



**Национален център по обществено здраве и анализи**  
**Дирекция „Промоция на здраве и превенция на болестите”**

---

**КОНЦЕПТУАЛНА РАМКА И МОДЕЛ ЗА ОРГАНИЗАЦИЯ И  
УПРАВЛЕНИЕ НА КАЧЕСТВОТО В ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ  
УМБАЛ „СВ. ИВАН РИЛСКИ“ ЕАД – СОФИЯ ПО ISO 9001:2008**

**Д-р Марин Бойков Пенков**

**Дисертационен труд за присъждане на образователна и научна степен  
„доктор” по научната специалност „Социална медицина и здравен  
мениджмънт“**

**Научни ръководители:**  
**Доц. д-р Наташка Данова, дм**  
**Проф. д-р Златица Петрова, дм**

**София, 2018**

## **СЪДЪРЖАНИЕ**

<b>ВЪВЕДЕНИЕ</b>	<b>3</b>
<b>РАЗДЕЛ ПЪРВИ: ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР</b>	<b>6</b>
1. Концептуалните фактори, обуславящи необходимостта от предоставяне на качествени здравни услуги и за определящата роля на ценностите	6
2. Договарянето на качествени здравни услуги между техните възложители и изпълнители	15
3. Обществени аспекти на договарянето на здравните услуги	19
4. Проблеми, свързани с договарянето на качествени здравни услуги	20
5. Проблеми, свързани със заплащане на изпълнителите на здравни услуги	24
6. Финансиране и качествено предлагане на здравни услуги	36
7. Най-често използвани модели за управление на качеството в здравеопазването в световната практика	61
<b>РАЗДЕЛ ВТОРИ: ЦЕЛ, ЗАДАЧИ, ПОСТАНОВКА И МЕТОДИ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО</b>	<b>90</b>
<b>РАЗДЕЛ ТРЕТИ: СТРУКТУРА И ОРГАНИЗАЦИЯ НА ДЕЙНОСТТА НА УМБАЛ „СВ.ИВАН РИЛСКИ” ЕАД - СОФИЯ</b>	<b>97</b>
<b>РАЗДЕЛ ЧЕТВЪРТИ: РЕЗУЛТАТИ ОТ СОБСТВЕНОТО ПРОУЧВАНЕ</b>	<b>112</b>
<b>РАЗДЕЛ ПЕТИ: КОНЦЕПТУАЛЕН МОДЕЛ ЗА ОРГАНИЗАЦИЯ И УПРАВЛЕНИЕ НА КАЧЕСТВОТО В ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ</b>	<b>132</b>
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ, ИЗВОДИ И ПРЕПОРЪКИ</b>	<b>132</b>
<b>ПРИНОСИ</b>	<b>145</b>
<b>БИБЛИОГРАФИЯ</b>	<b>146</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЯ</b>	<b>154</b>

## ВЪВЕДЕНИЕ

### Актуалност и значимост на проблема

През последните петнадесет години лечебното направление на нашата национална здравна система в благородния си новаторски порив да се реформира доби облика на недостатъчно стабилна сплав от централизирани, децентрализирани и деконцентрирани държавни, общински и частни лечебни заведения със здравноосигурителни, здравнозастрахователни, бюджетни и законови „джобни“ източници на финансиране, функциониращи под натиска за силно сдържане на разходите и въвеждане на такива форми на управление, които да гарантират запазване на основната им цел: предоставяне на достъпна, своевременна, достатъчна и качествена медицинска помощ.

Несигурността, в която се намира публичния сектор на това направление е отзвук на наследената от миналото централизирана държавна мрежа от лечебни заведения. Повечето от тях са създадени в обстановка, която не позволяваше развитие на свободата им за дейност и на способността им за самооценяване на качеството на оказваните от тях здравни услуги. Те съществуваха в условията на „замразен пазар“, без да носят отговорност за качеството и цената на техния продукт. Сега същите тези заведения се намират пред хоризонт, при който понятия като „свободен пазар“ и „конкурентоспособност“ се появяват като буреносни облаци.

Какво можем да кажем за несигурността, пред която нерядко застава потребителят на услугите, произвеждани от нашите лечебни заведения. Политически се увеличават очакванията относно възможността за избор на лечебно заведение и на качествен лечебен екип. Но избор на базата на какво? Ако в което и да е лечебно заведение недостатъчното и неустойчиво заплащане на предоставяните от него здравни услуги е в състояние да унищожи всички очаквания за качество на медицинската помощ, 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 здравните услуги (националната здравноосигурителна каса, държава, общини) и пред частните такива, в лицето на доброволните здравно застрахователни фондове, възниква задачата да предложат инструментариум, който да позволи несигурността да се трансформира във възможност за успех. Считам, че тази сложна и отговорна задача може да бъде решена само чрез системно проследване на ясно определени цели и приоритети, съдържащи се в ресурсно осигурени, реално изпълними през следващите години модели за съвременен и устойчиво развитие на качеството в лечебните заведения.

Няма съмнение, че целите и приоритетите на подобни модели трябва да са достатъчно предизвикателни, но не и самонадеяни. Ето защо една от ключовите задачи на настоящата разработка е да фокусира вниманието както на ръководствата на лечебните заведения, така и това на публичните и частните субекти, финансиращи здравните услуги върху няколко алтернативни цели и приоритети, касаещи управлението на качеството на медицинската помощ. **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 национални и локални (на ниво лечебно заведение) модели за оптимизиране на взаимоотношението „финансиране/качествени болнични услуги“ е нова концепция за нашето здравеопазване. Анализът на основаващи се на доказателства резултати в редица европейски страни и на успешно реформирани публични и частни лечебни заведения у нас е солидна основа, върху която те може да бъдат построени. 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 стойност. В този смисъл друга ключова задача на настоящата разработка е да очертае полето на „споделената отговорност” при реализиране на подобни модели между лечебните заведения, като изпълнители на качествени здравни услуги и субектите, които ги финансират. Предлагам и модел за модерно управление и повишаване на качеството.

В настоящата разработка се разглеждат сложните проблеми, които трябва да стоят в центъра на вниманието на ръководителите на лечебните заведения. 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 здравните услуги в условията на силни ограничения в тяхното финансиране.

## РАЗДЕЛ ПЪРВИ: ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

### 1. Концептуалните фактори, обуславящи необходимостта от предоставяне на качествени здравни услуги и определящата роля на ценностите

Популярният характер на провежданата в страните от Европейския съюз реформа в лечебните заведения показва, че тя е мотивирана от широки социални тенденции, които преминават границите на институционализираната организация „здравеопазване”. Главна роля в този процес играят две основни групи фактори

Първата група се състои от фактори, извън здравната система, но оказващи влияние върху общата рамка, в която се формира политиката за качествени здравни услуги. В много от случаите реформите в лечебния сектор на 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 качествени здравни услуги.

