като клиничните пътеки не ги покриват, те

намаляват използваемостта на болничния фонд, довеждат до непредвидени разходи и снижават ефективността на здравеопазването.

Съвременните български болници имат сложно управление и комплексни управленски проблеми. Техните ръководства трябва да съблюдают постигането на ефективност на управлението и устойчиво развитие в дългосрочен аспект. В днешната ера на „информационна и технологична експлозия“, събирането на данни за дейността е бърз и лесен процес. Използването на информацията обаче си остава сериозно изпитание за всеки болничен мениджър.

С развитието на здравния пазар и конкуренцията нараства нуждата от креативност и иновативност в управлението на болниците. Това прави изборът на адекватен модел за управление много важен за ефективното функциониране и постигане на конкурентноспособност.

Фигура 13. Честота на разпределение на анкетирани началници на отделения според необходимостта от усъвършенстване на управлението на болницата и на нейните структури и дейности



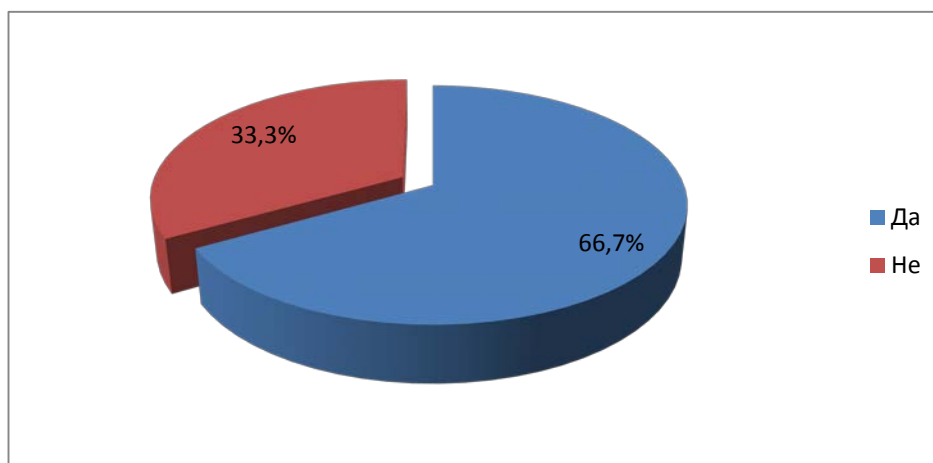
Болничният мениджмънт е съществен фактор за доброто функциониране и развитие на болничните звена. Нашето проучване установи, че по-малко от половината анкетирани началници на отделения /44.4%/ намират за необходимо неговото усъвършенстване (фиг. 13).

За сметка на това, 66.7% от респондентите смятат, че е необходимо усъвършенстване на мениджмънта на човешките ресурси (фиг. 14). Правилното управление на този ресурс е в пряка зависимост със всички други ресурси на разположение на болницата- финансови, материални, времеви и информационни.

При осъществяването на дейностите по управление на човешките ресурси следва да се има предвид, че те са взаимосвързани, а отчитането на връзките между тях дава възможност за по-точно и конкретно да се формулират целите, които се преследват с тяхното осъществяване, което пък от своя страна е предпоставка за систематичност и ефективност на управленския процес.

За да бъде управлението на хората в организацията ефективно, е необходимото да се осъществява по един систематичен и изчерпателен начин, а това изисква взаимосвързано и синхронизирано изпълнение на определени управленски функции и предполага осъществяване на целия комплекс от управленски дейности.[Василев С. 2011]

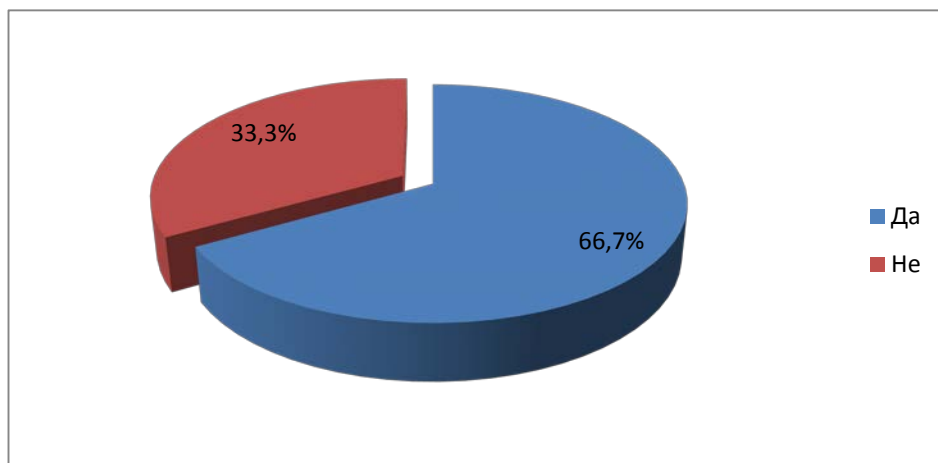
Фигура 14. Честота на разпределение на анкетираниите началници на отделения според необходимостта от усъвършенстване на мениджмънта на човешките ресурси в болницата



Проведеното анкетно проучване сред началниците на отделения установи, че според 66.7% от тях е необходима оптимизация на

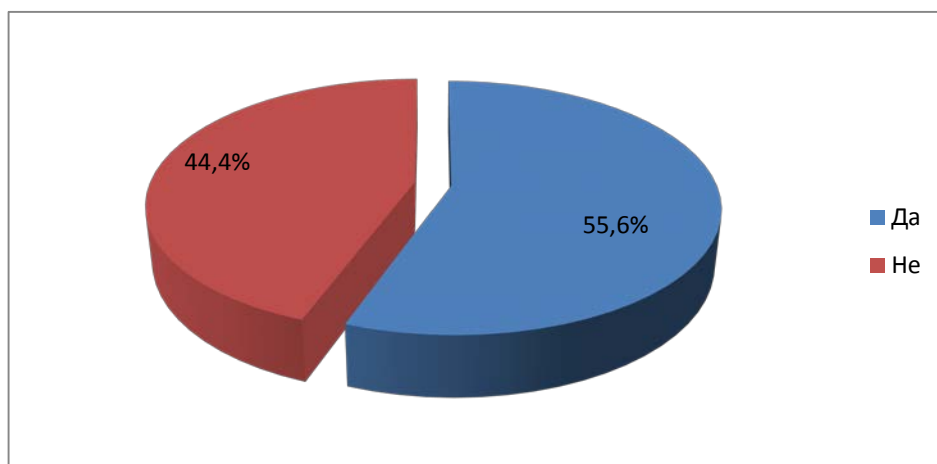
системата за управление на логистичните дейности, информационните процеси и комуникационните потоци в болницата (фиг. 15).

Фигура 15. Честота на разпределение на анкетираниите началници на отделения според необходимостта от усъвършенстване на управлението на логистичните дейности, информационните процеси и комуникационните потоци в болницата



Попитани за наличието на необходимост от подобряване на общовалидните изисквания за организация и вътрешен ред за всички специализирани болнични медико-логистични структури повече от половината от анкетираниите /55.6%/ считат, че има нужда от такова подобряване. (Фиг. 16)

Фигура 16. Честота на разпределение на анкетираниите началници на отделения според необходимостта от усъвършенстване на общовалидните за всички специализирани болнични медико-логистични структури изисквания за организация и вътрешния ред



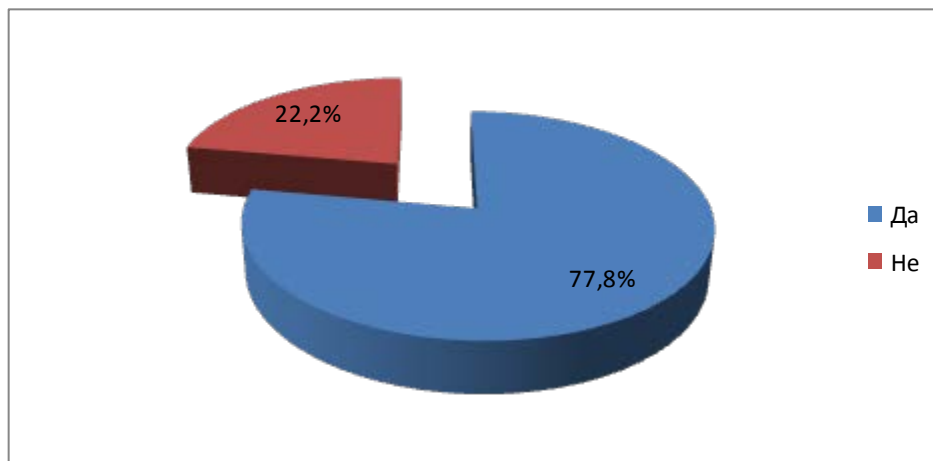
Мнение на началниците на отделения относно модела на финансиране и акредитацията на лечебните заведения за болнична помощ

Следващите въпроси в нашето анкетно проучване сред началниците на отделения са свързани с проучване на мнението им относно:

- модела на финансиране на болничната помощ;
- осигуряването на втори публичен стълб за заплащане на здравни услуги, управляван от доброволни здравно-застрахователни дружества;
- необходимостта акредитацията на лечебните заведения за болнична помощ, като система за управление на качеството на болничните услуги да се подложи на новаторска организационна промяна;
- необходимостта от обективна оценка и актуализация на действащите медицински стандарти за болнична помощ и свързаните с тях процедури за определяне на нива на компетентност.

Запитани „Необходимо ли е моделът за перспективно финансиране и ретроспективно заплащане на болничната помощ, основаващ се на алгоритмите „клинични пътеки” да бъде подменен с модела „диагностично свързани групи”?” повече от три четвърти /77.8%/ от анкетираните началници на отделения дават положителен отговор. (Фиг. 17.)

Фигура 17. Честота на разпределение на анкетираниите началници на отделения според необходимостта от подмяна на заплащането по алгоритмите „клинични пътеки” с модела „диагностично свързани групи”

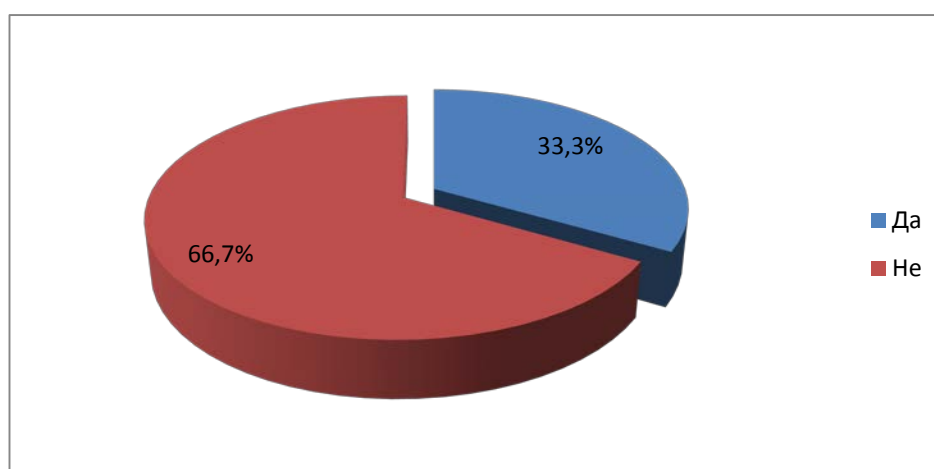


Голямото мнозинство от участвалите в проучването началници на клиники (77.8%) са привърженици на модела на „диагностично-свързаните групи“, който следва да подмени алгоритмите „клинични пътеки“, основаващ се на ретроспективно заплащане на болничната помощ (Фиг. 17). Преходът към по-усъвършенствани модели на договаряне, каквото е например договарянето, основано на „диагностично-свързани групи“ (DRGs) за болнични услуги е начин за подобряване качеството на тези услуги. Различията в работната натовареност на болниците и тежестта на състоянието на лекуваните в тях пациенти могат да се отчетат чрез включване в модела за перспективно разпределение на средствата на корекции, отчитащи тежестта на лекуваните заболявания.

При този модел болниците се класифицират според присъдената им акредитационна оценка, а относителните разходи за лечение във всяка от тях се преценяват с помощта на системата „диагностично-свързани групи“ (DRG's).

Следващият въпрос изяснява мнението на началниците на отделения относно възможността със средствата, събрани чрез задължителни вноски в размер на 8% от доходите на гражданите, подлежащи на облагане да се осигури втори публичен стълб за заплащане на здравни услуги, управляван от доброволни здравно-застрахователни дружества

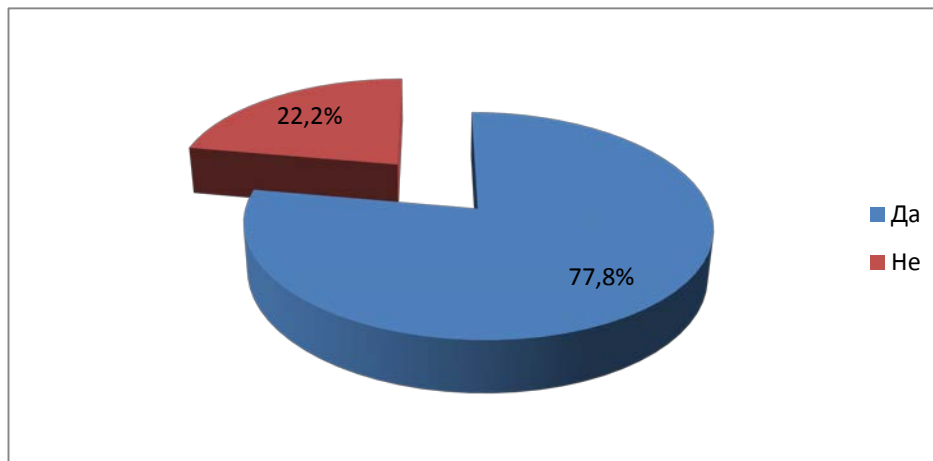
Фигура 18. Честота на разпределение на анкетираниите началници на отделения относно възможността с вноските в размер на 8% от доходите на гражданите да се осигури втори публичен стълб за заплащане на здравни услуги



Само 33.3% смятат, че вноските в размер на 8% от доходите на гражданите са достатъчни да се осигури втори публичен стълб за заплащане на здравните услуги (Фиг. 18). Доброволното здравно застраховане предоставя възможност за доброволно допълнително покритие на определени потребители на болнични услуги, осигурени от социални здравно-осигурителни схеми или от данъчни постъпления, което разширява достъпа до качествени медицински услуги.

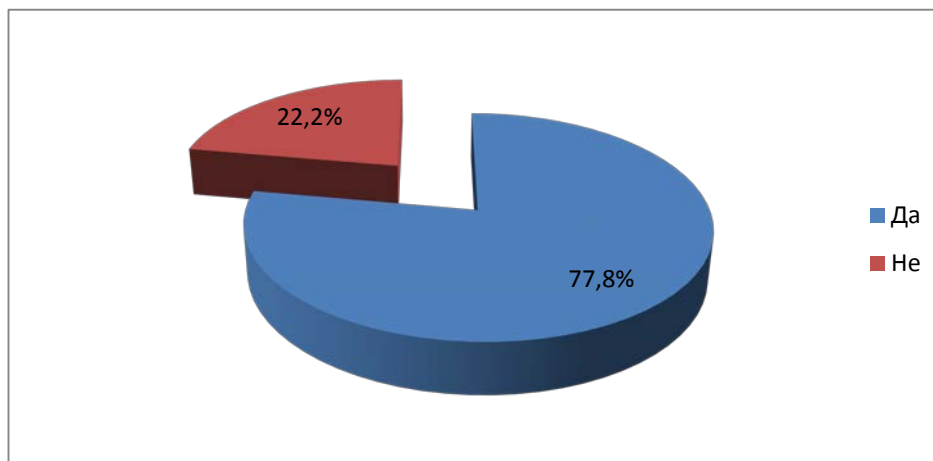
Значителен дял от анкетираниите началници на отделения (77.8%) са на мнение, че акредитацията на лечебните заведения за болнична помощ, като система за управление на качеството на болничните услуги трябва да се подложи на новаторска организационна промяна, а действащите медицински стандарти за болнична помощ се нуждаят от актуализация (Фиг.19).

Фигура 19. Честота на разпределение на анкетираниите началници на отделения относно необходимостта акредитацията на лечебните заведения за болнична помощ да се подложи на новаторска организационна промяна



Същият е относителния дял на анкетираниите началници на отделения, които смятат, че медицинските стандарти за болнична помощ и процедурите за определяне нива на компетентност трябва да подлежат на актуализация в посока „инфраструктура и процеси – в полза на ефекта от лечението” (Фиг. 20).

Фигура 20. Действащите медицински стандарти за болнична помощ и свързаните с тях процедури за определяне на нива на компетентност се нуждаят от обективна оценка и актуализация в посока „инфраструктура и процеси – в полза на ефекта от лечението”



3.3. АНАЛИЗ И ОЦЕНКА НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ АНКЕТНОТО ПРОУЧВАНЕ НА ЛЕКАРИ

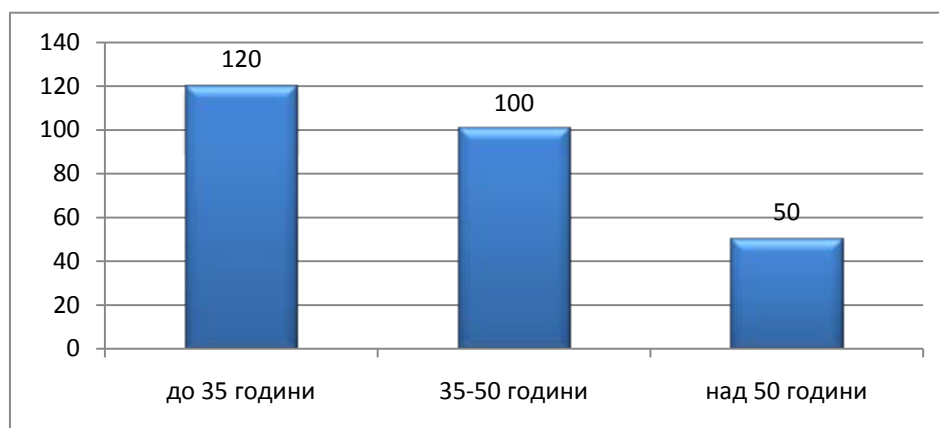
Въпросникът за лекари включва 30 въпроса, разпределени в 6 тематични раздела, както следва:

- 1) Организация и управление на качеството на приема, диагностиката, лечението и грижите за хоспитализираните пациенти (вкл. 15 въпроса);
- 2) Необходимост от подобряване на компетентността на болничния персонал (вкл. 3 въпроса);
- 3) Типични ежедневни дейности (вкл. 3 въпроса);
- 4) Отношения на работното място (вкл. 3 въпроса);
- 5) Психологични проблеми в ежедневната професионална дейност (вкл. 3 въпроса);
- 6) Взаимоотношение с непосредствения началник (вкл. 3 въпроса).

Социо-демографски профил на анкетираните лекарите

Анкетирани са общо 270 лекари, от които 120 мъже и 150 жени , работещи в четирите изследвани болници - МБАЛ „Медлайн клиник” АД – гр. Пловдив, Първа МБАЛ – София ЕАД, МБАЛ „Доверие” гр. София, МБАЛ „Д-р Атанас Дафовски” АД гр. Кърджали. Разпределението на респондентите по възраст, трудов стаж като лекар и специалност са представени на фиг.21 , фиг. 22 и фиг. 23.