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

Структурата и потенциалът за подобряване на качеството на здравните услуги, 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 „лечебни заведения”, както

и върху желанието за промяна. Maxwell R. (70) подчертава, че степента на икономическото развитие на всяка страна оказва съществено влияние върху размера на разполагаемите средства, предназначени за здравни услуги.

Според Paul S (76) образованието и особено броят на лицата, получили стабилни знания и умения по здравен мениджмънт, като и широкото навлизане на нови информационни технологични системи, също оказват влияние върху потенциала на всяка здравна система за постигане на сериозно и устойчиво качество на здравните услуги

Приоритетите в теорията и практиката на медицинската квалитология (науката за качество на медицинската 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 и от методите за регулиране на взаимодействието между изпълнителите на здравни услуги.

### ***1.1. Основни социални норми***

***Отношение към качеството на здравните услуги, съгласно авторитетни литературни източници (85, 86) - могат да бъдат систематизирани в следните групи:***

1.1.1. Социални норми, произтичащи от онзи ключов показател на нормативните стойности на обществото, който е свързан със същността на самото здравеопазване. Някои обществени групи възприемат здравната 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 здравни услуги 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 здравните услуги, от които те се нуждаят.

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

1.1.2. Социални норми, касаещи ролята на държавата в лечебния 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 здравеопазване както по отношение на финансирането, така и по отношение на предоставянето на здравните услуги. В повечето европейски страни обаче, държавата не играе особено решаваща роля – техните системи за здравни услуги се финансират от саморегулиращи се здравноосигурителни каси и доброволни здравнозастрахователни фондове, а доставчици на здравни услуги са равнопоставени пред закона публични (държавни, общински) и частни лечебни заведения.

1.1.3. Социални норми, **отнасящи се до отчетността**, т.е. до отговорността, която системата „лечебни заведения“ 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 „лечебни заведения“ на дадена страна.

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



## 1.2. *Ценности в здравеопазването*

Според Benson J. (28), ако погледнем извън обсега на конкретните основни ценности, можем да открием, че мисията на системата „лечебни заведения“ 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 здравните 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 здравните услуги в условията на ограничен финансов ресурс не може да се сведе до механични мениджърски упражнения за конструиране на рационален план за *„но-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 здравни услуги.

Стабилността на големите социални системи, каквато е системата здравеопазване, подчертава по нататък J. Benson, е резултат от хармонията между ценностите на обществото (*известни, като преобладаваща система от убеждения*) и социалната и материалната структура на лечебните заведения. Тази структура е съставена от законите, разпоредбите и процедурите, които регулират разпределението на средствата и правомощията на лечебния сектор. Ресурсите и начинът, по който те са

разпределени за постигане на високо качество на здравните 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.

1.2.1. *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 и личната справедливост и че то 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 както в системата за здравни услуги, така 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 здравна 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.

1.2.2. *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 здравни услуги, 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 здраве като „състояние на физическо, душевно и социално благополучие” включва коренно различни реалности, които не се припокриват.

1.2.3. *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 лечебен сектор.

От една страна този фактор е отражение на преобладаващото мнение в обществото относно отговорностите и длъжностите, 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.

### **1.3. Методи за регулиране на взаимодействието между изпълнителите на здравни услуги и институционализиране на ценностите в лечебния сектор.**

1.3.1. *Взаимодействието между лицата, ангажирани в доставянето на качествени здравни 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 здравна помощ, е отражение на приоритетите на обществото като цяло.*

*При технократския модел системата за здравна помощ или отделно лечебно заведение 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 качеството на дейностите в лечебните заведения. Технократският модел предполага пряка намеса на държавата в работата на лечебните заведения, с цел да се постигне рационалност и качество на здравните услуги, както и да се ограничат обратите в политиката, причинени от нерационалното поведение на някои от „действащите лица“.*

*При професионалния саморегулиращ се модел лекарите са в основата на системата „лечебни заведения“ и оползотворяването на средствата за производство на качествени здравни 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 ”лечебни заведения“ трябва да се делегира на медиците. При по-богатата осведоменост и познания на лекарите и на решаващата им роля при определяне на предназначението на средствата,*

единствено те са в състояние да осъществят надежден контрол върху качеството на здравните услуги..

*При пазарно ориентирания модел* оползотворяването средствата за производство на качествени здравни услуги се установява на конкурентните здравни пазари 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 оцетена 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 здравни услуги и следователно счита, че намесата на държавата в икономическите и качествените аспекти на медицинската помощ трябва да бъде минимална.

Едновременно с посоченото, пазарно ориентираният модел в контекста на т.нар. „ограничения“ спазва идеята, заложена в „*подобрието на Парето*“, съгласно което „подобрието 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 върху производството на качествени здравни услуги. 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 здравните услуги.

### *1.3.2. Институционализиране на ценностите в лечебния сектор на здравната система*

Според Benson J. (28) и Bourdieu P. (29) почти няма или не съществува модел за регулиране на взаимодействието между изпълнителите на качествени здравни услуги, към който 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 за постигане на по-добро качество на здравните услуги. Тези организационни форми се превръщат в законовата, административна и материална структура на доминиращата ценностна система, която обуславя разпределението на ресурсите и правомощията в лечебния сектор. Освен това те пораждаат огромен брой стимули, задължения и норми, които във всеки даден момент затвърждават конкретен набор от ценности, възприятия и убеждения. Социалната и материалната структура поражда *„поле от инициативи за устойчиво развитие на качеството на здравните услуги”*, подобно на магнитно силово поле, където *„действащите лица”* се борят за положителна промяна на съществуващия ред в пазара на здравни услуги.. Contandriopoulos A. (36) отбелязва, че ако си представим организационната структура на системата *„лечебни заведения”* 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 ще е разрывът, толкова повече бившите организационни форми в тази система ще се възприемат като качествено неадекватни. Възникналите, във връзка с това, затруднения по проблема *„качество на здравните услуги”* могат да се разрешат чрез трансформиране на определени организационни форми, без да се нарушава равновесието на системата като цяло – например организиране на асистенци между публични лечебни заведения по подобие на тези в Париж, Марсилия и Лион или на сдружения между публични и частни лечебни заведения на основата на законови разпоредби за публично-частно партньорство.

## **2. Договарянето на качествени здравни услуги между техните възложители и изпълнители**

В медицинската литература могат да се намерят десетки определения на понятието (категорията) "качество на медицинската помощ". По-голяма част от тях нямат прагматична стойност и не могат да се използват за нуждите на практиката.