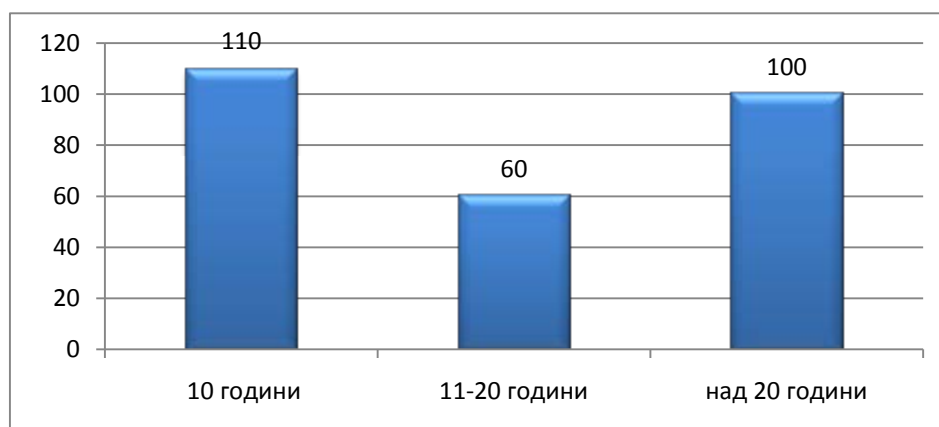
**Фигура 21. Разпределение на анкетираниите по възраст
(абсолютен брой)**



Най-много са анкетираниите на възраст до 35г. (44.5%), следвани от респондентите на възраст между 35 и 50 г (37.0%) и тези над 50 г. (18.5%).

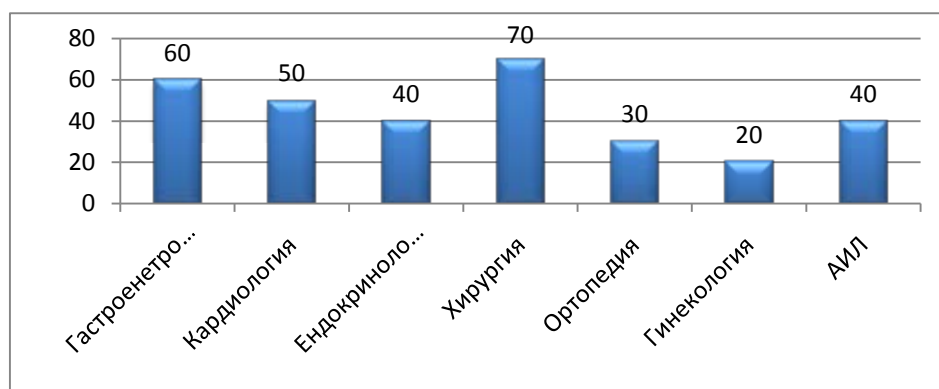
Резултатите са обнадеждаващи и показват наличието на млади кадри в здравеопазването, което се дължи, както на адекватната мотивация на персонала от ръководството на лечебните заведения, така и на предоставянето на възможност за продължаващо обучение, квалификация и израстване в кариерата.

**Фигура 22. Разпределение на анкетираниите по трудов стаж
(абсолютен брой)**



Сто и десет от анкетираните лекари (40.7%) са с трудов стаж до 10 години, сто лекари (37%) са със стаж над 20 години и шестдесет (22.2%) – между 11 и 20 години.

Фигура 23. Разпределение на анкетираните по месторабота в отделение (абсолютен брой)



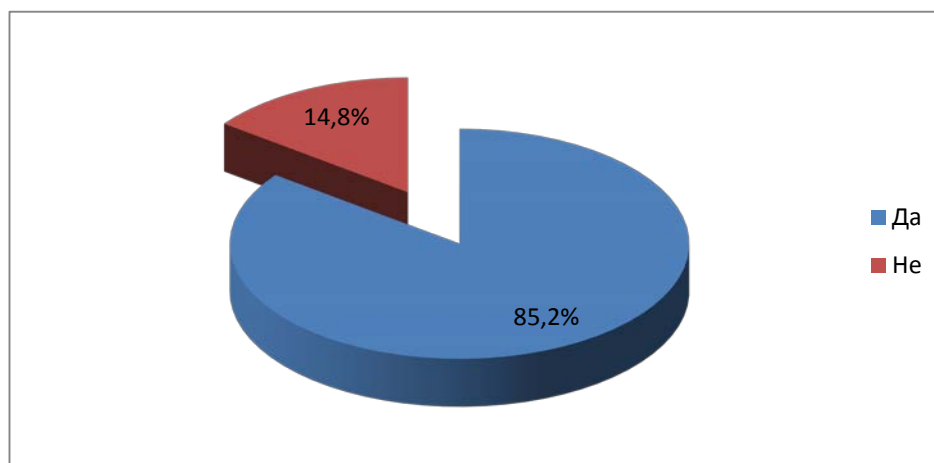
Организация и управление на качеството на приема, диагностиката, лечението и грижите за хоспитализираните пациенти

По отношение на организацията и управлението на качеството на приема, диагностиката, лечението и грижите за хоспитализираните пациенти анкетираните лекари дават висока оценка на практиките в проучените болници. 96.3% свидетелстват, че клиниките и отделенията разполагат с точни писмени правила за изпълнение на задачите по прием на пациентите и 92.6%, че в отделението се изпълнява програма за извършване на предхоспитализационни процедури за пациенти, подлежащи на планова хоспитализация.

Пациенте с ограничена подвижност са група със специални потребности от здравни грижи, за това прилагането на предварително разписани правила за поведение към тях са от голямо значение. 85.2% от анкетираните лекари посочват, че в отделенията се изпълняват писмени правила за поведение към пациенти с ограничена подвижност,

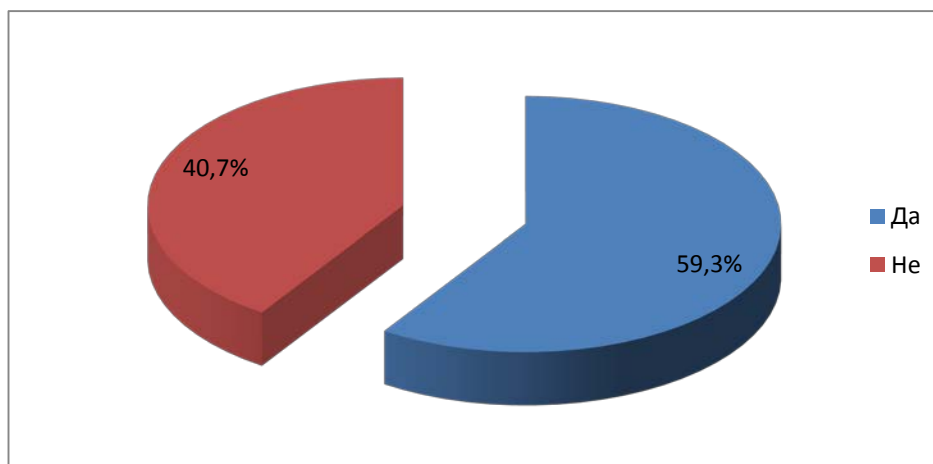
като са осигурени необходимите материални ресурси и облекчен достъп на тези пациенти до общоболничните структури с диагностично-консултативни функции (лаборатории, кабинети за специализирани изследвания и др.) (Фиг.24).

Фигура 24. Честота на разпределение на анкетираните лекари относно изпълняването на писмени правила за поведение към пациенти с ограничена подвижност



Малко повече от половината респонденти (59.3%) казват, че при нужда се ползва болничен служител-референт, който е в състояние да консултира здравнонеосигурен пациент как да получи социална защита по време на болничния му престой (фиг. 25).

Фигура 25. Честота на разпределение на анкетираните лекари относно мнението им за ползването на болничен служител-референт, който консултира здравно неосигурен пациент как да получи социална защита по време на болничния му престой

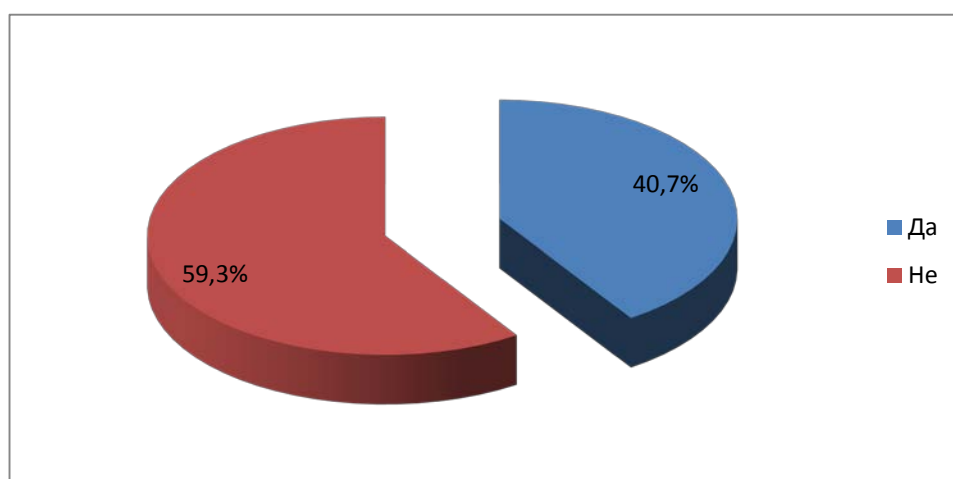


Почти всички анкетирани лекари (92.6%) посочват, че са запознати с процедурите за справяне с технически проблеми във връзка с диагностично-лечебния процес и грижите за болните .

Всички респонденти (100%) потвърждават, че допълнителни диагностични изследвания, лечебни действия и сестрински грижи се програмират на основата на резултати от извършена задълбочена оценка на здравословното състояние на пациента, което е в съответствие с условията за качество на процеса.

По отношение на лечебния процес 96.3% от анкетираните лекари посочват, че клиничните интерпретации върху ползите и рисковете от допълнителни прегледи, лечебни процедури и грижи се регистрират надлежно в пациентското досие. Същият дял от респондентите /96.3%/ са на мнение, че се осигурява приемственост с резултатите от извършените преди това аналогични процедури, когато по повод на клинични обстоятелства се назначават повторни консултации и изследвания

Фигура 26. Честота на разпределение на анкетираните лекари относно участието им в семинарно обучение по въпросите на борбата с болката

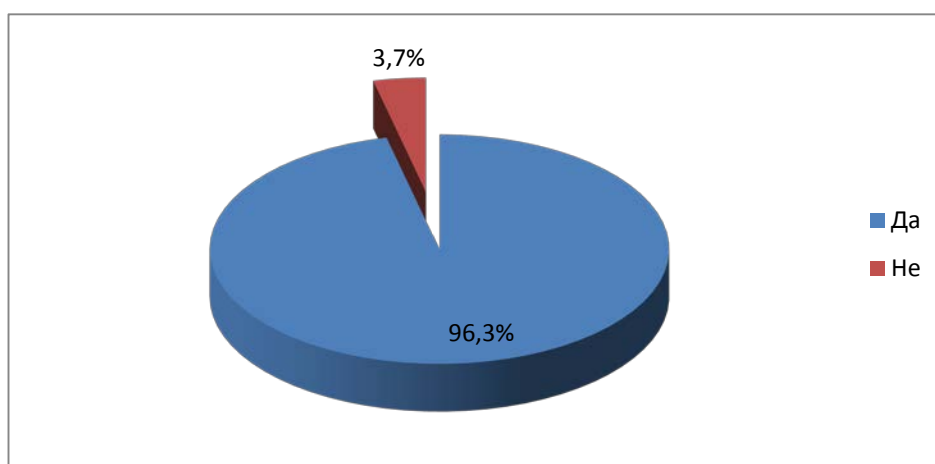


По-малко от половината от анкетираните лекари (40.7%) са участвали в семинарно обучение по въпросите на борбата с болката: причини, симптоми, лечение (Фиг. 26).

Всички анкетирани лекари /100%/ формулират целта на искането и клиничните аргументи за него при предписване на образно-диагностично, функционално-диагностично или ендоскопско изследване.

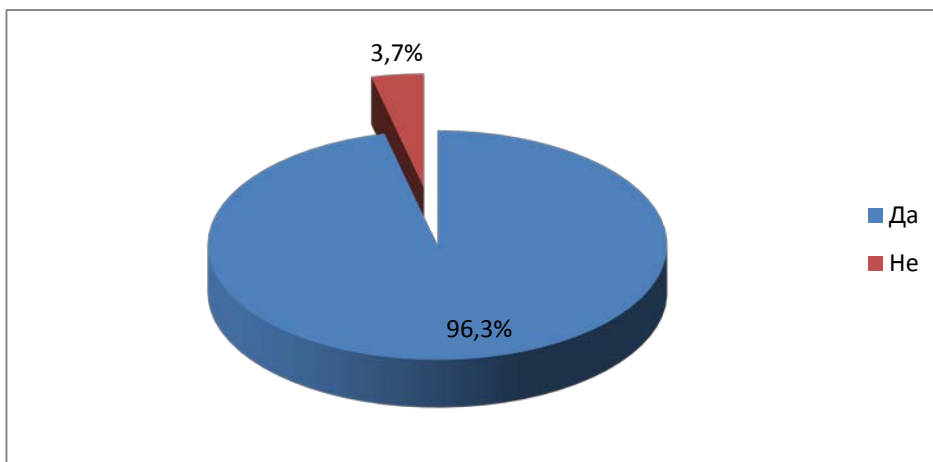
В отделението са установени *механизми за контрол* върху изпълнението на назначените на пациентите апаратни и лабораторни изследвания, лекарствени терапии и диетично хранене по мнението на 96.3% от анкетираните лекари (Фиг. 27).

Фигура 27. Честота на разпределение на анкетираните лекари относно наличието в отделението на установени механизми за контрол върху изпълнението на назначените на пациентите апаратни и лабораторни изследвания, лекарствени терапии и диетично хранене



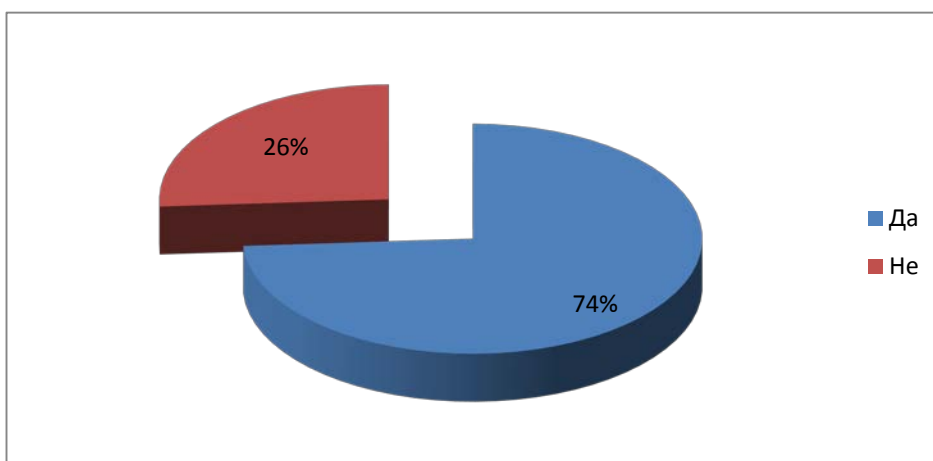
Информираността на пациентите е важен елемент от уважението на автономността и предпоставка за висока оценка на качеството на предоставяните медицински услуги. 96.3% от лекарите свидетелстват, че се организират и провеждат срещи между лекуващите екипи и пациентите за обмен на информация (Фиг. 28).

Фигура 28. Честота на разпределение на анкетираниите лекари относно организирането и провеждането на срещи между лекуващия екип и близките на пациента за разговори и обмен на информация



Почти три четвърти /74%/ от респондентите свидетелстват, че в клиниките се преценяват рисковете за бягство на възрастни и дезориентирани пациенти и се предприемат подходящи превантивни мерки, което е важно за ненарушаване на диагностичния и лечебния процес (Фиг. 29).

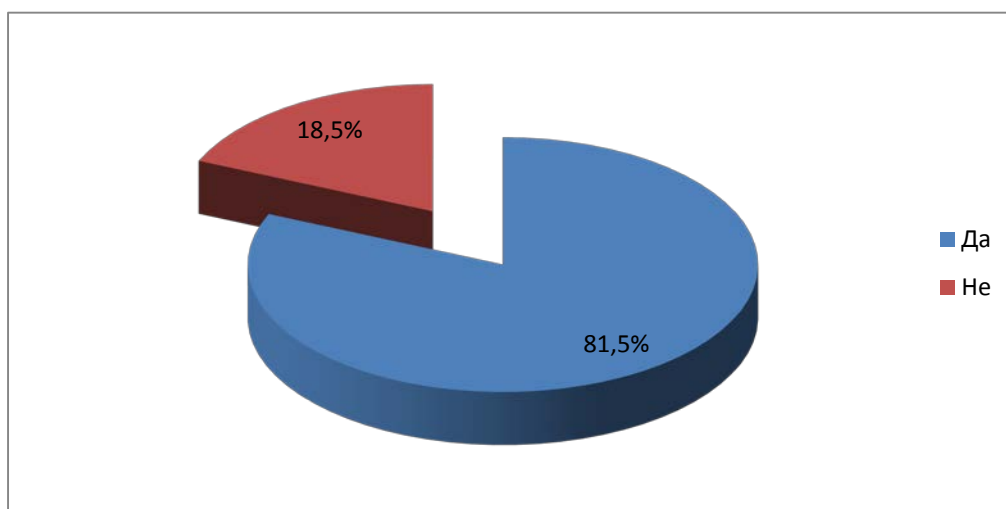
Фигура 29. Честота на разпределение на анкетираниите лекари относно извършването на оценка на риска за бягство за всеки възрастен дезориентиран пациент и предприемането на подходящи превантивни мерки за недопускане на такова



Информацията за пациента надлежно се предава на общопрактикуващия му лекар според 81.5% от лекарите, взели участие в проучването, като в епикризата освен нормативно определените текстове

се дават и указания за медицинско наблюдение и сестрински грижи в домашна обстановка, ако има необходимост от такива при всеки конкретен пациент (Фиг. 30).

Фигура 30. Честота на разпределение на анкетиранияте лекари относно даването на указания до личния лекар за медицинско наблюдение и сестрински грижи в домашна обстановка, ако такива са необходими

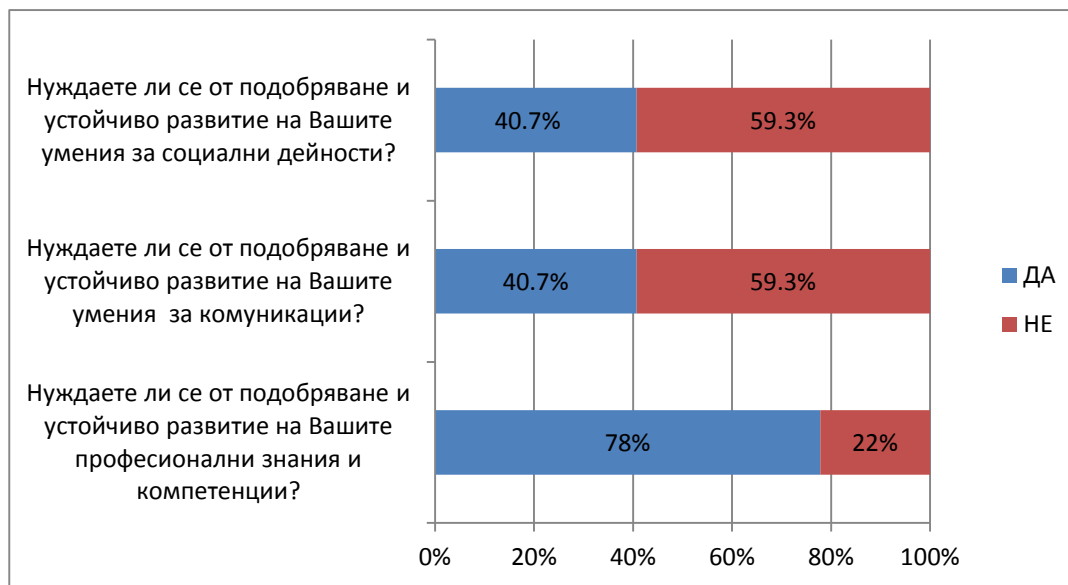


Необходимост от подобряване на компетентността на болничния персонал

Компетентността е следствие от три компонента: придобити знания, натрупан опит и развити умения. Повишаването на компетентността е непрекъснат процес, движен от вътрешния мотив на човека да се справя все по-добре в областта, в която работи. И опита и знанието не бива да се натрупват самоцелно. Те трябва да съответстват на професионалните цели, които човек си поставя, и да подпомагат постигането на конкретни резултати в пътя към целта.

Проведеното анкетно проучване сред лекарите от четирите болници установи, че значителен дял от анкетиранияте лекари са на мнение, че се нуждаят от подобряване и устойчиво развитие на професионалните си знания и компетенции (78%), в по-малка степен това важи за подобряване на комуникационните им умения (40.7%) и уменията за социални дейности (40.7%). (Фиг. 31.)

**Фигура 31. Честота на разпределение на анкетираниите лекари
относно необходимостта от подобряване на компетентността на
болничния персонал**



Комуникацията между отделните индивиди е неотменна част от социума. Нещо повече, комуникацията заема съществена част от цялостната организационна култура. Комуникирайки, индивидите в организацията обменят не само информация, но и чувства, емоции, преживявания, което понякога представлява и фактор за нарушаване на междуличностната комуникация в системата на организационно поведение и е предпоставка за конфликт или създаване на конфликтна ситуация. Комуникацията е важна за всяка организация, включително и за лечебните заведения за болнична помощ, най-малко поради следните причини:

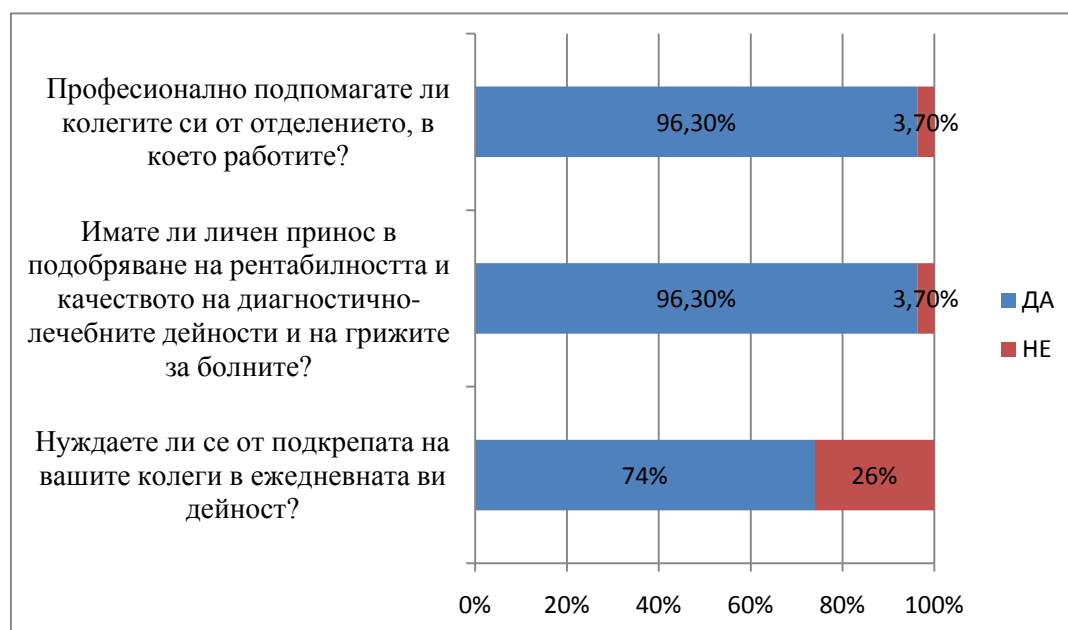
- за да се разберат целите на организацията и ролята на всеки в постигането им;
- да се допринесе със знания и информация, така че да се вземат правилните решения;
- да се дават и получават инструкции.

Ежедневни дейности и отношения на работното място

Със следващите въпроси от анкетата се стремим да установим взаимоотношенията на лекарите в изследваните болници по отношение на типичните ежедневни дейности и отношенията на работното място.

Във връзка с типичните ежедневни дейности 96.3% от респондентите посочват, че подпомагат професионално колегите си от отделението, същият дял анкетираните смятат, че имат личен принос в подобряване на качеството на диагностично-лечебните дейности и на грижите за болните (Фиг. 32). 74% отговарят, че се нуждаят от подкрепата на колегите си в ежедневните си лечебно-диагностични дейности (Фиг. 32).

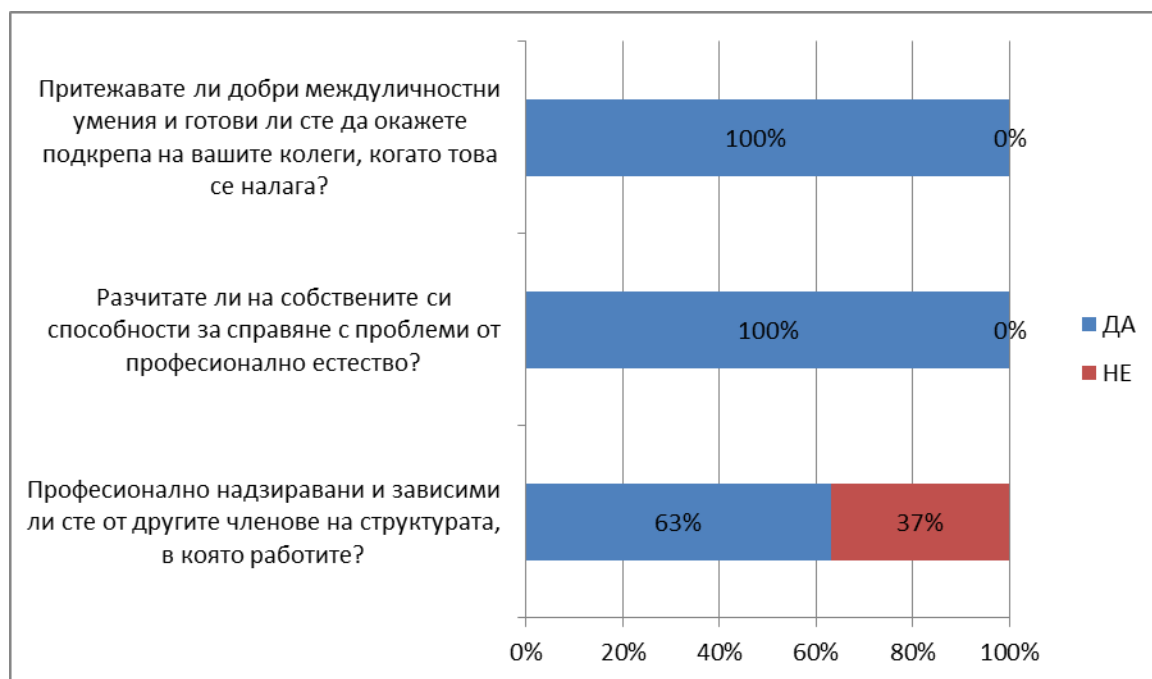
Фигура 33. Честота на разпределение на анкетираните лекари относно типичните ежедневни дейности



Анкетираните лекари свидетелстват за добър психологичен климат и отношения на работното място и взаимоотношения с непосредствения началник. Всички анкетираните отговарят, че притежават добри междуличностни умения и са в готовност да подкрепят колегите си при нужда. Също всички анкетираните посочват, че разчитат първо на

собствените си способности за справяне с проблеми от професионално естество (Фиг. 33). В 63% от случаите респондентите смятат, че са професионално надзиравани от други членове на структурата, в която работят (Фиг. 33).

Фигура 33. Честота на разпределение на анкетирания лекари според отношенията на работното място

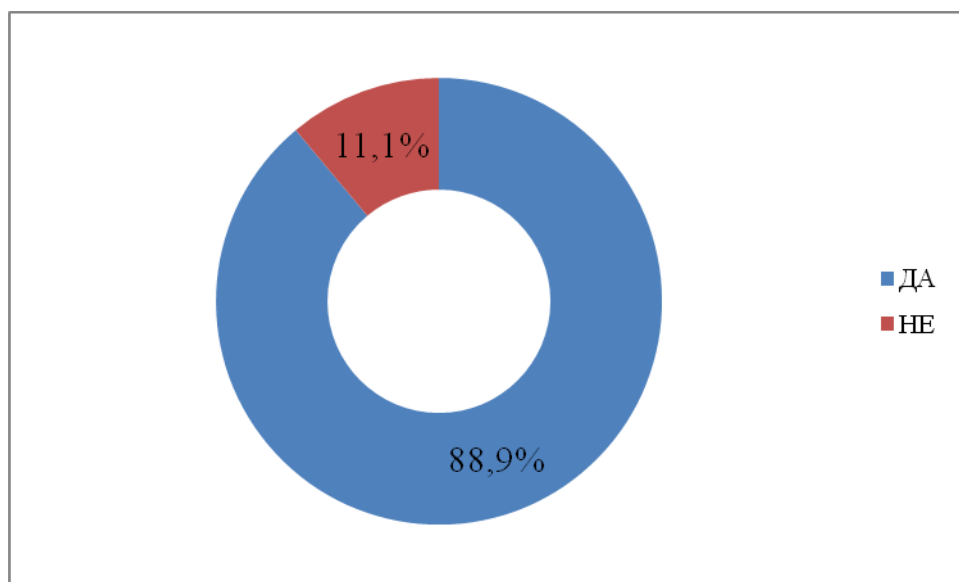


Следващите въпроси са свързани с проучване на психологичните проблеми в ежедневно професионална дейност на лекарите от изследваните болници. Много голям е относителният дял на анкетирания лекари /96.3%/, които отговарят, че съдействат в интелектуалното и професионалното израстване на по-младите си колеги (Фиг. 34). Същият дял анкетирани /96.3%/ отговарят, че се чувстват независими и свободни във взимането на професионални решения (Фиг. 34). А според 88.9% от респондентите психологичния климат в болницата, към която се числят е ведър и те могат ли спокойно и планомерно да се захванат с работата си още в началото на работния ден. (Фиг. 35.)

Фигура 34. Честота на разпределение на анкетираниите лекари според психологични проблеми в ежедневноста професионална дейност



Фигура 35. Честота на разпределение на анкетираниите лекари относно мнението им, че психологичния климат в болницата, към която се числят е ведър и те могат ли спокойно и планомерно да се захванат с работата си още в началото на работния ден



Взаимоотношения с ръководството

Мултидисциплинарните и мултипрофесионални екипи са необходими при предоставянето на оптимални медицински услуги на пациентите. Екипът изисква компетентно ръководство и зачитане на уменията и дейността на всички членове от екипа.

Лекарите трябва да осъществяват ефективна комуникация в и извън екипа. Съответната информация за лечението и състоянието на пациента може да бъде достъпна за другите членове на екипа при спазване на правилата за конфиденциалност. Добрата комуникация с всички професионалисти, участващи в осъществяването на грижи за пациента, е изключително важна.

Лекарите, които ръководят екипите, трябва да са сигурни, че всички членове разбират своята роля и отговорност, включително за опазване на професионалната тайна. Членовете на екипа трябва да знаят кой е определен и носи отговорност за всеки един аспект от грижите за пациента. Лекарите могат да възлагат задачи на колеги с по-малък професионален стаж или на друг медицински персонал, ако те са подходящо обучени и ръководени. Лекарите трябва да са сигурни, че медицинската помощ за техните пациенти ще се осъществява от подходящи колеги по време на тяхното отсъствие.

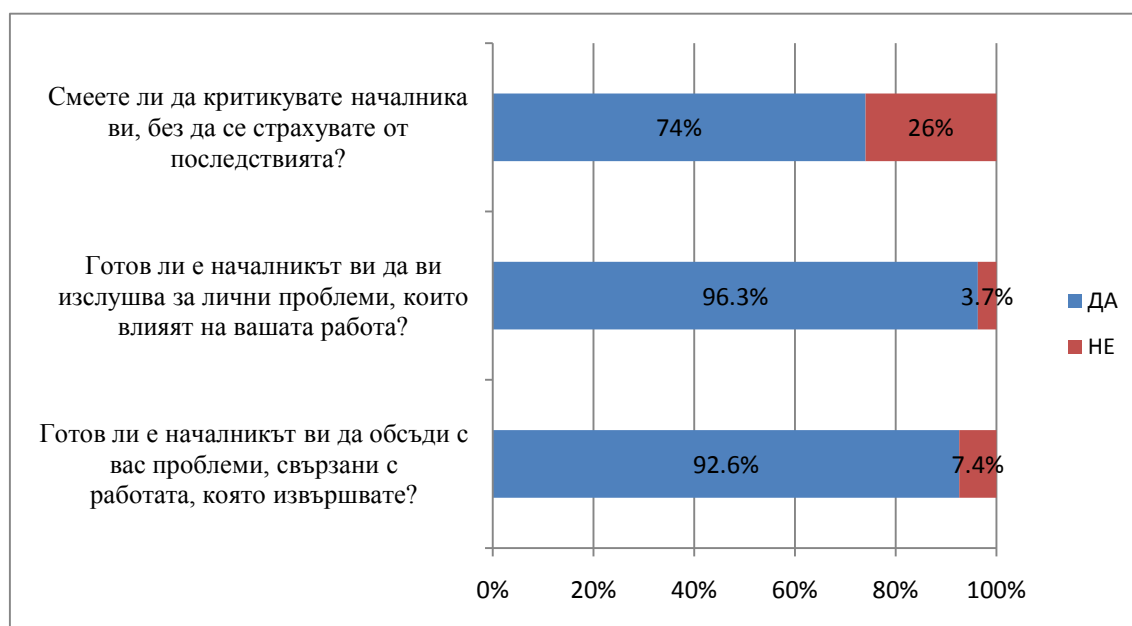
Всичко казано до тук налага необходимостта от ефективно сътрудничество между лекарите и техните ръководители /изпълнителен директор на болницата, началник на клиника, началник на отделение/, за да бъдат те максимално полезни на пациентите си и удовлетворени от работата. В тази връзка зададохме и следващите три въпроса в нашето анкетно проучване:

- Готов ли е началникът ви да обсъди с вас проблеми, свързани с работата, която извършвате?

- Готов ли е началникът ви да ви изслушва за лични проблеми, които влияят на вашата работа?
- Смяете ли да критикувате началника ви, без да се страхувате от последствията?

Резултатите показват, че значителен дял от участниците в изследването /74%/ споделят, че смятат да критикуват началника си, без да се страхуват от последствията. 96.3% отговарят, че началникът им е готов да изслушва дори лични проблеми, които оказват влияние на работата. В 92.6% от случаите началниците имат готовност да обсъдят проблеми от професионално естество (Фиг. 36).

Фигура 36. Честота на разпределение на анкетирания лекари относно мнението им за взаимоотношенията с непосредствения им началник



3.4. АНАЛИЗ И ОЦЕНКА НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ АНКЕТНОТО ПРОУЧВАНЕ НА ПРОФЕСИОНАЛИСТИ ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ

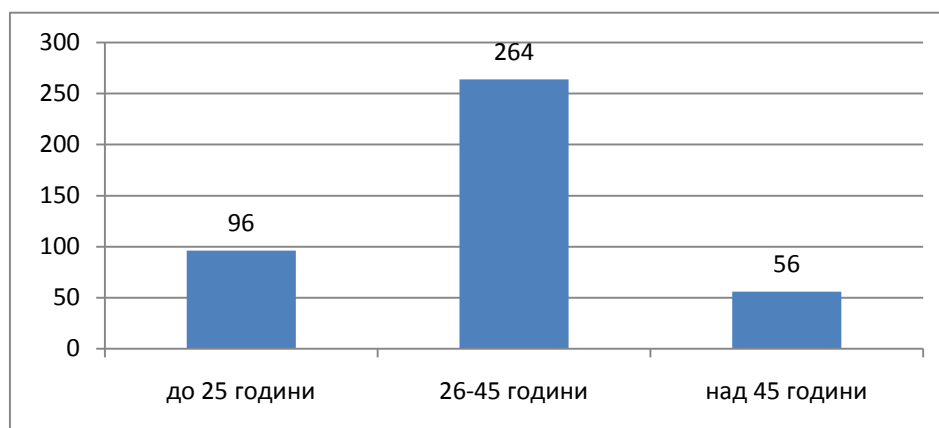
Въпросникът за професионалисти по здравни грижи включва 20 въпроса, разпределени в 4 тематични раздела, както следва:

- 1) Организация и управление на качеството на приема и грижите за хоспитализираните пациенти;
- 2) Необходимост от подобряване компетентността на професионалистите по здравни грижи;
- 3) Отношения на работното място;
- 4) Взаимоотношения с непосредствения началник.

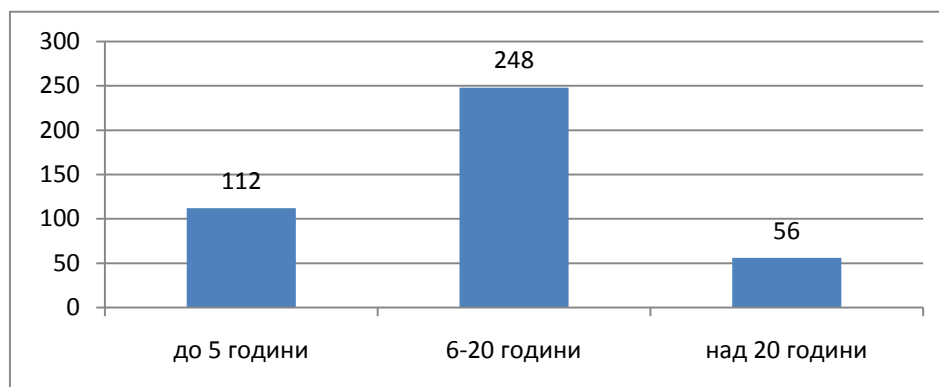
Социо-демографски характеристики на анкетираните професионалисти по здравни грижи

Анкетирани са 416 професионалисти по здравни грижи. Разпределението по възраст, по трудов стаж и по месторабота в отделение са представени на фигури от 38 до 40. Най-много са участниците във възрастовата група 26-45 години (264 на брой), следвани от специалистите по здравни грижи под 25 години (96 на брой) и тези над 45 години (56 на брой) (Фиг. 37). По трудов стаж най-многобройна е групата с трудов стаж между 6 и 20 години (248 на брой). Стои дванадесет анкетирани са с трудов стаж под 5 години и петдесет и шест - над 20 години (Фиг. 38). Най-много са участниците от отделенията по кардиология (120 на брой), ортопедия (104 на брой) и гастроентерология (56 на брой) (Фиг. 39).