През последните години се утвърждава и все по-често се използва определението, което е прието от Американската медицинска асоциация (АМА).

**Според АМА "качеството на медицинската помощ представлява съвкупност от условията за нейното извършване и признаците и свойствата (характеристиките, параметрите), които притежава като специфичен вид услуга или дейност".**

Тази съвкупност определя нейната потребителна стойност или способността и да задоволява определени здравни потребности на индивида, заради които се извършва.

**Съгласно това определение същността на качеството на медицинската помощ представлява нейната полезност, т.е. нейните възможности да допринася определена полза на потребителите като намалява или отстранява техните потребности, произтичащи от промените в здравето им, а съдържанието - съвкупността от различни по характер и естество свойства и признаци, които генерират тази полезност.**

### **2.1. Общи положения**

Договарянето на качествени здравни услуги 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 при договарянето на качествени здравни услуги е улесненото въвеждане на една

по-пазарно ориентирана форма за институционално разпределение на средствата, основаваща се на разделяне на възложителите 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, по-добро качество 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.

## ***2.2. Основополагащи принципи на договарянето на качествени здравни услуги***

Съгласно европейската практика договарянето на качествени здравни услуги и на техните цени трябва да се основава на следните четири принципа:

### ***2.2.1. Насърчаване на децентрализацията.***

Договарянето трябва да даде възможности както за делегиране на отговорности на непосредствените ръководители на лечебните заведения,



така и на необходимите правомощия при разпределяне на средствата за посрещане потребностите на населението от качествени здравни услуги. Децентрализация чрез договаряне на качество може да се постигне с помощта на два основни механизма:

- ✓ ясно уточняване на ангажиментите между страните по договора относно качеството на предоставяните здравни услуги;
- ✓ преразпределение на риска между възложителите и изпълнителите на здравните услуги.

*Първият механизъм* задължава изпълнителя да поеме действителен, а не просто формален ангажимент. Той обвързва изпълнителя с качеството на резултатите от работата му. Този ангажимент е свързан с наличните за здравни услуги 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, свързани с качеството на здравните услуги, 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 болниците разходно-обемни договори и се стигне до разнообразните за другите лечебни структури схеми. Сходството между тези договори се състои в това, че изпълнителите на здравни услуги поемат определена отговорност за непредвидените разходи.

*2.2.2. Подобряване на ефективността на изпълнителите на здравни услуги.*

Европейската практика показва, че неяснотата в отговорностите по качеството 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 лечебните 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 диагностични, лечебни и рехабилитационни услуги на договорени цени.

Освен посоченото, договарянето трябва да включва 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.

### *2.2.3. Подобряване на планирането на качествени здравни услуги.*

Общоприето е, че договарянето е инструмент за планиране, тъй като то пряко свързва планирането на качествени здравни услуги с разпределението на средствата за тяхното заплащане. В този смисъл изпълнителите са финансово мотивирани да следват плановата стратегия за качество, 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 здравни услуги трябва да финансира такива избрани от него изпълнители, които са способни да предоставят качествени 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, здравните потребности, ефекта от лечението, разходите за услуги и за постигната от изпълнителите ефективност. Защото това са данни, без които не могат да се сключат обосновани договори за качествени здравни услуги.

#### *2.2.4. Подобряване на управлението на здравните услуги*

Счита се, че една от основните цели на договарянето на качествена и разходно ефективна медицинска помощ е да се насърчи преходът от болнични към извънболнични услуги. Тази стратегия е от особено значение за някои страни, тъй като в някои от тях, между които и България, все още са налице изкривявания в структурите, предоставящи здравни услуги. Така например разходите за лежачо болни пациенти продължават да са по-големи от тези за извънболнична помощ, заключават Saltman E. и Figueras J. (88).

### *3. Обществени аспекти на договарянето на здравни услуги*

#### *3.1. Договаряне и равнопоставеност*

По принцип договорите трябва да са в полза на равнопоставеността. Това налага в тях изрично да се предвидят както нуждите от качествени здравни 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 здравноосигурителната каса е тази институция, която представлява интересите на своите популации, тъй като тя разпределя средствата и закупува 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 здравни 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) .

#### *3.2. Договаряне и обществено участие*

Полезно е становището на някои политици, че едно по-добре застъпено обществено участие в договарянето ще постави началото на демократизация на процеса „осигуряване на качествени здравни 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 на здравните услуги:

- ✓ пред-договаряне;
- ✓ действително договаряне;
- ✓ след договаряне

### *3.3. Договаряне и междуетраслови отношения*

Не може да се каже, че междуетрасловият елемент е застъпен в действащата сега у нас практика на договаряне, тъй като договорите се съсредоточават главно върху първичната, специализираната извън болнична и болничната помощ. Известно е обаче, че много аспекти на здравните 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 качеството на българското здравеопазване. В този смисъл договорният процес между възложители и изпълнители на здравни услуги би могъл да се обогати чрез включване в него и договаряне в области извън обсега на здравеопазването, като например социалните и екологичните служби.

## *4. Проблеми, свързани с договарянето на качествени здравни услуги.*

Проблемите, свързани с договарянето на качествени 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 у нас обхваща целия лечебен сектор на здравната система:

- ✓ 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 центровете 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 здравноосигурителна система; за изпълнение на национални програми – от правителствени субсидии и от доброволни здравнозастрахователни фондове, и „джобни“ плащания за избор на лекуващ екип или 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-обемн договор*. Той се използва главно при договаряне на финансираната от социалноосигурителната 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 здравноосигурителна система здравни услуги, предоставяни от амбулаториите за специализирана извънболнична помощ и самостоятелните медико-диагностични лаборатории. В него се определя разходът 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 на качествени здравни услуги, 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 пациентните потоците (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 засега процесът 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.

## ***5. Проблеми, свързани със заплащане на изпълнителите на здравни 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



отделиха 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 са 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 пациентните 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 качествена болничната помощ и способите за заплащане на качествени болнични услуги играят ключова роля в провеждащата се у нас реформа на здравеопазването ? Защото:

- ✓ за болнична помощ се разходва 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 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 управление и 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 качествени болнични 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 извън болничните 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 перспективно договорно финансиране* се състои в ежегодно (декомпозирано по тримесечия) определяне на делегиран (регулиран) бюджет на всяка болница, на основата на прогнозиран, изчистен от асиметрични информационни практики пациентен-поток за болнична помощ по клинична алгоритми, фиксирано в разходно обемен индивидуален договор.

*Етапът ретроспективно заплащане* на болничната помощ се състои в заплащане според вида и обема на действително предоставените 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: перспективно разпределение на бюджета и заплащане според услугата. В рамките на тези две практики обаче, е налице и допълнителна диференциация, продиктувана от спецификата на системата за здравеопазване в съответната страна.