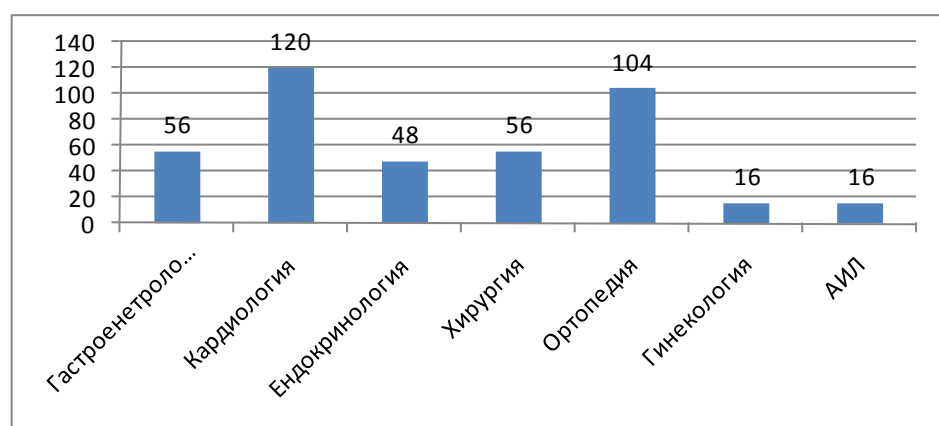
Фигура 37. Разпределение на анкетираниите професионалисти по здравни грижи по възраст (абсолютен брой)



Фигура 38. Разпределение на анкетираниите професионалисти по здравни грижи по трудов стаж (абсолютен брой)



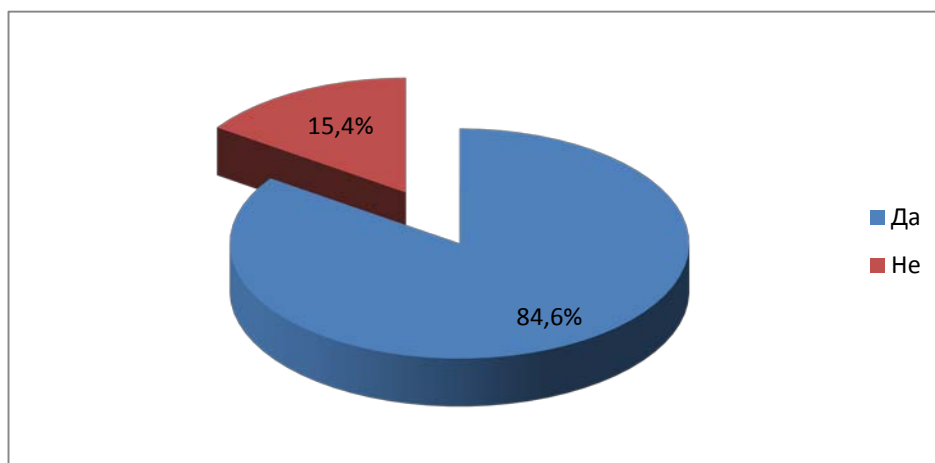
Фигура 39. Разпределение на анкетираниите професионалисти по здравни грижи по месторабота в отделение (абсолютен брой)



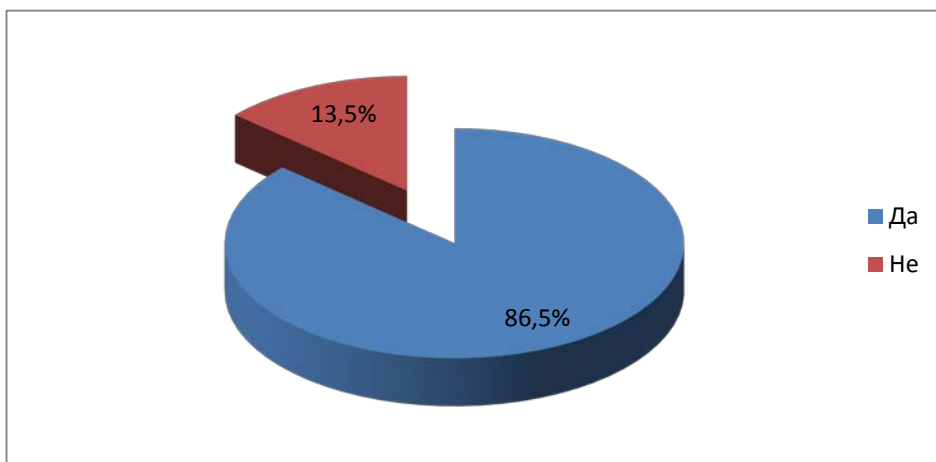
Организация и управление на качеството на приема и грижите на хоспитализираните пациенти

Анкетираните професионалисти по здравни грижи свидетелстват за добра организация и управление на качеството на приема и грижите за хоспитализираните пациенти в изследваните болници. 84.6% от анкетираните отговарят, че отделенията разполагат с точни писмени правила, необходими за изпълнение на задачите по приемането на пациенти за болнично лечение (Фиг. 40) и 86.5% - че се изпълняват писмени правила за поведение към пациенти с ограничена подвижност и това поведение е осигурено с необходимите материални ресурси и с облекчен достъп до общоболничните структури с диагностично-консултативни функции (лаборатории, кабинети за специализирани изследвания и др.) (Фиг. 41) .

Фигура 40. Честота на разпределение на анкетираните професионалисти по здравни грижи относно мнението им, че отделенията разполагат с точни писмени правила, необходими за изпълнение на задачите по приемането на пациенти за болнично лечение

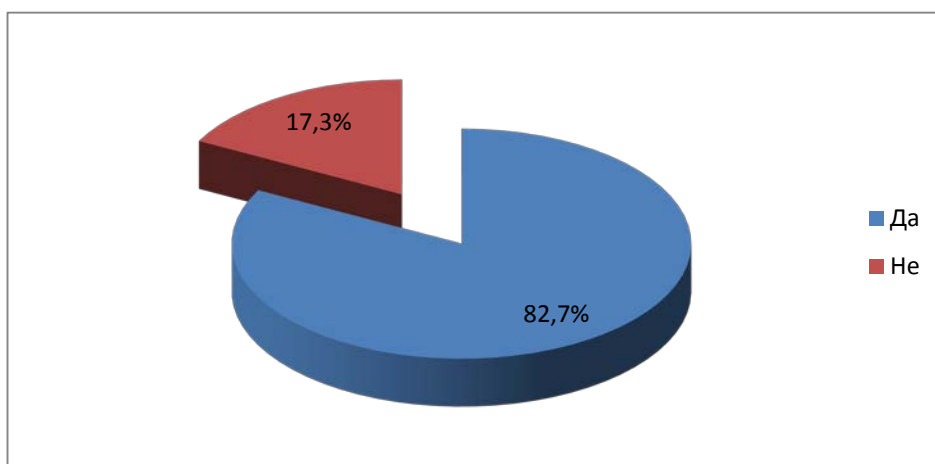


Фигура 41. Честота на разпределение на анкетираните професионалисти по здравни грижи относно изпълняването на писмени правила за поведение към пациенти с ограничена подвижност



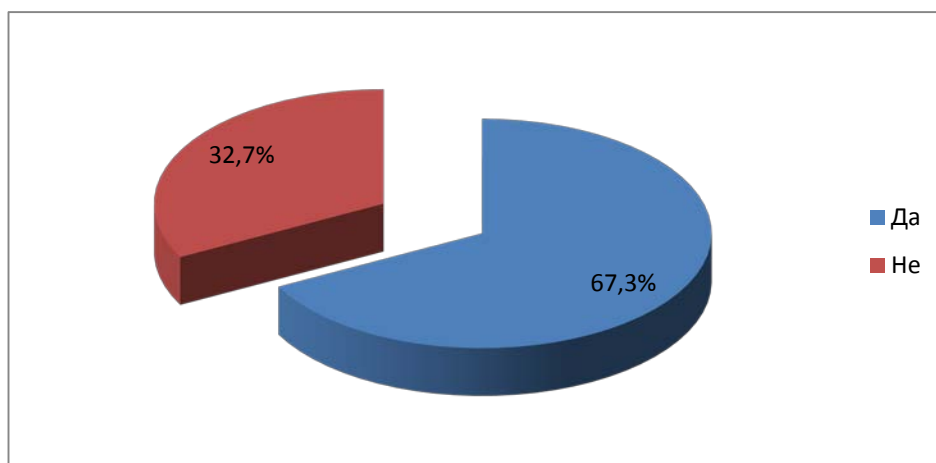
По-голямата част от анкетираните професионалисти по здравни грижи (88.5%) посочват, че са запознати с процедурите за справяне с технически проблеми във връзка с диагностично-лечебния процес и грижите за болните. Като относителен дял, те са по-малко от лекарите отговорили позитивно на този въпрос, но съществена статистически значима разлика не се наблюдава. Мнозинството от анкетираните професионалисти по здравни грижи (82.7%) потвърждават, че допълнителни сестрински грижи се програмират на основата на резултати от извършена задълбочена оценка на здравословното състояние на пациента (Фиг. 42).

Фигура 42. Честота на разпределение на анкетираниите професионалисти по здравни грижи относно програмирането на допълнителни сестрински грижи на основата на резултати от оценка на здравословното състояние на пациента



Във връзка регистрирането на професионалните интерпретации върху ползите и рисковете от сестринските грижи в пациентско досие, 67.3% от анкетираниите сестри посочват, че документацията се води надлежно (Фиг. 43).

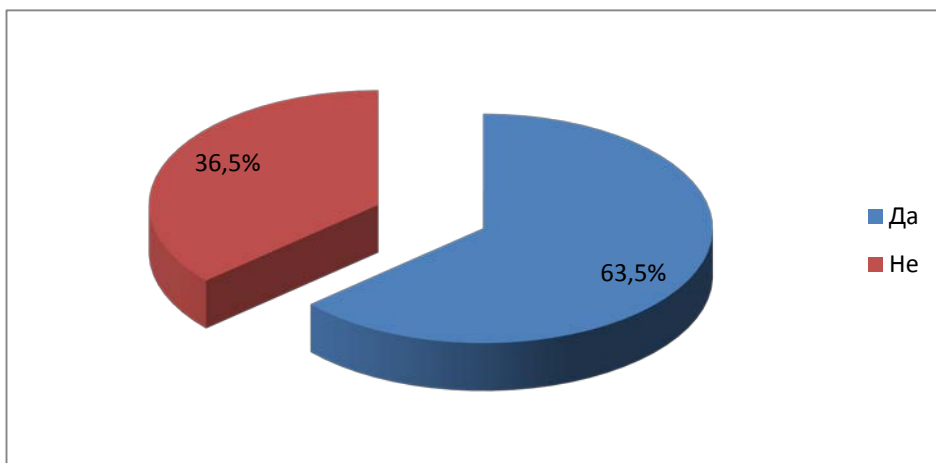
Фигура 43. Честота на разпределение на анкетираниите професионалисти по здравни грижи относно регистрирането на професионалните интерпретации върху ползите и рисковете от сестринските грижи в пациентското досие



Непрекъснатото обучение повишава компетентността на медицинските професионалисти и е важен елемент на качеството. От анкетираниите професионалисти по здравни грижи 63.5% са взели участие

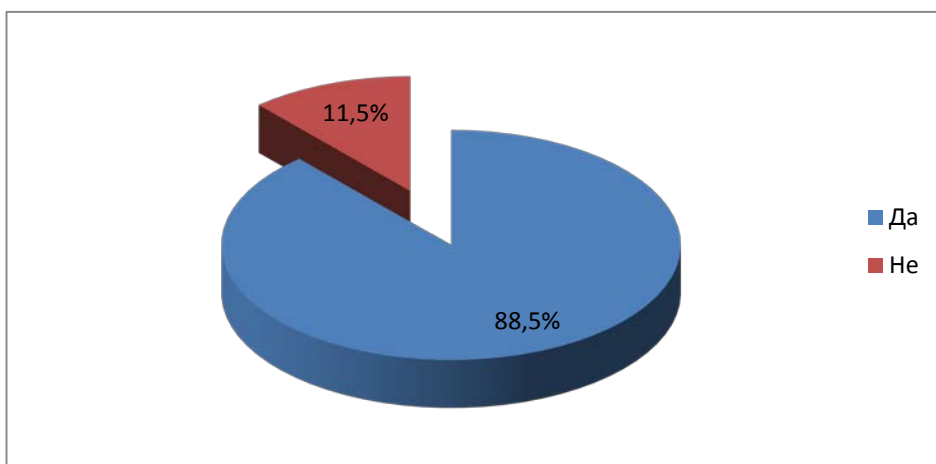
в семинарно обучение по въпросите на профилактиката на декубитуса и тромбозата на дълбоките вени (Фиг. 44).

Фигура 44. Честота на разпределение на анкетираниите професионалисти по здравни грижи относно участието им в семинарно обучение по въпросите на профилактиката на декубитуса и тромбозата на дълбоките вени



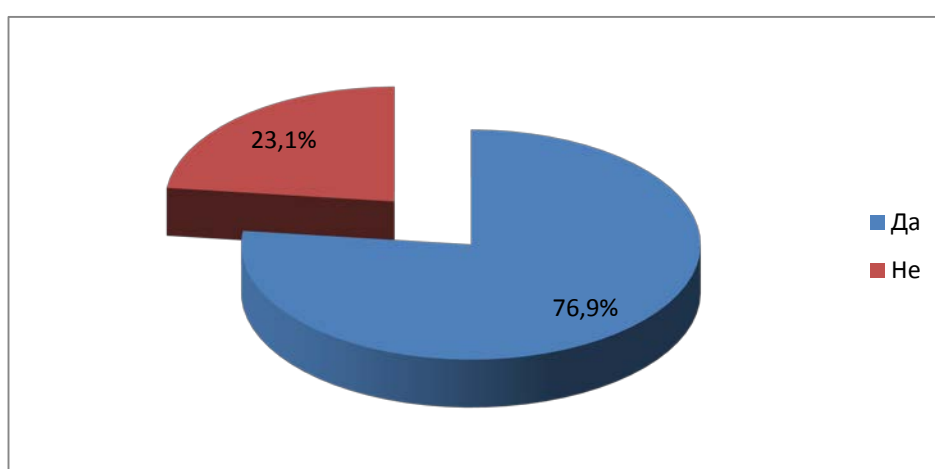
Всички анкетирани посочват, че в отделението са установени механизми за контрол върху изпълнението на назначените на пациентите апаратни и лабораторни изследвания, лекарствени терапии и диетично хранене.

Фигура 45. Честота на разпределение на анкетираниите професионалисти по здравни грижи относно участието им в провеждането на срещи с близките на пациенти за разговори и обмен на информация



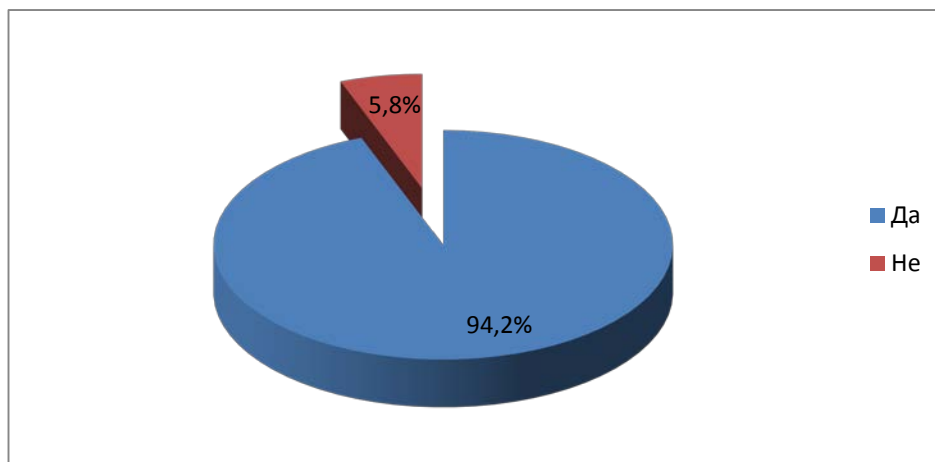
Мнозинството /88.5%/ от респондентите посочват, че участват при провеждането на разговори с близките на пациента (Фиг. 45) и 76.9% потвърждават, че за възрастните и дезориентирани пациенти се предприемат превантивни мерки срещу бягство от клиниката (Фиг. 46).

Фигура 46. Честота на разпределение на анкетираниите професионалисти по здравни грижи относно извършването на оценка на риска за бягство за всеки възрастен дезориентиран пациент и предприемането на подходящи превантивни мерки за недопускане на такова



Много голям /94.2%/ е относителния дял на анкетираниите здравни професионалисти, които потвърждават, че икономисаните лекарства (поради промяна на терапията, преждевременно изписване или смърт на пациента) се заприходяват в специален журнал и се използват за лечението на други болни (Фиг.47).

Фигура 47. Честота на разпределение на анкетираниите професионалисти по здравни грижи относно мнението им за използването на икономисаните за лечението на други болни



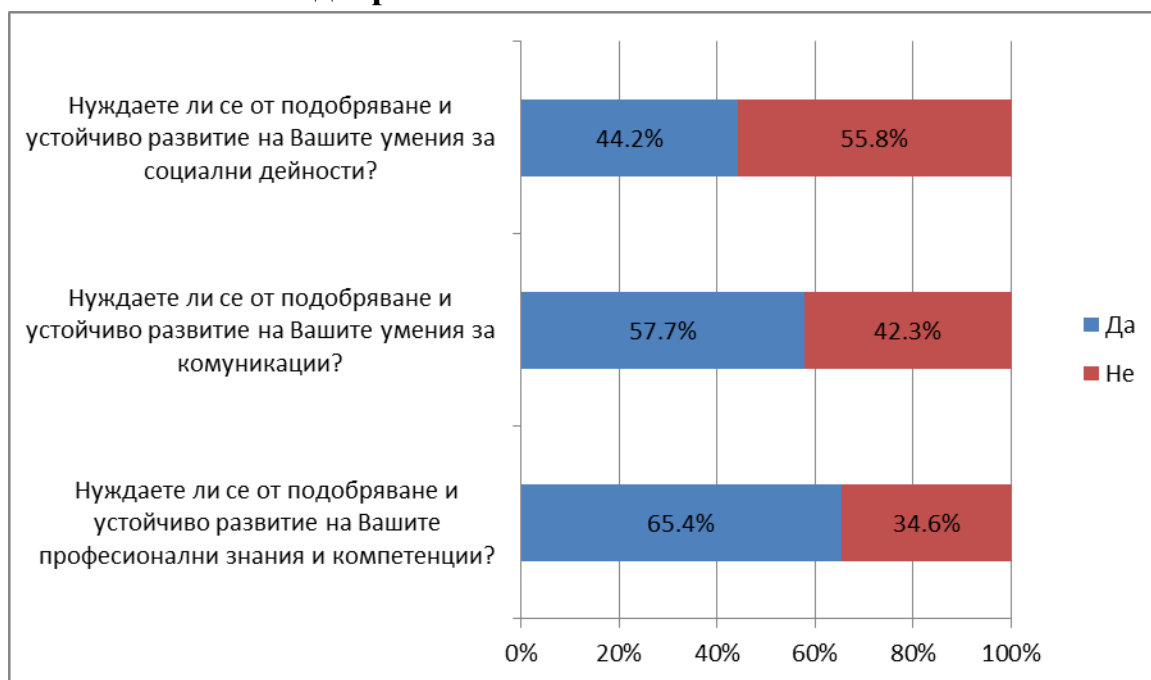
Необходимост от подобряване на компетентността на професионалистите по здравни грижи

Повече от половината /57.7%/ от анкетираниите професионалисти по здравни грижи смятат, че се нуждаят от подобряване и устойчиво развитие на уменията си за комуникации и 65.4% - от подобряване на професионалните си знания и компетенции и не малка част 44.2% - от подобряване на уменията им за социални дейности (Фиг. 48).

Социалните дейности изпълнявани от професионалистите по здравни грижи за много важен компонент в комплексното обслужване на пациентите. Те включват умения за:

- ✓ общуване с хора от различни възрасти, социални слоеве и културно-етнически общности;
- ✓ провеждане на социални проучвания;
- ✓ съставяне на социални прогнози;
- ✓ решаване на конкретни социални проблеми.

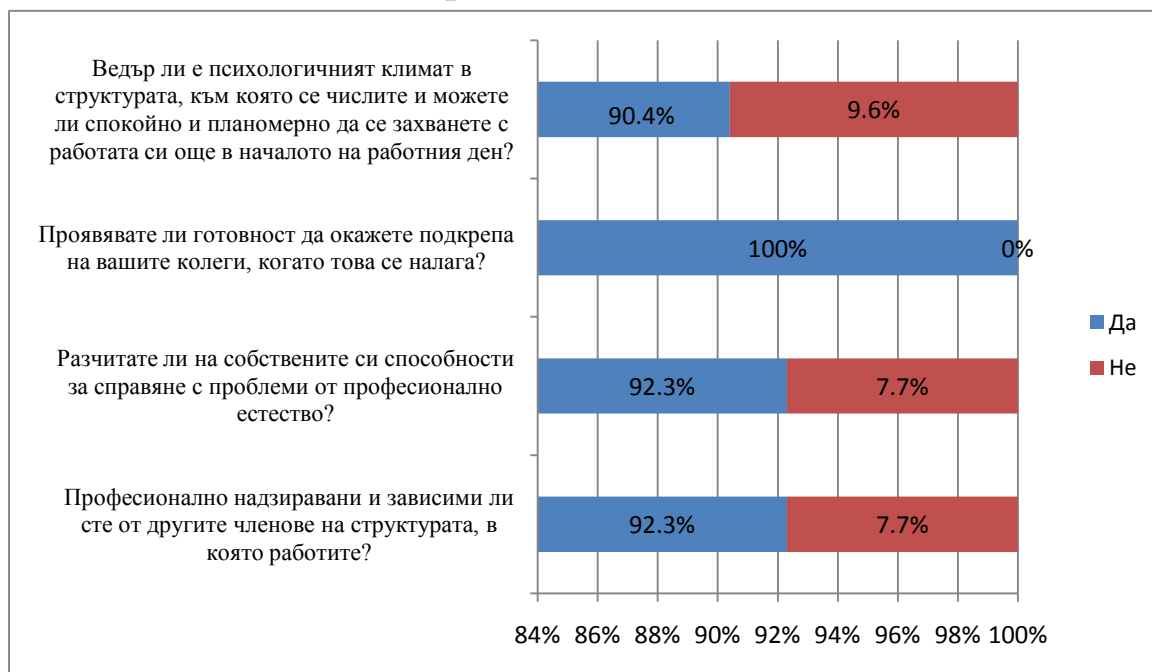
Фигура 48. Честота на разпределение на анкетираниите професионалисти по здравни грижи относно необходимостта от подобряване на компетентността им



Отношения на работното място и взаимоотношения с ръководството

Отношенията на работното място и психологичният климат са положително оценени по мнението на анкетираниите здравни професионалисти. Всички анкетирани професионалисти по здравни грижи свидетелстват, че проявяват готовност да оказват подкрепа на колегите си при нужда, 90.4% определят психологическият климат като ведър и предразполагащ (фиг. 49). 92.3% от респондентите разчитат на собствените си способности за справяне с проблемите. Същият дял отговарят, че се чувстват професионално надзиравани.

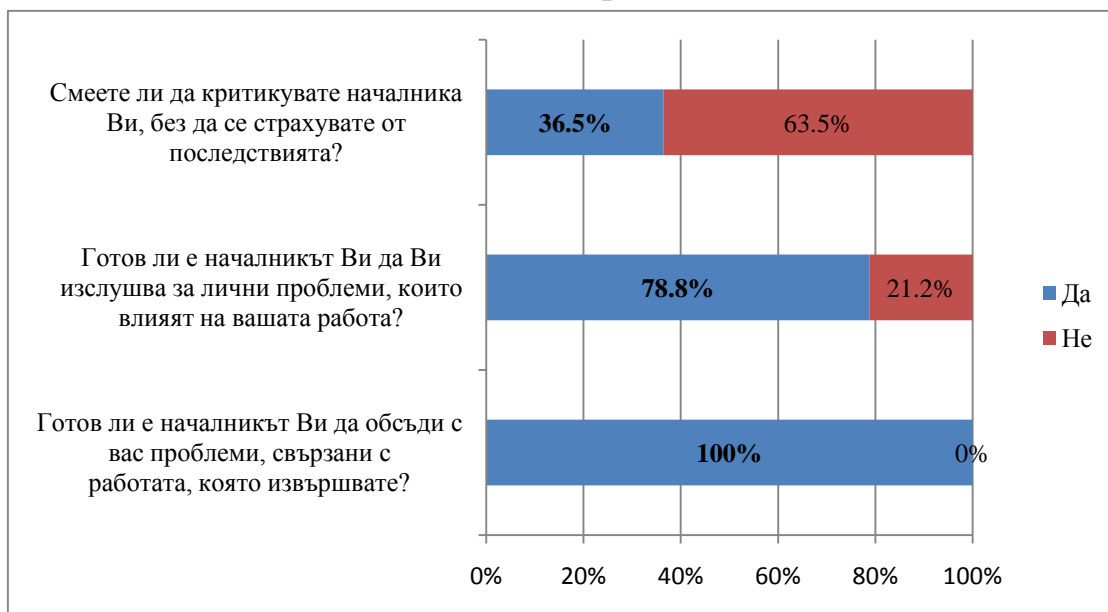
Фигура 49. Честота на разпределение на анкетиранияте професионалисти по здравни грижи според отношенията на работното място



Медицината в XXI век е екипна работа. Специалистите по здравни грижи са тези професионалисти, които стоят много по-близо до пациента от лекаря. Затова е важно те да са в течение на съвременните тенденции, за да могат грамотно да помагат на пациента и по този начин предписаното от лекаря да добие своята пълнота. Ръководството на болниците е необходимо да осъзнае необходимостта от екипна работа, добрата комуникация и ефективното сътрудничество между членовете на екипа, за да се постигне по-добро обслужване на пациентите и благоприятна работна среда.

Това налага необходимостта от ефективно сътрудничество между специалистите по здравни грижи и техните ръководители, за да бъдат те максимално полезни на пациентите си и удовлетворени от работата. В тази връзка са зададени и следващите въпроси в нашето анкетно проучване.

Фигура 50. Честота на разпределение на анкетираниите професионалисти по здравни грижи относно мнението им за взаимоотношенията с непосредствения им началник



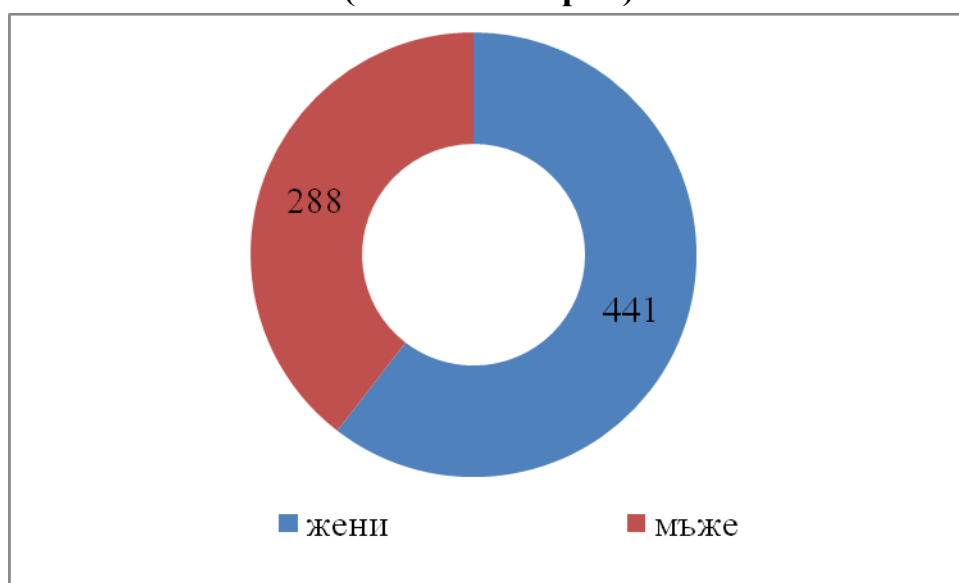
Резултатите показват, че по отношение на взаимоотношенията с прекия началник анкетираниите професионалисти по здравни грижи в по-малка степен в сравнение с анкетираниите лекари, смеят да критикуват началника си (36.5%). 100% от тях потвърждават готовност от страна на началника им да обсъжда с тях проблеми във връзка с работата и в 78.8% от случаите - готовност да изслуша проблеми от лично естество, които повлияват работата им (Фиг. 50).

3.5. АНАЛИЗ И ОЦЕНКА НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ АНКЕТНОТО ПРОУЧВАНЕ НА ПАЦИЕНТИ

Социо-демографски характеристики на анкетираните пациенти

Анкетирани са 729 пациенти, лекувани в МБАЛ „Медлайн клиник“ АД – гр. Пловдив, Първа МБАЛ – София ЕАД, МБАЛ „Доверие“ гр. София, МБАЛ „Д-р Атанас Дафовски“ АД гр. Кърджали. Разпределението по пол, възраст, образование и отделение, в което са били лекувани са представени на фигури от 51 до 54.

Фигура 51. Разпределение на анкетираните пациенти по пол (абсолютен брой)



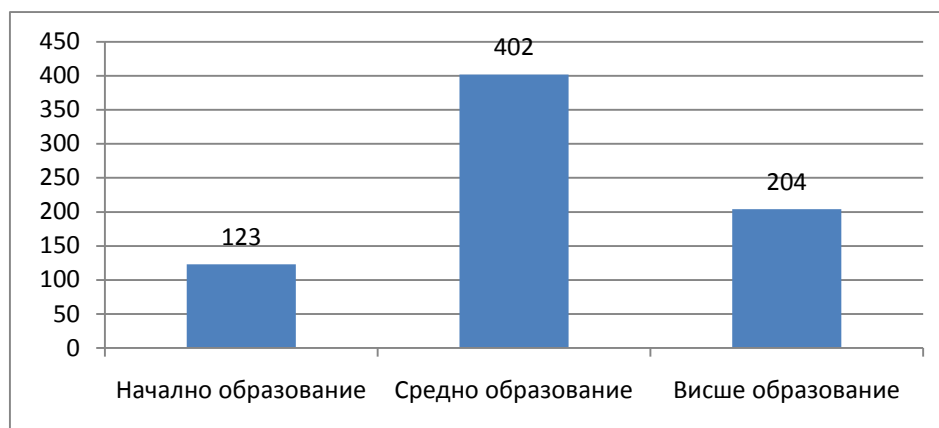
Преобладават жените - 60.5% от всички анкетирани, за сметка на мъжете - 39.5%.

Фигура 52. Разпределение на анкетираниите пациенти по възраст(абсолютен брой)



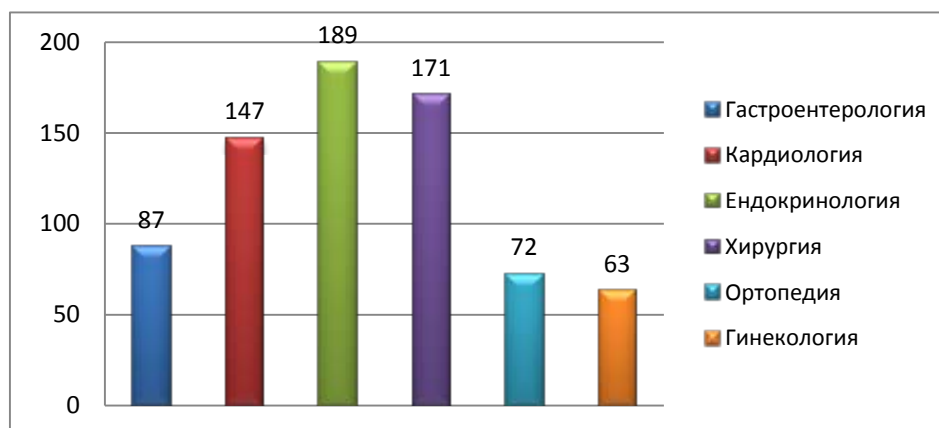
Най- голям е дялът на участниците във възрастовата група 31-60 години (47%), следвани от анкетираниите над 60 години (40%) и тези до 30 години (13%) (Фиг. 52). Преобладават пациентите със средно образование - 55.1%. С висше образование са 28% и с начално образование - 16.9% (Фиг. 53).

Фигура 53. Разпределение на анкетираниите пациенти по образователен ценз(абсолютен брой)



Разпределението на анкетираниите пациенти по отделения е представено на фигура 54. Най-голям е относителния дял 25.9% на анкетираниите пациенти в ендокринологично отделение, следвани от 24.5% от хирургично отделение и 20.2% от отделение по кардиология..

Фигура 54. Разпределение на анкетираните пациенти според болнично отделение, в което са хоспитализирани (абсолютен брой)



От пациентите, взимащи участие в проучването 345 за първи път постъпват за лечение в съответната болница.

Оценка на качеството на оказаната медицинска помощ от пациентите

Същинската част на въпросника включва 24 въпроса, които оценяват мнението на пациентите във връзка с качеството на оказаната им медицинска помощ в изследваните болници по отношение на:

- приема на пациентите в болницата;
- запознаването им с правилника за вътрешния ред на болницата;
- материално-битовите условия в болницата;
- възможностите за консултация с лекуващия ги лекар;
- информираността им за диагностичните и терапевтични процедури;
- искането за информирано съгласие;
- храненето в болницата;
- удовлетвореността от оказаните здравни грижи.

Почти всички /99.2%/ от изследваните пациенти на четирите болници потвърждават, че приемът в отделението е осъществен бързо и вежливо. Достъпността и вежливото отношение на персонала са признаци за висококачествен процес. 97.5% свидетелстват за

своевременност на действията по третиране на остра или хронична болка и бързо предприемане на мерки за тяхното незабавно уточняване, превенция и лечение.

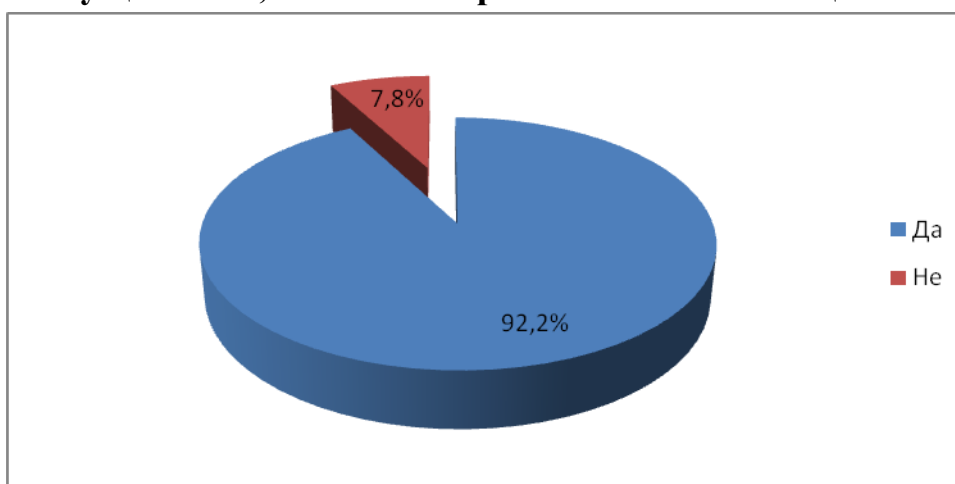
Приспособяването на пациента към болничната среда е от значение, както за привличането му в лечебния процес, така и за удовлетвореността му от грижите на персонала.

Пациентите са в различни възрастови групи, с различни очаквания и различна култура. Запознаването на пациента с Правилника за вътрешния ред на отделението в което е постъпил, с дневния режим, с неговите права, отговорности и задължения е от голямо значение за успеха на лечението и за това, той да преодолее първоначалния стрес от постъпването си в лечебното заведение.

От професионалистите по здравни грижи и от лекарите се изисква да използват своите професионални знания и умения и да приложат индивидуален подход към всеки един пациент. От отговора на въпроса се вижда, че с правилника за вътрешния ред, с правата си като пациенти на съответното отделение, както и със самоличността и функциите на лекуващия ги екип са запознати 94.2% от пациентите.

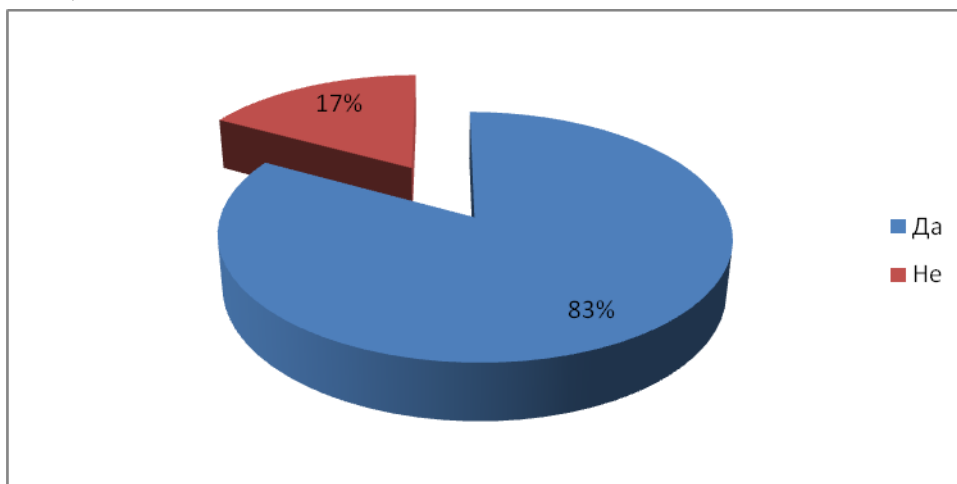
На 92.2% от анкетиранияте пациенти е предоставена възможност за съхранение на имущество, ценни вещи и пари. (Фиг. 55)

Фигура 55. Честота на разпределение на анкетиранияте пациенти според предоставената им възможност за съхраняване на дрехите и имуществото, с които са пристигнали в болницата



В 83% от случаите пациентите са получили прилично по вид и размер болнично облекло (пижама, нощница, халат), което е допринесло за запазване на човешкото им достойнство (Фиг.56).