5.1. *Подходът за текущо заплащане на болничните разходи чрез перспективно разпределение на бюджета* далеч не се осъществява по един и същ 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 се финансира от децентрализирана система, основана на данъчни постъпления;
- в Германия, Франция и Холандия се финансира преобладаващо от социалноосигурителна система, основана на задължителни здравноосигурителни 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.

5.2. *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 и 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 леглодни“, „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.

Според Sourti-Le Guellec (91) и Leidl R. (69) тези подходи се основават на необходимостта от по-голяма интеграция и солидарност в болничния сектор, както и на 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 посочените подходи предвиждат 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 става неотменима част от продължаващия процес на реформи в болничния сектор.

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

Различията в работната натовареност на болниците и тежестта на състоянието на лекуваните в от 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 от сертифициран орган оценка на внедрен в тях модел за управление на качеството (ISO 9001:2008, акредитация, EFQM, PDCA), 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.

### *5.3. Подход 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.

Но постигането на тези цели 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 разпределяна на средствата* се състои в предварително зададеното ограничение върху разхода за определен период от време.

Тъй като у нас болничните услуги се финансират основно 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.

## 6. Финансиране и качествено предлагане на здравни услуги

### 6.1. Общи положения

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 здравни услуги на микро (институционно) ниво. Това внимание се съсредоточава главно към подобряване на качеството на здравните 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 досега при разработване на здравната политика у нас по традиция се поставя акцент върху способите за финансиране на лечебните заведения, докато начинът на предоставянето на здравните 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 здравните 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:

- ✓ налице е ограничаване на взаимоотношенията между лекаря и пациента за сметка на бързото нарастване на екипността в

медицинското обслужване – колкото по-голям е медицинският тим в оказването на комплексната, по своята същност, здравна услуга, толкова по-голяма е потребността от създаването на формален процес за анализ и оценка, осигуряващ възприемливо от пациента ниво за комплексно качествено обслужване;

- ✓ все повече нараства здравната култура на гражданите и съответно на това – на тяхната критичност към качеството на предоставените им здравни 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 здравните 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 качествено медицинско обслужване.

Някои публични, непрофесионални анализи, показващи широки вариации, в резултатите от неспешните хирургични процедури в отделни лечебни заведения провокираха извършването на професионални такива, 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 лечебното 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 обхватът на акредитацията е разширен, като в него са включени медицинските, денталните, хемотрансфузионните и хемодиализните центрове, центрoвете за психично здраве, комплексните онкологични центрове, самостоятелните медико-диагностични и медико-технически лаборатории, домовете за медико-социални грижи и тъканните банки.

Със съответни наредби на Министерството на здравеопазването (Наредба № 1 от 2000г., и Наредба № 18 от 2005) са 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 извън

болничната 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 лечебните заведения („движение за качество на здравните 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;

- ✓ се акцентира върху търсенето на начини за промяна в професионалното поведение на работещите в лечебните 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 модели за управление на качеството на здравните услуги трябва да включат систематична проверка на наличните данни по утвърдени международни стандарти, 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 качествени здравни услуги. В този смисъл подходящо би било във всяко лечебно заведение да се създаде функционална група, която да координира качеството на здравните 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 модели за управление на качеството трябва да се позовават на широка гама от методи, в т. ч.:

- ✓ наблюдения, при които ще се извлича полза от естествените вариации в процентното изпълнение 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 здравните услуги в идеална обстановка, от ефективността в разходно отношение, свързана с тяхното оказване в рутинната клинична практика.

В този именно смисъл внедреният съвременен модел за управление на качеството в лечебното заведение 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.

## **6.2. Ключови направления**

Контекстуално очертаният 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 задължителното присъствие на следните четири елемента за качество при предоставянето на всяка конкретна здравна 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 здравната услуга е предоставена по възможния най-добър подходящ начин;
- ✓ цена на здравната услуга, т.е. сумата, която пациентът трябва лично да заплати (потребителска такса, съвместно плащане).

В най-добрия случай представа относно тези четири елемента за качество на здравната 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 трансакции, 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 здравна услуга от различни професионалисти. 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 „A Guide to 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 акредитационните програми и при внедряването на стандартите от ISO 9001:2008 за управление на качеството в отделни лечебни заведения.

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

а) Доколкото населението в различните региони, чрез наличните в тях лечебни заведения, може да ползва конституционните и здравноосигурителните си права за достъпност до качествени здравни услуги и равнопоставеност при тяхното получаване. Разбира се минимални вариации са неизбежни, но значимите такива насочват към липса на консенсус по отношение конфигурацията на здравните 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 в качеството обаче субектите, финансиращи здравните 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 здравните услуги се отклоняват от установените критерии, стандарти, клинични алгоритми, клинични протоколи, протоколи за сестрински грижи, правила за сигурност и безопасност на пациентите и на работещите в лечебното 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 пациентът е удовлетворен от оказаната му здравна 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 здравна услуга е разумна и приемлива за субекта, който я заплаща. По същество това е най-достъпният за измерване елемент на качеството, благодарение на компютъризираното събиране на информация по този повод.

### ***6.3. 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 здравните 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:

### *6.3.1. По отношение на структурата*

Информацията за качеството на тази координата трябва да съдържа данни, извлечени от мониторинга и анализа на структурния капацитет на лечебното заведение, т.е. дали то притежава:

- ✓ необходимата структура за предоставяне на здравни услуги, отговаряща на нуждите на общността: осигуреност с необходимите по стандарт човешки ресурси (лекари, мед. сестри и др.), медицински и логистични структури ;
- ✓ 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 продуктивния му портфейл към потребителите на здравни услуги.

### *6.3.2. 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, рехабилитацията, грижите за пациентите и техният хуманен аспект.

#### *а) Технологичен аспект на процесите*

Най-общо това са възможностите на лечебното заведение да предоставя на потребителите онези здравни услуги, които са разписани в предмета на неговата 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;

- ✓ скрининговата програма за ранното 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;
- ✓ уменията на специалистите за прилагане на подходящи намеси при състояния, застрашаващи жизненоважни функции;
- ✓ координацията и непрекъснатостта на здравните грижи (от особено значение за децата, хората в старческа възраст и лицата в неравностойно състояние).

Освен това, при събирането на информация за технологичния аспект на процесите, акцентът трябва да се постави върху задачите, които трябва да се изпълняват от лечебното заведение. 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 пациентните 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 здравните 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?