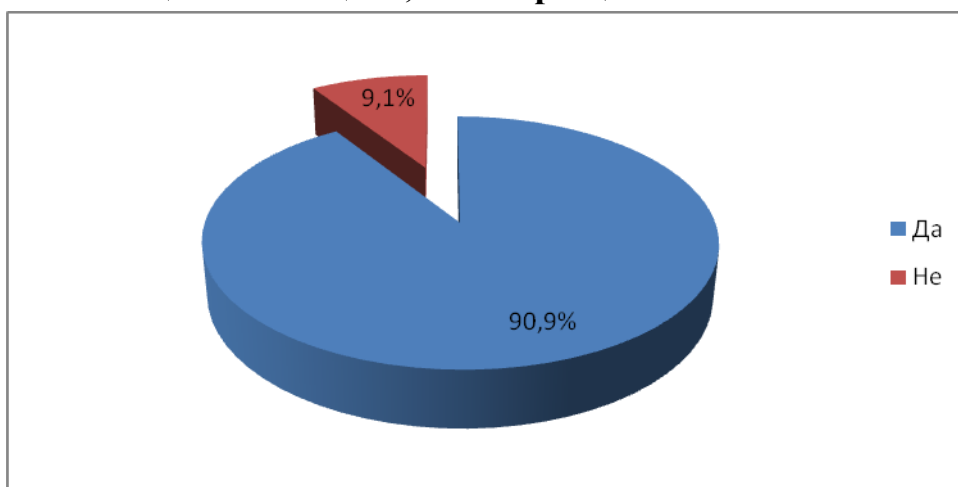
Фигура 56. Честота на разпределение на анкетираниите пациенти според осигуряването им на прилично по вид и размери болнично облекло, позволяващо да се запази човешкото им достойнство



Следващият по-значимост фактор, който влияе на предпочитанията на пациента е качеството на обслужване от гледна точка на обстановката в болничната стая - мебелировката (стол, шкафче, подвижен плот за хранене). От анкетираниите пациенти 85.9% смятат, че болничната стая е с добра атмосфера и съответна на нуждите им мебелировка, като стаята се проветрява редовно и съществува възможност за регулиране на температурата. 75.1% са доволни от нивото на хигиената в санитарния възел и поддръжката на болничното легло.

По-малко от 10% (9.1%) посочват, че не са били информирани относно реда на свижданията и контактите с адвокат, духовно лице или служебно лице, което отговаря за жалбите в болницата (Фиг. 57).

Фигура 57. Честота на разпределение на анкетираниите пациенти според информираността им относно реда за срещи с личния им лекар, с близки, с адвокат или духовен наставник и със служебното лице в болницата, отговарящо за жалбите



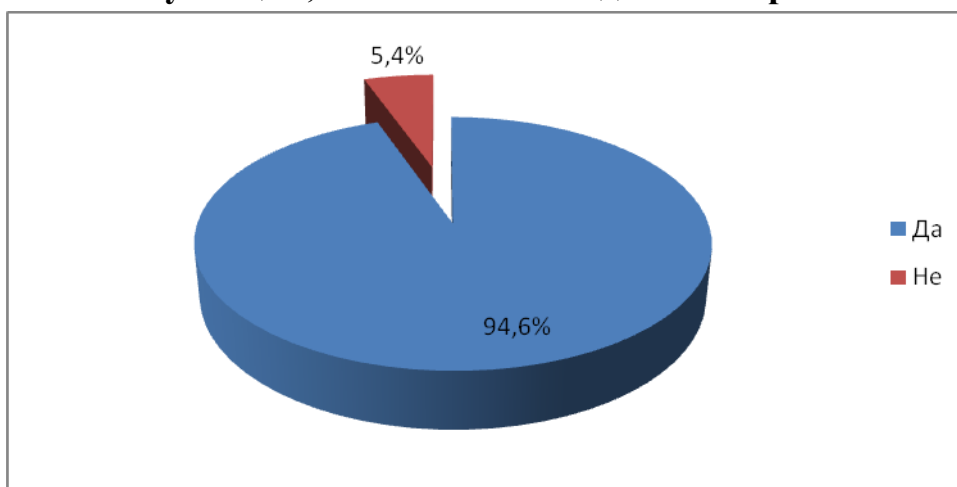
Една десета /10% / от анкетираниите пациенти не са уведомени за възможността ползват място, позволяващо конфиденциални разговори с медицинско и друго лице и за условията и реда за достъпа до личното им пациентско досие.

Един от най-важните елементи за качеството на здравните грижи е зачитане правата на пациента. Информираното съгласие е необходимо условие при провеждането на всяка медицинска интервенция.

Пациента има право на висококачествени грижи и човешки взаимоотношения. За да се установи степента на получаване на информирано съгласие от пациентите, в анкетното проучване са поставени няколко въпроса в тази връзка.

По-голямата част от /94.6%/ от анкетираниите посочват, че са получили информация относно заболяването им, за диагностичните и лечебните процедури и за допълнителните консултации, които се налага да се извършат, както и за съдействието, което трябва да окажат пациентите на лекуващия екип (лекар, медицинска сестра) при тяхното осъществяване (Фиг. 58).

Фигура 58. Честота на разпределение на анкетираниите пациенти според информираността им относно заболяването им, диагностичните и лечебните процедури и за допълнителните консултации, които се налага да се извършат



Информираността на пациентите е от ключово значение за изграждането на доверие и партньорство между лекуващият екип и пациента.

Всеки пациент според Хартата за правата на пациента има право на информация за предлаганите медицински изследвания, процедури, потенциалните рискове и ползи на всяка процедура, диагноза, прогноза и развитие на лечението. По отношение на въпроса „Обяснено ли Ви бе за кои диагностични лечебни процедури е необходимо Вашето писмено съгласие и искано ли Ви е такова?“ са получени следните отговори - на 696 /95.6%/ от анкетираниите пациенти е искано такова съгласие, а на 33 /4.4%/ не е искано съгласие.

Трябва да се обърне внимание и предоставянето на информацията на пациента трябва да бъде по начин, съобразен с неговите възможности да я възприеме, при свеждане до минимум на професионална терминология.

Относно вътрешния ред в отделението, 98.8% отговарят, че редовно се провеждат визитации от лекуващият лекар и началника на

отделението, 98.4% смятат, че часовете за прилагане на медикаментите предписаните от лекуващият им лекар се спазват.

Почти всички /99.2%/ от анкетиранияте пациенти потвърждават, че редовно са проследявани за декубитуси и тромбоза на дълбоките вени и е извършвана необходимата профилактика на тези състояния

Храненето на пациентите е съществена дейност от болничната помощ, а за осигуряване на качествено болнично обслужване е необходимо да се търсят съвременни начини за подобряване организацията на храненето в лечебното заведение. Пациентите посочили, че се уважава изборът им за вида, състава, овкусяването и количеството на болничната храна при условие, че това се вменява в предписанията от лекуващия им лекар хранителен режим са 94.2%. (Таблица 2.)

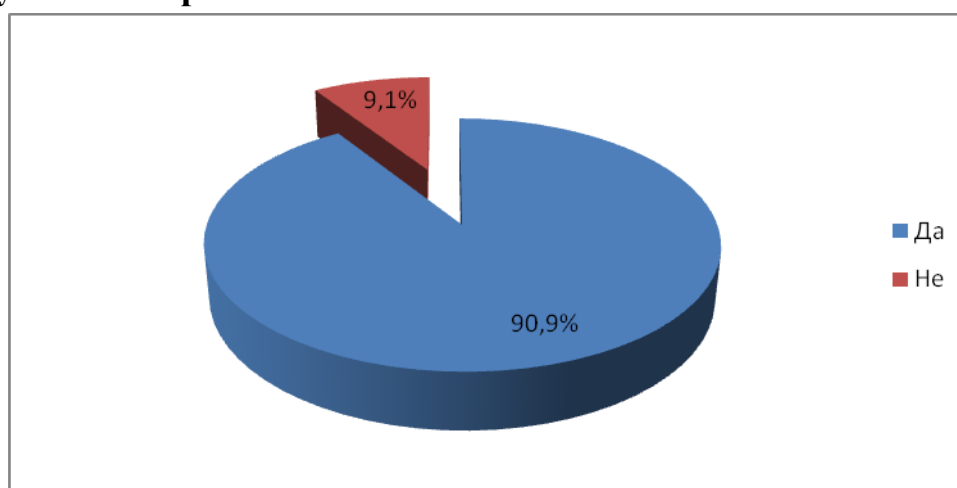
Таблица 2. Честота на разпределение на анкетиранияте пациенти според отговорите им на въпросите свързани с храненето в болниците

въпрос	ДА	НЕ
Уважава ли се изборът Ви за вида, състава, овкусяването и количеството на болничната храна при условие, че това се вменява в предписанията от лекуващия ви лекар хранителен режим?	94.2%	5.8%
Спазват ли се определените часове за хранене? Храната temperира ли се добре и поднася ли се в приятни на вид съдове?	92.4%	7.6%
Между основните хранения предлага ли Ви се лека закуска по вид, състав и количество в рамките на предписанията от лекуващия ви лекар хранителен режим?	76%	24%

Уважението на автономния избор на пациента относно храната, е предпоставка за висока степен на удовлетвореност по време на болничния престой. Видно е, че в изследваните лечебни заведения са предложени ефективни, съобразена със съвременните стандарти начини на организация на храненето, за да се предостави на пациента възможност за избор и удовлетвореност от храненето. Три четвърти /76%/ от анкетиранияте пациенти потвърждават, че между основните хранения им се предлага лека закуска в рамките на предписания им хранителен режим (Таблица 1).

По преценка на 90.9% от анкетиранияте пациенти болничният персонал спазва политиката за подобряване и устойчиво развитие на качеството на болничната помощ. Всички мъже, всички анкетиранни във възрастовата група над 60 години и всички пациенти хоспитализирани в отделенията по кардиология, ортопедия и хирургия отговарят положително на този въпрос. (Фиг. 59)

Фигура 59. Честота на разпределение на анкетиранияте пациенти според мнението им относно спазването от болничният персонал на декларираната от болничното ръководство политика за подобряване и устойчиво развитие на качеството на болничната помощ



Нито един от пациентите не съобщава за нерегламентирано заплащане на ръка преди постъпване в болницата или по време на лечение.

По отношение на изписването едва 4.5% от анкетираниите пациенти не са били уведомени за момента на изписването, а на 98.4% са предоставени всички необходими документи - епикриза, документ за платена потребителска такса, за избор на екип и други услуги .

Почти всички /98%/ от участниците в проучването са доволни от престоя в съответната болница и проведеното лечение и същият дял анкетирани биха препоръчали болницата на свои близки при нужда от болнично лечение .

Анкетираниите пациенти оценяват високо лечебните практики, здравните грижи, отношението на персонала и условията в болницата.

3.6. МОДЕЛ НА ОРГАНИЗАЦИЯ И УПРАВЛЕНИЕ НА КАЧЕСТВОТО НА БОЛНИЧНИТЕ УСЛУГИ - РАЗРАБОТВАНЕ И ВНЕДРЯВАНЕ В МБАЛ „МЕДЛАЙН КЛИНИК“ АД

Основни параметри на процесите по разработването и внедряването на модела за организация и управление на качеството на болничните услуги

Анализът на достойнствата на подробно изучените от нас модели за управление на качеството, на степента на тяхната адаптивност към процесите, свързани с производството на болнични услуги, на мястото им в теорията и практиката на медицинската квалитология показва, че най-подходящ за целите на настоящото изследване е моделът „акредитация“.

Този избор обаче не повтаря изцяло българските програми за акредитация на лечебните заведения за болнична помощ (приложение № 1, № 9 и № 11 към Наредба № 18 на Министерството на здравеопазването от 20.06.2005г.) „За критериите, показателите и методиката за акредитация на лечебното заведение“. Той е значително

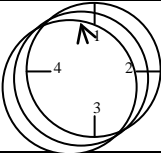
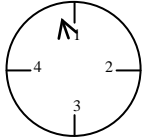
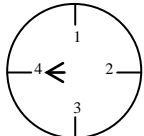
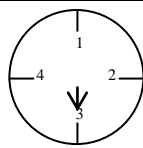
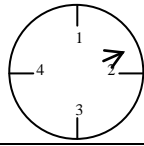
обогатен със заимствани от френската програма за болнична акредитация, направления, ключови зони, критерии и показатели (103, 105) за:

1. Адаптирана към пациентите политика на болницата за организация на техния прием, обслужване, информираност и зачитане на човешките и гражданските им права;
2. Ориентирана към пациентите политика за подобряване и устойчиво развитие на качеството на болничната помощ и за превенция на рисковете при нейното оказване;
3. Управление на болницата в полза на оказваните на пациента болнични услуги;
4. Ресурсно осигуряване, организация на дейностите и вътрешния ред в болничните отделения, като важен сегмент от условията за оказване на качествени болнични услуги на хоспитализираните пациенти;
5. Ресурсно осигуряване, организация на дейностите и вътрешния ред в специализираните болнични медико-диагностични логистични структури.

Стандартни изисквания за оценяване на специфичните дейности на функциониращите в болницата медицински и други структури

Разработването и внедряването на модела за организация и управление на качеството на болничните услуги в МБАЛ „Медлайн Клиник” АД при ползване на основополагащите принципи на Програмата за болнична акредитация на ANAES – Франция преминава през следните четири относително обособени, но взаимосвързани фази, нагледно посочени на фигура 60.

Фигура 60. Програма за болнична акредитация на ANES- Франция, внедрена в МБАЛ „Медлайн Клиник“ АД

Фази		Време				
		до 15.02.2014	до 30.06.2014	до 30.09.2014	до 30.11.2014	до 31.12.2016
Работна фаза на модела						
Учредителна фаза на модела						
Проектна фаза на модела	Инвестиционна част					
	Концептуална част					
Идейна фаза: анотация за обосновка на идеята						

1. Идейна фаза, през която се изясняват и уточняват обосновката, основната цел, подцелите и стратегическия избор на модел за организация и управление на качеството на болничните услуги *със срок за приключване 15.02.2014 г.*

2. Проектна фаза, през която:

2.1 На основата на широк и задълбочен преглед на специализираната научна литература и маркетингово проучване на факторите, благоприятстващи формирането на модел за организация и управление на качеството на болничните услуги *в срок до 30.06.2014 г.* се прави стратегически избор на най-

приемливия за МБАЛ „Медлайн Клиник” АД такъв модел, обхващащ следните основни направления:

2.1.1 адаптиране към пациентите политика за организация на техния прием, обслужване, информираност и зачитане на човешките и гражданските им права;

2.1.2 ориентирана към пациентите политика на подобряване и устойчиво развитие на качеството на болничните услуги и за превенция на рисковете при тяхното оказване;

2.1.3 управление на болницата в полза на оказваните на пациента болнични услуги;

2.1.4 ресурсно осигуряване, организация на дейностите и вътрешния ред на болничните структури, като важен сегмент от условията за оказване на качествени болнични услуги;

2.1.5 ориентиране към качеството на болничните услуги стандарти за специфичните дейности на функциониращите в болницата медицински и други структури

2.2. На основата на наличния уставен капитал на Акционерното дружество се финансира и съставя *в срок до 30.09.2014 г.*

Програмната част на модела и Наръчник за неговото управление.

3. Учредителна фаза, през която в срок до 30.11.2014 г. се осъществяват в логическа последователност действия, насочени към:

3.1 провеждане на обучение на болничния персонал по съдържанието на модела и неговата значимост за подобряване и устойчиво развитие на качеството на предоставяните от МБАЛ „Медлайн Клиник” АД болнични услуги;

3.2 учредяване на Съвет по качеството в болницата, изготвяне на Правила за неговото устройство и дейност и провеждане на обучение на неговите членове;

3.3 изготвяне на процедура за организиране и провеждане на вътрешни акредитационни одити и образци на необходимите за това документи;

3.4 изготвяне на процедура за управление на несъответствията в качеството на болничните услуги и за произтичащите от това превантивни и коригиращи действия.

4. Работна фаза, през която в срок до 31.12.2016 г. се извършват следните действия:

4.1 провеждане на вътрешни акредитационни одити, в съответствие с времевите параметри, посочени в раздел „първи” на програмата-модел и Наръчника за организация и управление на качеството в болницата;

4.2 документиране и анализиране на резултатите от проведените вътрешни акредитационни одити;

4.3 провеждане през всяко тримесечие на анонимни анкети с лекувани пациенти, относно качеството на оказаните им болнични услуги и изготвяне на анализи, очертаващи тренда на тяхната удовлетвореност;

4.4 анализиране през всяко тримесечие на статистическите данни за дейността на болницата и на нейните клинични структури (преминали болни, използваемост на леглата, оборот на леглата, среден болничен престой, предоперативен престой, оперативна активност, сложност на оперативните и други процедури, болничен леталитет) и на показателите за вътрешна икономическа ефективност (средна издръжка на едно болнично легло, разходи за преминал болен, за легло-ден, лекарство-ден, храно-ден);

4.5 подбор и сключване на договори с медицински и други специалисти в етапа на разгънато функциониране на модела за организация и управление на качеството;

4.6 ежегодно провеждане на анонимни анкети с лекарите, медицинските сестри и лаборантите, относно удовлетвореността от професионалния и социалния им статус и от физическата и психологическата комфортност на работното им място;

4.7 провеждане чрез средствата за масова информация на целеви маркетингови комуникации по разясняване на модела за организация и управление на качеството на диагностичните, лечебните и рехабилитационните дейности и на грижите за болните в МБАЛ „Медлайн Клиник” АД и на учебните възможности на нейните клинични структури;

4.8 внедряване на иновативни клинични протоколи в мениджмънта на някои от болестите от предметния обхват на болницата (Diseases Management);

4.9 търсене на фирмени организации, като кандидати за провеждане на „болничен скрининг” на техните служители;

4.10 търсене на организации, осъществяващи международен медицински туризъм и сключване на договори с тях;

4.11 създаване на съвместни сдружения (joint venture), в т. ч. и по линия на частно-публичното партньорство с други лечебни заведения за болнична помощ.

Предвид изключителната важност на тази фаза за успешното изпълнение на модела мениджърският екип на МБАЛ „Медлайн Клиник” разработи и детайлизира график с мероприятия, срокове и отговорници за изпълнението им. За целта е създадена надеждна планова конструкция, съдържаща всички необходими за целта новаторски организационни и контролни механизми, като се използва и методологичния арсенал на моделирането: PERT-time, теория за масовото обслужване, системните индекси за оценка на болничната дейност (динамика на физическия обем на болничните услуги,

производителност на труда в болничните структури, себестойността на болничните структури и др.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Настоящото изследване на чуждестранните и българските практики за изследване на качеството на болничната помощ в условията на хроничен недостиг на публичен финансов ресурс за здравеопазване е предназначено да подпомогне болничните ръководства и началниците на болничните отделения, лаборатории и логистични структури при формирането, организацията и изпълнението на клаузите от съответните медицински стандарти и в изграждането на икономически обоснована и професионално възприемлива политика за управление на тяхното качество.

Следваната през последните години политика за поддържане на нисък относителен дял от brutния вътрешен продукт за здравеопазване е предпоставка за изоставане от европейските стандарти за качество на болничната помощ и е кризисна за здравето на социалните групи с незадоволителен икономически статус.

Незадълбоченият анализ на културните ценности на обществото и на индикаторите, характеризиращи неговата оценка за качество на болничната помощ, както и недостатъчният обществен дебат за дългосрочните приоритети и цели на реформата в болничния сектор са причина за нарастващия социален песимизъм към провежданата у нас здравна политика.

Наложеният модел за рестриктивно смесено (социално здравно осигуряване + частно здравно застраховане) финансиране на болничните услуги и произтичащите от него смесени подходи за тяхното перспективно лимитиране и ретроспективно заплащане води до некоординираност на държавния, обществения и здравноосигурителния контрол върху качествените еквиваленти на разходвания за болнична помощ публичен финансов ресурс.

Некоректните разчети за потребностите на населението от качествени диагностични, лечебни и рехабилитационни болнични услуги, както и финансовите бариери, пред които се изправят регламентираните от Закона договарящи се страни са причина за подценяване на проблемите за качество на болничната помощ в ежегодните Национални Рамкови Договори и в индивидуалните договори с изпълнителите на болнични услуги.

Качеството на здравното обслужване е приоритет на всяка здравна система. Проблемът за качеството в здравеопазването е особено актуален сега, когато в резултат на извършваната реформа се изисква прилагането на нов подход в управлението на здравните организации. В основата на този подход трябва да стои осигуряването на високо качество и ефективност на здравните услуги, до степен задоволяваща максимално здравните потребности на населението.

ИЗВОДИ

1. Повече от три четвърти /77,8%/ от анкетираните началници на отделения са на мнение, че е необходимо усъвършенстване на организацията на диагностичните и лечебните дейности в болницата, в която работят, а около една трета /33.3%/ от анкетираните намират за необходимо усъвършенстване на съдържанието и управлението на пациентското досие.
2. Почти половината от анкетираните началници на отделения /44.4%/ намират за необходимо усъвършенстването на болничния мениджмънт, като 66.7% от респондентите смятат, че е необходимо подобряване на мениджмънта на човешките ресурси.
3. Голямото мнозинство от участвалите в проучването началници на отделения (77.8%) са привърженици на модела на „диагностично-свързаните групи“, който следва да подмени алгоритмите „клинични пътеки“.
4. Значителен дял от анкетираните началници на отделения (77.8%) са на мнение, че акредитацията на лечебните заведения за болнична помощ, като система за управление на качеството на болничните услуги трябва да се подложи на новаторска организационна промяна, а действащите медицински стандарти за болнична помощ се нуждаят от актуализация в посока „инфраструктура и процеси – в полза на ефекта от лечението“.
5. Анкетираните лекари и професионалисти по здравни грижи дават висока оценка на практиките в проучените болници по отношение на организацията и управлението на качеството на приема, диагностиката, лечението и грижите за хоспитализираните пациенти.
6. Значителен дял от анкетираните лекари (78%) и професионалисти по здравни грижи (65,4%), са на мнение, че се нуждаят от

подобряване и устойчиво развитие на професионалните си знания и компетенции, в по-малка степен това важи за подобряване на комуникационните им умения (40.7% при лекарите и 57.7% при професионалистите по здравни грижи) и уменията за социални дейности (40.7% от лекарите и 44.2% от професионалистите по здравни грижи).

7. Отношенията на работното място и психологичният климат са положително оценени от анкетиранияте лекари и професионалисти по здравни грижи.
8. Значителен дял от участниците в изследването /74% от лекарите и 36.5% от професионалистите по здравни грижи/ споделят, че смеят да критикуват началника си, без да се страхуват от последствията.
9. Приема на пациенти е добре организиран, което е съществен момент за приспособяването на пациентите към болничната среда и е от голямо значение, както за привличането им в лечебния процес, така и за тяхната удовлетвореност. При анализа на резултатите става ясно, че 94.2% от пациентите са запознати с Правилника за вътрешния ред, с правата си като пациенти на съответното отделение, както и със самоличността и функциите на лекуващия ги екип.
10. Информираното съгласие на пациента е необходимо условие за участието му в диагностичния и терапевтичния процес. Положителните отговори на анкетиранияте показват, че в работата си медицинските специалисти са постигнали професионално - комуникативни умения, а също и че правата на пациентите са защитени.
11. Представени са принципите и основните фази на предложения за внедряване в МБАЛ „Медлайн Клиник“ АД модел на организация и управление на качеството на болничните услуги.

ПРЕПОРЪКИ

В резултат от проучването могат да бъдат направени следните препоръки:

КЪМ МИНИСТЕРСТВО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

1. Оценка от екип от експерти на предложения за внедряване в МБАЛ „Медлайн Клиник“ АД модел на организация и управление на качеството на болничните услуги с оглед включването му в българските програми за акредитация на лечебните заведения за болнична помощ.

КЪМ МЕНИДЖЪРИТЕ НА БОЛНИЧНИТЕ ЗДРАВНИ ЗАВЕДЕНИЯ

1. Провеждане на периодични анонимни анкети сред началниците на клиниките и отделенията относно необходимостта от промяна в политиката за подобряване и устойчиво развитие на качеството в болниците.
2. Провеждане на периодични анонимни анкети сред медицинските специалисти: лекари и професионалисти по здравни грижи относно установяването на проблеми свързани с организацията и управленията на качеството на приема, диагностиката, лечението и грижите за хоспитализираните пациенти.
3. Разработването на програма за периодично подобряване на компетентността на болничния персонал.

КЪМ МЕНИДЖЪРИТЕ НА БОЛНИЧНИТЕ ЗДРАВНИ ЗАВЕДЕНИЯ И ПАЦИЕНТСКИТЕ ОРГАНИЗАЦИИ

1. Провеждане на периодични анонимни анкети сред пациентите относно установяването на проблеми свързани с качеството на оказаната по време на престоя им в болницата медицинска помощ и грижи и степента на защитата на правата им, като пациенти.

САМООЦЕНКА ЗА ПРИНОСИТЕ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

Настоящият дисертационен труд има приноси в следните няколко направления:

✓ **Научно-приложни приноси:**

- Разработен и предложен е за внедряване в МБАЛ „Медлайн Клиник“ АД модел на организация и управление на качеството на болничните услуги, целящ - системата за управление на качеството на болничните услуги да придобие компетентност и капацитет да въздейства върху неговите фактори и да осигурява системен мониторинг върху неговата динамика в съвременното лечебно заведение за болнична помощ.

✓ **Научно-теоретични приноси:**

- Проучено и анализирано е мнението на началници на отделения относно необходимостта от ясно формулирана и последователно провеждана, ориентирана към пациентите политика за подобряване и устойчиво развитие на качеството в болниците.
- Комплексно е проучено, анализирано и експертно оценено мнението на лекарите и професионалистите по здравни грижи по отношение на качеството на организацията и управлението на приема, диагностиката, лечението и грижите за хоспитализираните пациенти.
- Изследвани и анализирани са необходимостта от подобряване на компетентността на болничния персонал, отношенията на работното място, психологичният климат и взаимоотношенията с ръководството.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бачев С. Икономика на здравеопазването / „Ново обществено здравеопазване” стр. 334-408 под редакцията на В. Борисов, Зл. Глутникова и Ц. Воденичаров, София 1999.
2. Борисов В. Нерешени или нерешими стратегически дилеми на здравеопазването. Сп. „Здравен мениджмънт” № 4, София 2006.
3. Воденичаров Ц., В. Борисов, Ст. Гладилев, К. Чамов и Д. Кръшков. Модел за ефективно развитие на българското здравеопазване, сп. „Здравен мениджмънт” № 2, София, 2005.
4. Воденичаров, Ц. Десетте принципа на медика и мениджъра. 2009.
5. Воденичаров, Ц. Професионалният здравен мениджмънт няма алтернатива, списание Медицински меридиани, 2014г., бр.2, 3-7 стр.
6. Воденичаров, Ц. Седемте разлики между медика и мениджъра. 2005.
7. Воденичаров, Ц., В. Борисов, Ст. Гладилев, К. Чамов, Д. Кръшков. Модел за ефективно развитие на българското здравеопазване. Здравен мениджмънт, 2008, том 8, №1, 53-61.
8. Воденичаров, Ц., Г. Грънчарова, В. Борисов. Мисията на факултетите по обществено здраве – актуални предизвикателства. – Юбилейна научна конференция, 5-6 октомври, 2006, Плевен.
9. Воденичаров, Ц., За реален старт на управленския професионализъм в здравеопазването, Първа национална конференция по здравен мениджмънт с международно участие, Стара Загора, май 2003 г.
10. Воденичаров, Ц., Път в медицината, София, БАН, 1992.
11. Воденичаров, Ц., С. Попова, Медицинска етика, София, ДАК, 2003.
12. Воденичаров, Ц. Професионалният здравен мениджмънт няма алтернатива. – Медицински меридиани, списание за стратегически здравен мениджмънт, 2014, 2.
13. Грива Х. Определяне на разходите при сключване на договори в здравеопазването, НЦЗИ, София 2000.
14. Давидов Б. Какво е здравна икономика, сп. „Здравна икономика” бр. 1, София 1999.

15. Димитров, Д., Стил на лидерство и мениджмънт в болницата, Здравна политика и мениджмънт, 2009,2, 25-30.
16. Димитров, Д., Управленска компетентност на началник отделенията и старшите сестри, Здравна политика и мениджмънт, 2008,5, 76-79.
17. Димитров, Ив., Иванов, Евг., Кехоайов, Анд. Модели управления в сфере здравеохранения – модель „организационный конус“ Международном журнале «MEDICUS» №3 International medical scientific journal, № 3 (9), Волгоград 2016 стр. 105- 107 MEDICUS. 2016. № 3 (9). ISSN 2409-563X.
18. Димова А. Управление на качеството на болничната дейност в България: подходи и възможности за осъществяване. Автореферат, Варна 2003.
19. Димова А., Попов М., Рахова М. Здравната реформа в България/ Институт „Отворено общество“. София 2007.
20. Европейска организация по качеството (ЕОQ) „Сдружение клуб 9000“. 22/2007.
21. Елиас М., Амио Д., Джозеп Ф. Джое К Финансирование здравеохранения альтернативы для Европы. Европейская обсерватория по системам здравеохранения № 4 Копенгаген 2002.
22. Енчев, Нев., Иванов, Евг., Кехайов, Анд. Аккредитация – инструмент для оценки и улучшения качества больничных услуг., Международном журнале «MEDICUS» №3 International medical scientific journal, № 3 (9), Волгоград 2016 стр. 108-112 MEDICUS. 2016. № 3 (9). ISSN 2409-563X
23. Здравье для всех 21-ом столетии. Глава 6 „Ориентированны на резултаты работы сектор здравеохранения“ стр.161-205. ВОЗ. Европейское региональное бюро, Копенгаген. 1999.
24. Иванов Г. Качество на медицинската помощ – същност, съдържание, осигуряване, управление – www.nsoplб.com
25. Иванов Л. Основания за радикална трансформация на здравната система /”Бяла книга за здравеопазване, основано на стойности” стр, 58-118. под общата редакция на Л. Иванов. БАТМИ. София 2012г.

26. Иванов Л. Подходи и методи за оценка на качеството на медицинското обслужване. „Здравната реформа в България I-ва част стр.306-346. Македония прес. 1997.
27. Иванова Т. , Димова А., Гарева Г. Качество на здравните услуги: „Болничен мениджмънт” стр. 257-334 под ръководството на Л. Иванов и Ж. Големанова. НЦДЗ, 2005.
28. Иванова Т. Качество и управление на качеството(медицинска квалитология) „Основи на болничното управление” стр.597-642, под редакцията на М.ПОПОВ., „Македония прес” 2000.
29. Кехайов А., Т. Златанова, Р. Янева, Ст. Великов, Анализ на теориите за характерните черти на лидерството – ИНГА, 24 юни 2016
30. Костадинова Т. Възможности за портфолио управление на лечебните заведения. Автореферат на дисертационен труд. София 2001.
31. Куфинал А. и др. Бележки по политиката за реформа в здравния сектор- България пред 2012г. Световна банка 2013.
32. Маринов М. Качество и управление на качеството. / „здравната реформа в България” III част под редакцията на М.Попов, стр.317-347, Македония прес, София, 1998.
33. Мартин М. Юдит Х. Реформа болниц в новий Европе. Европейская обсерватория по здравеохранения №1. КОпенхаген 2002.
34. Наредби №1/2000 и №18/2005 на МЗ „За критериите, показателите и методиката за акредитация на лечебните заведения.”
35. Петрова З., Генов С. Управление на здравната системам. НСЗПН, София, 2012.
36. Петрова, Зл., К. Чамов, Ст. Гладилов. (2008). Качеството в здравеопазването. Съвременни измерения и тенденции. Health media group.
37. Петрова, Зл., Медицинският одит, основен подход за осигуряване на качеството на болничната помощ в условията на здравното осигуряване, докторска дисертация, София, 2006

38. Петрова, Зл., Младенова, В., Удовлетвореността на пациента от медицински услуги – компонент на качеството на здравното обслужване, здравен мениджмънт, 3, (3), 2003
39. Петрова, Зл., Ролята на НЗОК в политиката за качеството на здравеопазването, Здравен мениджмънт, 3, № 1, 2003
40. Петрова, Зл., Стоянов, А., Методика за изготвяне на сборна оценка на качеството на лечебните заведения, Здравен мениджмънт, 4, (2), 2003
41. Попов М. Наръчник по управление на качеството- неиздаден. МЗ, София,2012.
42. Ричард С., Рейнхорд В., Елиас М. Регулирование предпринимательской деятельности в системан здравоохранения европейских стран. Европейская обсерватория по здравоохранения №2. КОпенхаген 2002.
43. Шишкова А.”Акредитацията- инструмент за оценка , възприета от света”, в-к „Форум Медикус” бр.2 . 2003.
44. Akin J. Financing Health Services in Developing Countries an Agenda for Reform, A World Bank policy study. Washington : W.B. 1987.
45. Appleby J. Financing Health Care in the 1990s-Buckingham : Open univ. Press 1992.
46. Ashford D.F. The Emergence of the Welfare State. N.Y. Oxford Univ. Press 1986.
47. Benson J.K. The interorganizational network as a political economy. 1975.
48. Bergrem H. Five years with the St Vincent Declaration : Report Based on 1994 Questionnaires Completed by the St Vincent Declaration Liaison Persons of WHO/EURO members states – Copenhagen : WHO R.O, for Europe, 1995.
49. Black N, Research, audit and education/ Br. Med.J. 1992.
50. Black N. Quality assurance of medical care / J. Public Health Med. 1990.
51. Blomhoj E. Continuous Quality Development : Proposed National Policy. Copenhagen : WHO R.O. for Europe.1993.

52. Bodenheimer T, Grumbach K. Financing universal health insurance: takes, premiums and the lessons of social insurance – 1992.
53. Bourdieu P. Raison Pratique - Paris. Editions de Minuit, 1997
54. Cassels A. Health Sector Reform : key issues in Less Developed Countries- Geneva : WHO, 1995.
55. Churchill L.R. Rationing Health Care in America – South Bend: University of Norte Dame Press 1987.
56. Clarck D.G. Autonomy, personal empowerment and quality of life in long-term care. J.Appl. Gerontol 1988.
57. Contandriopoulos A.P. Reformer be systeme de santei une utupie pour sortird'un status quo impossible/Ruptures, 1994.
58. Crosby Ph. Quality is free. The art to make quality certain (NY: Mc Graw Hill, 1979) NY: New American library 1979.
59. Culver A.J. Health, health expenditures, and equity/ Equity in the finance and delivery of health care. An International Perspective. Oxford University Press.1993.
60. Daniels N. Just Health Care – Cambridge University press 1985.
61. De Roo A. Contracting and solidarity: market- oriented changes in Dutch health insurance schemes – Buckingham: Open Univ. Press. 1995.
62. De Swaan A. de Mens is de Mens oen Zorg (People are a concern to People) – Amsterdam : Muehlenhof,1989.
63. Deming W.E. Out of Crisis. Cambridge. Mass. MIT CAES 1986.
64. Deming W.E. Quality productivity and Competitive Position. Cambridge Masachusetts: MIT Center for Advanced Engineering Study. 1982.
65. Donabedian A. Guide to Medical Care Administration- Washington : American Public health Association , 1969.\
66. Enkin M. Guide to Effective Care in Prignancy and Childbirth- Oxford univ. Press, 1995
67. Esping- Andersen G. The Three Worlds of Welfare Capitalism. Princeton University Press 1990.
68. European Foundation for Quality Management (<http://www.efqm.org>)

69. European Foundation for Quality Management, EFQM excellence Model, Public and Voluntary Sector Version, 2003
70. Evans R.G. , Stoddart G.L. Producing health, consuming health care/ Why are Some People Healthy and Others not ? 1994.
71. Evans R.G. Strained Mercy : the Economics of Canadian Health Care- Toronto: Butterworths. 1984.
72. Feigenbaum A.V. Total Quality Control. N.Y. : Mc Graw – Hill, 1983, 1991.
73. Feldman R. Dowd B. That does the demand curve for medical care measure? J, Health Econom. 1993.
74. Fischer F. Technocracy and the Politics of Expertise – Newbury Park : Sage,1990.
75. Fuchs V.R. Physician – induced demand : a parable.
76. Glaser W.A. Health insurance in Practice – San Francisco : Jossey Boss. 1991.
77. Guattari F. Pour une refondation des pratique sociales / Le mondel Diplomatique-1992.
78. Guid metodologique pour L’auto-Evaluation, Service Evaluation et Qualite-DIREQ-DMP, Hopital Bicetre, Mai 1998, APHP – Paris.
79. Habermans J. Theorie de L’agir Communicational – Paris : Fayard, 1987.
80. Ham C. Contestability : a middle path for health care/ Br. MED. J. 1996.
81. H Marcus L. European Health Care Insurance – Growing Opporunities in the Private Sector. – Lond. : Finacia Times Business information , 1993.
82. Harris J. QALYfiyng the value of life/ J.MED. Ethics. 1987.
83. Information du patient/Manuel D’auto – Evaluation. Hopital Bicetre, Service Evaluation et Qualite, DIREQ-DMP APHP
84. Ischikawa K. hat is Total Quality Control? Prentise - Hall Englewood Cliffs. 1985.
85. Jackson S. Exploring the possible reasons wht the UK Government commandet he European for Quality Management (EFQM) excellence

- model as the framework for delivering governance in the new NHS, 1999.
86. Jarlies A. Charver- Pratat S. Improving quality decreases hospital cost. *Int. J. Qual. Health Care*, 2000.
 87. Jimenez E. Pricing Policy in the social Sectors: Cost Recovery for Education and Health in Developing Countries- Battimoz: Johns Hopkins Un press 1987.
 88. Klein R. On the Oregon trail: rationing health care/ *Br. Med J.* 1991.
 89. L'amélioration de la Qualité a l'APHP: Cahier 1 "Le patient e sa prise en charge"; Cahier 2 "Management et gestion au service du patient"; Cahier 3 "Qualite et prevention" Paris, APHP.
 90. L'ordonnance n0 96-346 du 24 avril 1996. Paris
 91. La Loi hospitalier du 31 juillet 1991 – Paris.
 92. Labelle R. A re-examination of the meaning and importance of supplier – inducet demand / *J.Healt econom.* 1994.
 93. Leidl R. Hospital financing in Germany/ *Hospital Financing Seven Countries.* 1995.
 94. Mant J., Hicks H. Detecting differences in quality of care. The sensitivity of me measures of process and outcome in treating myocardial in-farction. *BR.Med.J.* – 1995.
 95. Maxwell R.J. Health and Wealth : an International stud : of Health Spending- Cambridge Lexington Book. 1981.
 96. Maxwell R.J. Quality assessment in health / *Br.Med.J.* 1984.
 97. Medical Audit, a First Report : What, Why and How ? – Lond : Royal College if Physicians. 1989.
 98. Mooney G., Ryan M. Agency in health care : getting beyond First principles / *J. Health Econ.* 1993.
 99. Mulrow C.D. Rationale for systematic reviews / *systematic reviews.* 1995.
 100. Paul S. Capacity Building for Health Sector Reform- Geneva : World Health Organization, 1995.
 101. Pauly M.V. Are examination of the meaning and importance supplier – induced demand.