### 6.3.3. 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 здравни услуги, акцентът трябва да бъде поставен върху:

- ✓ възможностите за адекватно наблюдение и управление на здравното 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 качеството на предоставените им здравни услуги

### 6.4. Избор на стратегии за измерване на качеството

Събирането, анализирането, синтезирането и разпространението на информация са в основата на подобряването на качеството на здравните услуги. Но не по-малко важно е и създаването на механизми, които да гарантират прилагането на наличните данни в практическата работа на

лечебното заведение. Подобни механизми обикновено се определят като стратегия 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 A. (44), Maxwel R. (73), Blomhoj G. (32) и от Black N.(34), може да се каже, че *качеството е такава съвкупност от същностни характеристики на здравната услуга, която удовлетворява очакванията на нейния потребител.*

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

- ✓ непрекъснат характер;
- ✓ способи за оценка;
- ✓ разграничение между вътрешни и външни проверки (одити).

6.4.1. *Първото измерение* (непрекъснатият 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 три координатни системи: 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 избраната 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 незрял проблем в качеството на здравната услуга. От съществено значение в случая е разкриването на противоречията, които стоят в основата му и които го възпроизвеждат в процеса на медицинското обслужване.

6.4.2. *Второто измерение* е свързано с изискването способите за оценяване на качеството да бъдат ориентирани към структурата и дейностите на лечебното заведение и към ефективността от неговата 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 лечебното 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 процедирането спрямо пациентите 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 на особеностите на заболяването.

6.4.3. *Третото измерение* е свързано с вътрешните и външните проверки (одити) на качеството на здравните услуги. Според Scrivens E. (93) и Medical Audit, a First Report (75)

а) *вътрешната проверка* трябва да се извършва от такива, работещи в лечебното 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 лечебното заведение: директор – главна медицинска сестра – началници на медицински и спомагателни структури – лекари – медицински сестри – помощен персонал. В сърцевината на тази философия, както показва европейския 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 в лечебното заведение;
- ✓ 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 модел за управление на качеството, който да е синхронизиран 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 отговарящ на следните изисквания:

- ✓ да се основава на стратегията за развитие на лечебното заведение, т.е. да не отчита само това, което е било в миналото, или свързано с настоящето, а да е ориентиран към стратегическите цели, които лечебното 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 възприет от работещите в лечебното 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 лечебното заведение 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 здравни услуги.

Процедурата „външна проверка“ има указателен, педагогичен и оценъчен характер. Нейният смисъл е да развие мултидисциплинарен подход за грижи към потребителите на здравни услуги и да иницира у професионалистите отговорност за постигане на високо качество на медицинската помощ в лечебното заведение, в което те работят. Тя се осъществява от експерти-оценители, които по време на посещението си в лечебното 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 здравните услуги би следвало да се основава на следните въпроси:*

- ✓ *По отношение на условията и средствата:*
  - Наличната материална база (сграден фонд, апаратура, инсталационни съоръжения, вътрешни пространства и комуникации) отговаря ли на стандартите за качество?
  - Броят, видът и квалификацията на медицинските професионалисти в лечебното заведение може ли да доведе до постигане на по-високо качество на здравните услуги?
  - Каква е осигуреността на лечебното заведение с финансови средства и как се съблюдава тяхното рационално разходване?

- Какво е информационното осигуряване на управлението на лечебното заведение?

в) 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 лечебното заведение?

- Как е организиран приемът на пациентите и координиран ли е той с услугите, които се предоставят в рамките на лечебното заведение?

- Информират ли се пациентите за вътрешния ред в лечебното заведение и за основните им права и задължения по време на пребиваването им в него?

- Взема ли се информираното съгласие на пациентите относно вида и характера на изследванията и лечението, които е необходимо да им 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 лечебното 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?

#### 6.4.4. *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 препятства функционирането на лечебното заведение;
- ✓ 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 здравните 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 здравните услуги по трите му координати да бъде универсално и да не се влияе от формата на собственост и териториалната значимост на лечебното заведение;
- ✓ измерването на качеството на здравните услуги задължително да следва цикъла: постоянно самооценяване и вътрешни одити – периодични външни одити от независими експерти – присъждане на доверие по системите за управление на качеството (ISO 9001:2008, EFQM, PDCA, акредитация и др.);

- ✓ контролни междинни одити, след като е присъдено доверието.

\*

Все по-сложният характер на здравните услуги се отразява в голяма степен както на тяхната конфигурация, така и на начините за предоставянето им. Освен това данните относно недостъпното предлагане на здравни 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 здравните услуги е сравнително нова за нашето здравеопазване концепция. Сега лечебните 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 лечебни заведения би могла да увеличи ефекта на това движение, ако Министерството на здравеопазването, като орган, отговорен за нейното качествено функциониране, увеличи намесата си по този проблем в дългосрочен план. Създадената институционализирана структура Изпълнителна агенция „Медицински одит“ за наблюдение и оценка на безопасността и качеството на предоставяните 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 незряла обществена потребност.

## **6.5. *Инвестиционният демарш в лечебните заведения – стратегическо условие за подобряване и устойчиво развитие на качеството на здравните 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. Организацията на съвременния лечебен сектор и видовете услуги, предлагани от него, се подкрепят, но в същото време те се ограничават от наличната капиталова инфраструктура. Ето защо размерът и видът на инвестициите в лечебния сектор ще оказват определящо влияние върху структурата на бъдещите възможности за предлагане на качествени здравни 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 извън болнична помощ и по-доброто им оползотворяване и координиране с наличните средства сега е изключително популярна сред здравните стратегии.

### **6.5.1. *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 капитала. „Амортизацията“ също е „поток“ и е свързана с намаляване на капитала, т.е. намаляване във времето на стойността на производствените активи. Разграничаването на тези понятия е

важно, тъй като инвестирането е съществена динамична дейност, която внася корекции в капиталната структура на лечебния 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 лечебните заведения в Европа е натрупвана в продължение на много години.

Нивото на технологиите в лечебните заведения 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 здравните услуги по нива е както следва:

*На първото ниво*, при т. нар. „не-технологии“ здравните 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 последствия от заболяването или за забавяне на смъртта, но не могат да гарантират пълно излекуване на пациента. Примери за такива здрави 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

### *6.5.2. Динамичен процес*

Характерно за здравните 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 здравни 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 здравни услуги са необходими три условия:

*Първо*, инвестициите да са правилно разпределение между различните форми на капитал, т.е. че е постигнат прецизен баланс между различните форми на здравни 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 лечебния сектор да насърчават прехода към въвеждане на ефективна 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, капиталовите запаси ще западнат, което ще произведе отрицателен ефект върху качеството на здравните услуги, а така също и върху текущия разход за тяхното производство.

Наличните показатели за разпределение на капитала затрудняват сравнението между лечебните заведения от една и съща група. Налице 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 2001-2015 година акредитация на лечебните заведения у нас показват, че лошото качество на капиталния запас влияе отрицателно върху ефективността на здравните услуги.

Процесът на разпределение на капитала в лечебните 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 лечебните заведения и характера на произвежданите от тях здравни услуги.

Нерешен у нас досега 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 извън болнична помощ - в резултат на стремежът им да се сдобият с високодоходоносни диагностични технологии, без да са налице условия за оптимално използване на техния капацитет.

### *6.5.3. Текущи проблеми*

Динамичната връзка между инвестициите в лечебните заведения и бъдещия текущ разход за качествени здравни 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 здравната 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 лечебни 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 лечебни заведения и хаотично натрупване на нови технологии;

б) информационният дефицит не позволява на потребителите на здравни 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 здравни 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 здравни 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 и лечебни технологии в лечебните 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, лечебните заведения трудно могат да бъдат закрити по политически съображения. Следователно моделът на капиталната инфраструктура в лечебния сектор у нас ще продължава да е подвластен на огромна инерция.

Въпреки това, лечебните заведения са свързан с бързото развитие на възможностите за диагностика и лечение, което от своя страна е свързано с оптималното разпределение на капитала. Следователно реформите в лечебния сектор трябва да бъдат насочени към създаването на такива стимули за възложители и изпълнители на здравни 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.

## **7. Най-често използваните в световната практика модели за управление на качеството в здравеопазването**

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 здравеопазването, 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 цикълът на Deming Plan-Do-Check-Act (PDCA).

### **7.1. Акредитация на лечебните заведения**

#### **7.1.1. Общи положения.**

Тя е въведена и развита в САЩ през 1917 г. от д-р Ернест Колдман и е 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 способности за оценка на качеството на здравните услуги. Но независимо от различията в детайлите, те притежават следните общи черти:

- ✓ подлежащите на акредитация лечебни заведения 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 лечебните заведения за качество на оказаните от тях здравни 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 здравни услуги и препоръки за неговото подобряване;

- ✓ присъденото от акредитиращия орган доверие за качество на оказваните от лечебното заведение 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 структурите на лечебното заведение, извършващите се в тях основни и спомагателни дейности и резултатите от оказаните здравни услуги.

Следва да се подчертае, че доскоро в повечето от действащите в света акредитационни програми бе вписано изискването за наличие или отсъствие в лечебното заведение 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 здравните услуги, ако в акредитационната процедура не се включат и подходи за оценка на качеството на резултатите от тях.. Ето защо целта на всяка съвременна акредитационна програма е да установи не само усъвършенстване на структурите на лечебното заведение 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 медицинска 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 акредитационна програма.

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

- а) същността на здравеопазването;
- б) мястото и ролята на всяко лечебно заведение в реализиране:
  - ✓ на адаптирана към пациентите политика за организиране на техния прием, обслужване, информираност и зачитане на човешките и гражданските им права;

- ✓ ориентирана към пациентите политика за подобряване и устойчиво развитие на качеството на здравните 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 лечебните заведения..

Shaw C. (96) подкрепя възгледа, че наличието на силни и добре развити системи за лицензиране, регулиране и акредитиране на лечебни заведения води до най-големи ползи за потребителите и изпълнителите на здравни 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 лечебните заведения 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 са въведени стимули за акредитираните лечебни заведения. 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 (ЖСАНО). В Австралия здравнозастрахователните организации обикновено се договарят само с акредитирани лечебни заведения.

Резюмирани в контекста на международния опит ползите от акредитация на лечебните заведения са:

а) *Акредитацията подобрява грижите за пациентите*

Стандартите, критериите и показателите в акредитационните програми са фокусирани в една цел – подобряване качеството на здравните услуги до

възможното най-високо равнище.

*б) Акредитацията засилва доверието на обществото в лечебните заведения.*

Акредитацията подчертава приноса на лечебните заведения за осигуряване на качествена медицинска помощ на лекуващите се в тях пациенти. Присъдената акредитационна оценка е заявка пред обществото за достигнато от лечебното заведение качество. Освен това, акредитацията казва на обществото, че ако нещо се обърка в лечебното заведение, получило положителна акредитационна оценка, то притежава системи за регистриране и минимизиране влиянието на отрицателно действащите фактори.

*в) Акредитацията провокира професионализъм при препращане на пациенти.*

Фамилните лекари и специалистите от лечебните заведения за извънболнична помощ търсят акредитационната оценка, като знак за качество, когато препращат 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 персонала за подобряване качеството на здравните услуги и управлението на риска.

*д) Акредитационният процес стимулира работата в екип, подобрява комуникативността и етичността на персонала в лечебното заведение.*

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

*е) Допуска се, че изградените в резултат на акредитацията системи за управление на риска и устойчиво развитие на качеството в лечебните*



*заведения ще доведат до намаляване на разходите за здравни услуги, т.е. до минимизиране на отношението cost/medical effect.*

Заслужава да се отбележи и фактът, че литературата, подкрепяща тази интуитивна допустимост, е много ограничена. Използвайки непредубедени научноизследователски 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 12-те 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. 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 здравните услуги е 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 се заинтересовани потребителите да получават качествени здравни 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 лечебните заведения 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 финансиращите лечебното заведение организации.

### **7.1.2. Как се организира и провежда акредитацията в някои отделни страни?**

7.1.2.1. *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 лечебното заведение: 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 лечебното заведение и изпращане на наръчник за самооценяване;

б) етап „самооценяване”, с продължителност 2-3 месеца;

в) „корективен” етап, с продължителност 2-3 месеца, през които координаторът и работната група, под методичното ръководство на KFOA контролират развитието на проекта;

г) етап „визита” (външен одит) от KFOA с продължителност до 5 дни, завършващ със заключителен доклад;

д) етап „вземане на решения от KFOA” за присъждане на акредитационна оценка.

7.1.2.2. *В САЩ* акредитацията е дело на така наречената Смесена комисия

по акредитация на здравните 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 визита (външния одит) от JCAHO;
- д) изготвяне на акредитационен доклад;
- е) присъждане на оценка и издаване на акредитационен сертификат.

Оценката се присъжда за 3 години. Възможни са и повторни проверки при постъпили аргументирани жалби.

7.1.2.3. *Във Франция* акредитацията на лечебните 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 акредитационната процедура обхваща (102):

- а) качеството на вътрешната организация на лечебното заведение и на неговите медицински и спомагателни структури;
- б) качеството на административния прием на пациентите;
- в) качеството на клиничните практики за диагностика, лечение, рехабилитация;
- г) качеството на грижите за пациентите;
- д) качеството на хигиената в заведението;
- е) сигурността и безопасността на пациентите и на персонала;
- ж) воденето, защитата и обмена на информацията в пациентната документация и др.;

Алгоритъмът на акредитационната процедура включва следните етапи:

- а) заявление на лечебното заведение до ANAES за провеждане на акредитация;

б) изпращане от ANAES на лечебното заведение на „Наръчник за самооценяване и акредитация”;

в) самооценяване на лечебното заведение и изпращане на доклад в ANAES;

г) определяне от ANAES на експертна група за външна оценка (външен одит) на лечебното заведение;

д) извършване от експертната група на външната оценка и изготвяне на стандартен акредитационен доклад с препоръки, които ANAES адресира до лечебното заведение 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 три години.

7.1.2.4. *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. Avedis 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 разработи 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 потребност от наличие на място и организационна структура, чрез която могат да бъдат споделени знанията и опита относно акредитацията.

\*

В статия, отпечатана в бр. 2 от 2003г. на вестник „Форум медикус”, д-р Шишкова А. (23а) 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 здравните 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.

***7.2. Управление на качеството на здравните услуги по ISO 9001:2008 като интегрална част от серията International Organization Standardization: същност, обхват и обща характеристика.***

Международният стандарт ISO 9001:2008 за управление на качеството има за цел да фокусира вниманието на ръководствата на лечебните 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 здравните услуги е необходимо да се отчита, че:

1. Основна цел на всяко лечебно 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 лечебно 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 лечебното 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 и качеството на здравните 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 лечебното 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 лечебното заведение както и взаимодействията помежду им, се определя като „*процесен подход*”.

Фигура 1 представлява концептуална илюстрация на процесния подход по ISO 9001:2008 за качество на здравните услуги. От същата е видно, че пациентите и другите заинтересовани страни изпълняват главна роля при определянето 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 1.

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 здравните услуги на което и да е лечебно 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 лечебното 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, статистик. Този подход трябва да се основава на широка гама от наблюдения, които ще дадат възможност да се извлича, както полза от естествените вариации в параметрите на извършващите се в лечебното

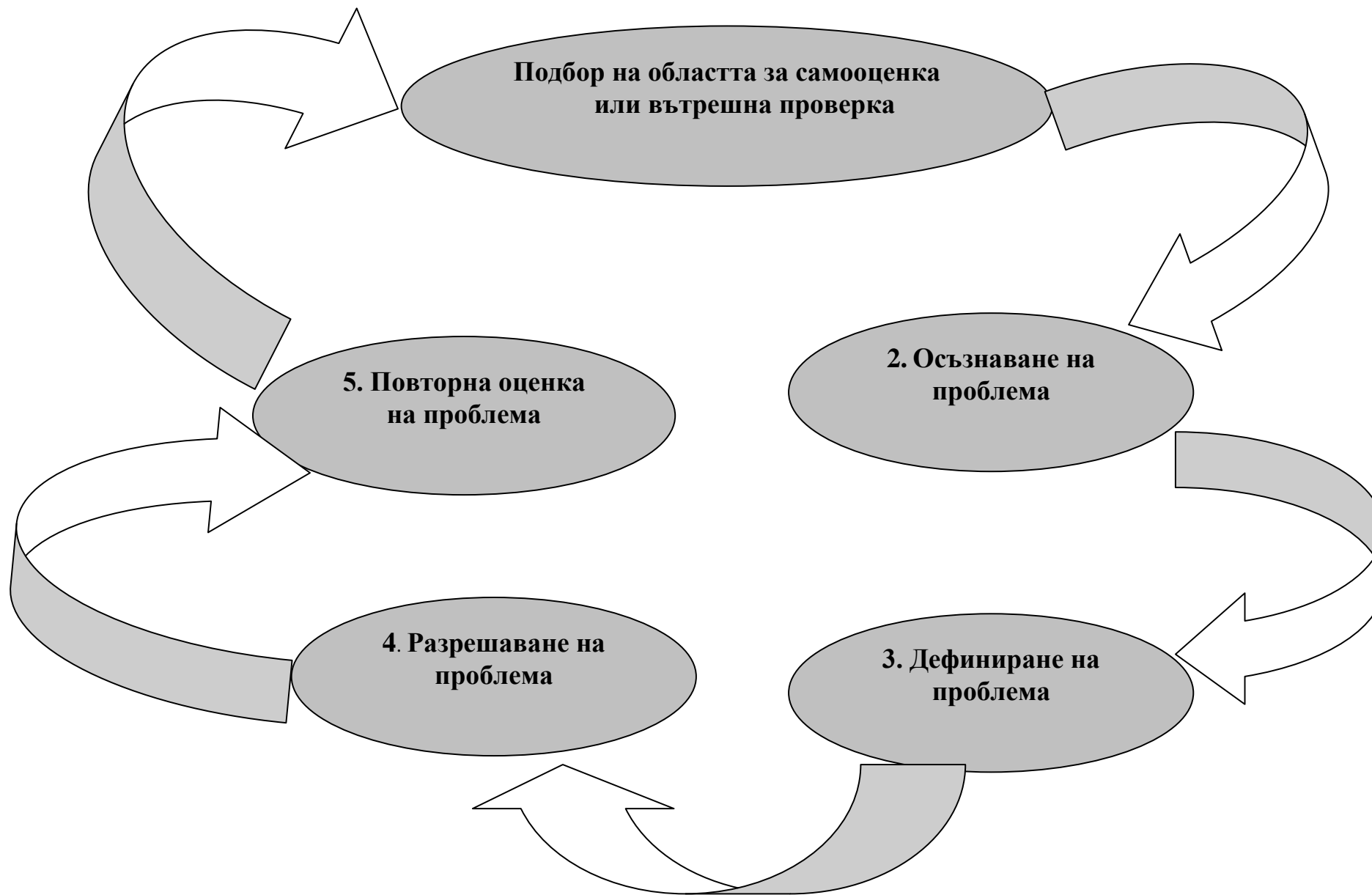


заведение дейности, така и анализи, които генерират хипотези и изследват смисъла на променливите, изведени от количествените характеристики.

В този смисъл СУК на ISO 9001:2008 позволява да се обедини наборът от съществуващите дейности по самооценяването, периодичният 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 лечебното 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 лечебното 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 потребите 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. 2) така и на качеството на конкретни диагностични и/или лечебни технологии (фиг. 3)



Източник: Л. Иванов (11) **Фиг. 1. Цикличност на самооценките и вътрешните проверки.**

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 лечебното 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 по ISO 9001:2008 изисква от ръководството на лечебното заведение, с помощта на външни експерти, да разработи и внедри в управленската практика на заведението следните задължителни документи и съдържащите се в тях изисквания:

***A. Наръчник за управление на качеството по ISO 9001:2008, включващ следните клаузи:***

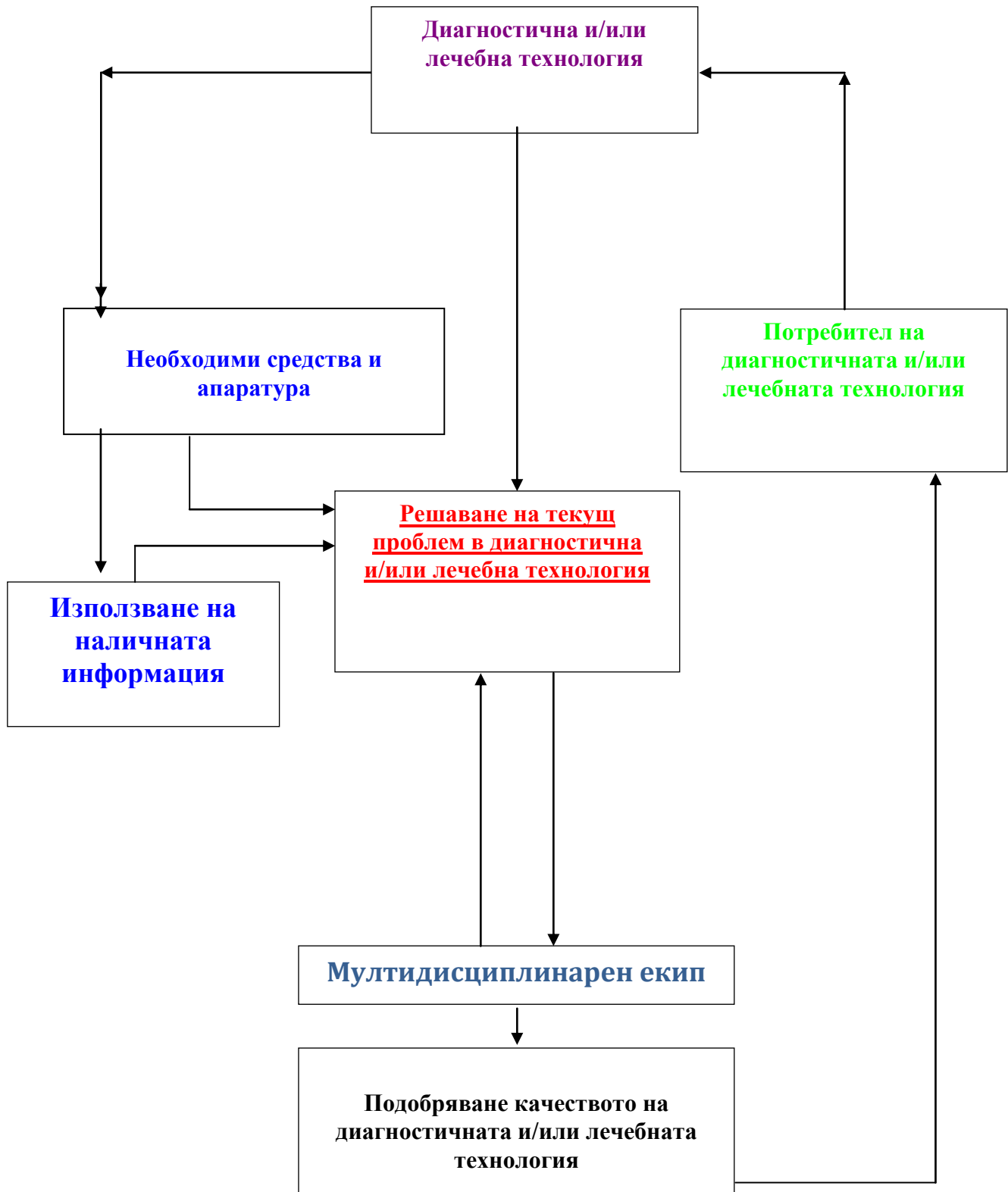
1. Същност, обхват и обща характеристика на международния стандарт за управление на качеството в здравеопазването (ISO 9001:2008 – 1).
2. Нормативни документи за качество в здравеопазването (ISO 9001:2008 – 2).
3. Термини и определения (ISO 9001:2008 – 3)
4. Изисквания на международния стандарт към Системите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

Фиг. 2



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 подобрието 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 лечебното заведение;

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)

***7.3. Управление на качеството на здравните услуги по превъзходния модел на European Foundation for Quality Management (EFQM – Excellence model)***

Съгласно подробната информация, почерпена от авторитетни литературни източници (51) и (52), превъзходният EFQM модел за управлението на качеството на здравните 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).

### ***7.3.1. Петте критерия „ предпоставки – средства” са както следва:***

#### ***А. Лидерство***

Придържайки се към изискванията на EFQM модела ръководството на лечебното заведение 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 преструктуриране на лечебното заведение, от ясно формулиране на неговите 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 лечебната организация) на следните 3 проблема: *организационна координация, решаване на организационни конфликти и новаторски организационни промени.*

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

#### ***Б. Политика и стратегия***

В съответствие с EFQM модел медицинският съвет на лечебното заведение трябва да обсъди и да утвърди „Политика по качеството”, като интегрална част на Програмата за неговото развитие и управление. При определяне на политиката по качеството ръководство трябва да вземе предвид следните императивни изисквания:

- ✓ очаквано или желателно ниво на удовлетвореност на пациентите;
- ✓ потребността и очакванията на други заинтересовани страни (здравноосигурителни и здравнозастрахователни организации,

държава, общество);

- ✓ възможностите за устойчиво развитие на качеството;
- ✓ необходимите финансови, материално-технически, човешки и информационни ресурси за поддържане качеството на високо ниво;
- ✓ степента на готовност на работещите в лечебното заведение за тотално включване в изпълнение на политиката за подобряване и устойчиво развитие на качеството;

При разработването на стратегията за развитие и управление лечебното заведение 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 лечебното заведение и техните технологични параметри;
- ✓ потребности от персонал, апаратура и други материални ресурси;
- ✓ финансиране на извършваните здравни услуги;
- ✓ информационно осигуряване, организиране и провеждане на маркетингови и бенчмаркингови проучвания;
- ✓ необходими капиталовложения;
- ✓ избор на математически модел, отчитащ оптималното време (срокове) за изпълнение на стратегията

Изпълнението на изискванията на този критерий носи 80 оценъчни точки.

### *В. Персонал на лечебното заведение*

Ръководството на заведението трябва да се придържа към максимата, че най-важният компонент на комплекса от обективни условия за реализиране на качествени здравни 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 ръководството 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*

Ръководството 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, необходим(а) за извършващите се в лечебното заведение дейности.

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

*Д. Процеси, свързани с потребителите на услугите, предоставяни от лечебното заведение