102. Pauly M.V. Overinsurance and public provision of insurance : the role of moral hazard and adverse selection / Q.J. Econ. 1974.
103. Peckham M. Research and development for the national health service . Lancet. 1991.
104. Petersen L.K. Hospital Financing in Denmark – Paris : Organization for Economic Cooperation and Development . 1995.
105. Preker A.S. , Feachem R. Searching for the Silver Bullet : Market Mechanisms and the Health Sector in Central and Eastern Europe. Washington W.B. 1987.
106. Rice T. Demand curves economists and desert is lands in a response to Feldman and Dowd/J. Health Econ. 1993.
107. Roemer M.I. National Health Systems of the World – Oxford University Press 1990.
108. Rotschild M., Stiglitz J. Equilibrium in comperative insurance markets : an essay on the economic of imperfect information.1976.
109. Saltman R.B. , von Otter C. Planned Markets and Public Competition, Strategic Reform in Northern European Health system – Buckingham, 1992.
110. Saltman R.B. Emerging trends in the Swedish Health system. 1991.
111. Saltman R.B. The context for health reform in UK, Sweden, Germany and USA / Health policy. – (in press).
112. Saltman R.B., J. Figueras. European Health care reform. Analysis of current Stratigies. Copenhagen, WHO- Regional Office for Europe . 1997.
113. Scrivens E. Accreditation: what can we learn from the Anglophone model? / Health Policy.1995.
114. Sen A. Inequality Reexamined –Cambridge : Harvard University Press 1992.
115. Shaw C, External Assessment of Health Services Standards, CASPE Research, 11-13, Carandish Square, LONODON, 1999.
116. Shaw C. Exte4rnal quality mechanisms for health care : summary of the Expert Union countries. International Journal for Quality in Health Care, 2000.

117. Shin Y.S. Hospital accreditation- a universal perspective, World Hosp. Health Serv. 1995.
118. Sourty- Le Guelle . Hospital financing in France / Hospital financing in Seven Countries 1995.
119. Staehr Johansen K. The OBSQID project: obstetrical quality development through integrated use telematics/technol. Inform.1994.
120. Swedish Parliamentary Priorities Commission. Priorities in Health Care- Stockholm : Ministry of Health an Sotial Affairs. 1995.
121. The reform of Health care : Comparativ Analysis of Seven OECD Countries- Paris:Organization for Economic Co-operation and Development, 1992.
122. Tomas L. The lives of a cell. NY, Banton Books 1975.
123. Wagstaff A. Equity in the finance of health care : some international comparisons/ J. Health Econ. 1992.
124. Weisbrod B.A. The health care quadrilemma. An essay on technological change, insurance, quality of care and cost containment/ J. Econ. Perspectives, 1991.
125. Whitehood M. Is it rair ? Evatuating te equrity implications of the NHS reform, Evaluating the NHS reforms. Lond. : King's Fund Institute, 1994.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1.

АНКЕТНА КАРТА за началници на отделения

Уважаеми колеги,

Ръководството на болницата ви моли да отговорите на въпросите в тази анонимна анкетна карта. Целта на анкетата е да се установи дали са обстоятелства, изискващи подобряване на организацията и управлението на качеството на болничната помощ в съответствие със съвременните тенденции в Европейското болнично пространство за конкурентност и лоялно партньорство на пазара за здравни услуги, като висша форма на доверие и за разширяване на постигнатите резултати от структурата, която вие ръководите в социално-ориентираната болнична помощ.

С уважение, Изпълнителен директор:.....

I. Въпроси, произтичащи от необходимостта за ясно формулирана и последователно провеждана, ориентирана към пациентите политика за подобряване и устойчиво развитие на качеството в болницата.

Във връзка с това необходимо ли е усъвършенстване на:

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Организацията и информационното осигуряване на приема на пациентите в болницата? | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> не |
| 2. Организацията на диагностичните и лечебните дейности и на грижите за болните? | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> не |
| 3. Организацията, съдържанието и управлението на пациентното досие? | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> не |
| 4. Превенцията на лекарствения, анестезния и хемотрансфузионния риск? | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> не |
| 5. Системата за превенция на злоумишлени действия, за контрол на професионалните рискове и създаване на добра организация за материална бдителност? | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> не |

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 6. Наблюдението, превенцията и контролирането на риска от вътреболнични инфекции? | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> не |
| 7. Управлението на болницата и на нейните структури и дейности? | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> не |
| 8. Мениджмънта на човешките ресурси в болницата? | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> не |
| 9. Управлението на логистичните дейности, информационните процеси и комуникационните потоци в болницата? | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> не |
| 10.Общовалидните за всички болнични отделения изисквания за организация и вътрешен ред? | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> не |
| 11.Специфичните за болничните отделения стандартизационни изисквания, произтичащи от предмета на тяхната дейност? | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> не |
| 12.Общовалидните за всички специализирани болнични медико-логистични структури изисквания за организация и вътрешния ред? | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> не |

II. Въпроси от системна значимост за сектора „болнична помощ”

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 13.Необходимо ли е модела за перспективно финансиране и ретроспективно заплащане на болничната помощ, основаващ се на алгоритмите „клинични пътеки” да бъде подменен с модела „диагностично свързани групи”. Във връзка с това известни ли ви са положителните и отрицателните страни на case-mix класификационната система? | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> не |
| 14.Възможно ли е със средствата, събрани чрез задължителни вноски в размер на 8% от доходите на гражданите, подлежащи на облагане да се осигури втори публичен стълб за заплащане на здравни услуги, управляван от доброволни здравно-застрахователни дружества? | <input type="checkbox"/> да | <input type="checkbox"/> не |

15.Налага ли се акредитацията на лечебните заведения за болнична помощ, като система за управление на качеството на болничните услуги да се подложи на новаторска организационна промяна, ориентирана към адекватен отговор на въпросите от №1 до №12 на тази анкета?

16.Считате ли, че действащите медицински стандарти за болнична помощ и свързаните с тях процедури за определяне на нива на компетентност се нуждаят от безпристрастен анализ, обективна оценка и актуализация в посока *„инфраструктура и процеси – в полза на ефекта от лечението”*?

Възраст(навършени години) :

Години на заемана длъжност н-к на отделение

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

АНКЕТНА КАРТА

за лекари

Уважаеми колеги,

С цел предприемане на мерки за подобряване квалификацията на болничния персонал, качеството на дейностите, работните условия, психологичния климат и отстраняване на причините, водещи до конфликти от организационно и управленско естество, ръководството на болницата ви моли да отговорите на въпросите в тази анонимна анкетна карта.

Благодаря ви за отзивчивостта!

С уважение, Изпълнителен директор:

I. Въпроси, свързани с организацията и управленията на качеството на приема, диагностиката, лечението и грижите за хоспитализираните пациенти

1. Разполагате ли с точни писмени правила, необходими за изпълнение на задачите ви по приемането на пациенти за болнично лечение. да не
2. В отделението, в което работите, изпълнява ли се програма за извършване на предхоспитализационни процедури за пациенти, подлежащи на планова хоспитализация? да не
3. Изпълняват ли се писмени правила за поведение към пациенти с ограничена подвижност. Това поведение осигурено ли е с необходимите материални ресурси и с облекчен достъп до общоболничните структури с диагностично-консултативни функции (лаборатории, кабинети за специализирани изследвания и др.)? да не
4. Ползвате ли при нужда болничен служител-референт, който е в състояние да консултира здравнонеосигурен пациент как да получи социална защита по време на болничния му престой? да не

5. Запознати ли сте с процедурите, които трябва да се изпълнят за бързо отстраняване на възникнали в отделението технически проблеми, имащи отношение към диагностично-лечебния процес и грижите за болните. да не
6. Допълнителни диагностични изследвания, лечебни действия и сестрински грижи програмират ли се на основата на резултати от извършена задълбочена оценка на здравословното състояние на пациента? да не
7. Клиничните ви интерпретации върху ползите и рисковете от допълнителни прегледи, лечебни процедури и грижи регистрирате ли надлежно в пациентното досие? да не
8. Когато по повод на клинични обстоятелства назначавате повторни консултации и диагностични изследвания, осигурявате ли приемственост с резултатите от извършените преди това аналогични процедури? да не
9. Когато трябва да извършите хирургична, ендоскопска или друг вид инвазивна процедура, създавате ли екипна организация, включваща Вас като лекуващ лекар, анестезиолог и други специалисти, имащи пряко отношение към лечението на пациента? да не
10. Участвали ли сте в семинарно обучение по въпросите на борбата с болката: причини, симптоми, лечение? да не
11. При предписване на образно-диагностично, функционално-диагностично или ендоскопско изследване, формулирате ли целта на искането и клиничните аргументи за него? да не

12. В отделението, в което работите, установени ли са механизми за контрол върху изпълнението на назначените на пациентите апаратни и лабораторни изследвания, лекарствени терапии и диетично хранене? да не
13. Организирате и провеждате ли срещи между лекуващия екип, в който участвате от една страна и близките на пациента от друга за разговори и обмен на информация? да не
14. За всеки възрастен дезориентиран пациент извършвате ли оценка на риска за бягство и предприемате ли подходящи превантивни мерки за недопускане на такова? да не
15. При дехоспитализация освен нормативно определени текстове в епикризата правите ли запис, адресиран до личния (фамилния) лекар на пациента с указания за медицинско наблюдение и сестрински грижи в домашна обстановка, ако такива са необходими? да не

II. Въпроси, свързани с необходимостта от подобряване на компетентността на болничния персонал.

Нуждаете ли се от подобряване и устойчиво развитие на Вашите:

16. Професионални знания и компетенции? да не
17. Умения за комуникации? да не
18. Умения за социални дейности да не

III. Въпроси, свързани с типични ежедневни дейности

19. Нуждаете ли се от подкрепата на вашите колеги в ежедневната ви дейност? да не

20.Имате ли личен принос в подобряване на рентабилността и качеството на диагностично-лечебните дейности и на грижите за болните? да не

21.Професионално подпомагате ли колегите си от отделението, в което работите? да не

IV. Въпроси, свързани с отношенията на работното място.

22.Професионално надзиравани и зависими ли сте от другите членове на структурата, в която работите? да не

23.Разчитате ли на собствените си способности за справяне с проблеми от професионално естество? да не

24.Притежавате ли добри междуличностни умения и готови ли сте да окажете подкрепа на вашите колеги, когато това се налага? да не

V. Въпроси, свързани с психологични проблеми в ежедневната ви професионална дейност?

25.Имате ли съзнание на независима личност и можете ли да отстоявате идейната святост и моралната чистота на медицинската професия? да не

26.Ведър ли е психологичния климат в структурата, към която се числите и можете ли спокойно и планомерно да се захванете с работата си още в началото на работния ден? да не

27.Съумявате ли да използвате добрите си морално-волеви качества за интелектуално и професионално израстване на вашите по-млади колеги? да не

VI. Въпроси, произтичащи от взаимоотношението ви с непосредствения ви началник.

28. Готов ли е началникът ви да обсъди с вас проблеми, свързани с работата, която извършвате? да не

29. Готов ли е началникът ви да ви изслушва за лични проблеми, които влияят на вашата работа да не

30. Смяете ли да критикувате началника ви, без да се страхувате от последствията? да не

ПОЛ М/Ж

Възраст (навършени години)

Образование:.....

Трудов стаж като медицинско лице(навършени години).....

ПРИЛОЖЕНИЕ 3.

АНКЕТНА КАРТА за професионалисти по здравни грижи

Уважаеми професионалисти по здравни грижи,

С цел предприемане на мерки за подобряване квалификацията на болничния персонал, качеството на дейностите, работните условия, психологичния климат и отстраняване на причините, водещи до конфликти от организационно и управленско естество, ръководството на болницата ви моли да отговорите на въпросите в тази анонимна анкетна карта.

Благодаря Ви за отзивчивостта!

С уважение, Изпълнителен директор:

I. Въпроси, свързани с организацията и управленията на качеството на приема и грижите за хоспитализираните пациенти

1. Разполагате ли с точни писмени правила, необходими за изпълнение на задачите Ви по приемането на пациенти за болнично лечение. да не
2. Изпълняват ли се писмени правила за поведение към пациенти с ограничена подвижност. Това поведение осигурено ли е с необходимите материални ресурси и с облекчен достъп до общоболничните структури с диагностично-консултативни функции (лаборатории, кабинети за специализирани изследвания и др.)? да не
3. Запознати ли сте с процедурите, които трябва да се изпълнят за бързо отстраняване на възникнали в отделението технически проблеми, имащи отношение към диагностично-лечебния процес и грижите за болните. да не

4. Допълнителни сестрински грижи програмират ли се на основата на резултати от извършена задълбочена оценка на здравословното състояние на пациента? да не
5. Професионалните Ви интерпретации върху ползите и рисковете от сестринските грижи регистрирате ли надлежно в пациентното досие? да не
6. Участвали ли сте в семинарно обучение по въпросите на профилактиката на декубитуса и тромбозата на дълбоките вени? да не
7. В отделението, в което работите, установени ли са механизми за контрол върху изпълнението на назначените на пациентите апаратни и лабораторни изследвания, лекарствени терапии и диетично хранене? да не
8. Участвате ли в провеждането на срещи с близките на пациенти за разговори и обмен на информация? да не
9. За всеки възрастен дезориентиран пациент извършвате ли оценка на риска за бягство и предприемате ли подходящи превантивни мерки за недопускане на такова? да не
10. Икономисаните лекарства (поради промяна на терапията, преждевременно изписване или смърт на пациента) заприходяват ли се в специален журнал и използват ли се за лечението на други болни? да не

II. Въпроси, свързани с необходимостта от подобряване на компетентността Ви като професионалист по здравни грижи.

Нуждаете ли се от подобряване и устойчиво развитие на Вашите:

11. Професионални знания и компетенции? да не
12. Умения за комуникации? да не
13. Умения за социални дейности да не

III. Въпроси, свързани с отношенията на работното място.

- 14.Професионално надзиравани и зависими ли сте от другите членове на структурата, в която работите? да не
- 15.Разчитате ли на собствените си способности за справяне с проблеми от професионално естество? да не
- 16.Проявявате ли готовност да окажете подкрепа на вашите колеги, когато това се налага? да не
- 17.Ведър ли е психологичния климат в структурата, към която се числите и можете ли спокойно и планомерно да се захванете с работата си още в началото на работния ден? да не

IV. Въпроси, произтичащи от взаимоотношението Ви с непосредствения Ви началник.

- 18.Готов ли е началникът Ви да обсъди с вас проблеми, свързани с работата, която извършвате? да не
- 19.Готов ли е началникът Ви да Ви изслушва за лични проблеми, които влияят на вашата работа да не
- 20.Смеете ли да критикувате началника Ви, без да се страхувате от последствията? да не

Възраст (навършени години)

Трудов стаж като медицинско лице(навършени години).....

ПРИЛОЖЕНИЕ 4.

АНКЕТНА КАРТА ЗА Пациенти

Уважаема госпожо/господине,

Ръководството на многопрофилната болница за активно лечение Ви моли да отговорите на въпросите в тази анонимна анкетна карта. Целта на анкетата е да установи качеството на оказаната по време на престоя Ви в болницата медицинска помощ и грижи и степента на защитата на правата Ви, като данъкоплатец и здравно-осигурено лице.

Благодаря ви за съдействието!

Изпълнителен директор:

1. Приемът Ви в болницата беше ли осъществен бързо, вежливо и с необходимата вещина? да не
2. Ако по време на приема сте имали остра или хронична болка, физическо страдание или депресия приемащият медицински екип предприе ли мерки за тяхното незабавно уточняване, превенция и лечение? да не
3. След настаняването Ви в болничната стая, бяхте ли запознати с правилника за вътрешния ред в отделението, със съдържанието на Хартата за правата на пациентите и със самоличността и функциите на лицата (лекар, медицинска сестра, санитар), които ще бъдат ангажирани с Вашето лечение? да не
4. Предоставена ли Ви бе възможност за съхраняване на дрехите и имуществото, с които сте пристигнали в болницата, както и за опазване в сейф на Ваши ценни предмети и пари? да не

5. Осигурено ли Ви бе прилично по вид и размери болнично облекло (пижама, нощница, халат), позволяващо да се запази човешкото Ви достойнство? да не
6. Болничната стая в която сте настанени проветрява ли се редовно, съществува ли възможност за регулиране на температурата. Мебелировката (стол, шкафче, подвижен плот за хранене) отговаря ли на Вашите нужди? да не
7. Санитарният възел (тоалетна, баня, мивка) поддържа ли се в добро хигиенно състояние. Осигурена ли Ви е редовна подмяна и чистота на болничното легло? да не
8. Бяхте ли информирани относно реда за срещи с вашия личен (фамилен) лекар, с вашите близки, с вашия адвокат или духовен наставник и със служебното лице в болницата, отговарящо за жалбите? да не
9. Уведомени ли сте за възможността да ползвате място, позволяващо конфиденциални разговори с медицинско и друго лице и за условията и реда за достъпа Ви до личното Ви пациентно досие? да не
10. Предоставена ли Ви бе информация относно заболяването Ви, за диагностичните и лечебните процедури и за допълнителните консултации, които се налага да се извършат, както и за съдействието, което трябва да окажете на лекуващия екип (лекар, медицинска сестра) при тяхното осъществяване? да не

- 11.Обяснено ли Ви бе за кои диагностични лечебни процедури е необходимо Вашето писмено съгласие и искано ли Ви е такова? да не
- 12.Провеждат ли се редовно визитации от лекуващият ви лекар и от началника на отделението? да не
- 13.Съблюдават ли се часовете за предоставяне (съответно прилагане) на предписаните от лекуващият ви лекар лекарства (таблетки, прахчета, инжекции, вливания и др.)? да не
- 14.Пред кабинетите за специализирани изследвания (лабораторни, образно-диагностични, функционално-диагностични), където нерядко е налице голям наплив на пациенти и продължително чакане, имахте ли възможност да ползвате място за сядане и подходящ комфорт (вестници, списания, музика, телевизор)? да не
- 15.По време на лечението Ви проследява ли се редовно наличието на увреждания по кожата (пролежки) и на тромбози на дълбоките вени? Извършена ли Ви е необходимата за целта профилактика? да не
- 16.Уважава ли се изборът Ви за вида, състава, овкусяването и количеството на болничната храна при условие, че това се вменява в предписаният от лекуващия ви лекар хранителен режим? да не
- 17.Спазват ли се определените часове за хранене? Храната темперира ли се добре и поднася ли се в приятни на вид съдове? да не

18. Между основните хранения предлага ли Ви се лека закуска по вид, състав и количество в рамките на предписания от лекуващия ви лекар хранителен режим? да не
19. Според Вас болничният персонал спазва ли декларираната от болничното ръководство политика за подобряване и устойчиво развитие на качеството на болничната помощ? да не
20. Преди постъпване в болницата или по време на лечението искано ли Ви е нерегламентирано заплащане на ръка? да не
21. Вие или Вашите близки бяхте ли уведомени за момента на изписването Ви? да не
22. При изписването Ви от болницата бяха ли Ви предоставени необходимите документи: епикриза, документ за платена потребителска такса, за избор на лекуващ екип или за други услуги? да не
23. Доволни ли се от престоя Ви в болницата и проведеното лечение? да не
24. Бихте ли препоръчали тази болница на Ваши близки, ако имат нужда от болнично лечение? да не

ПОЛ: М/Ж

Възраст(навършени години):

Образование:

За кой път постъпвате в тази болница: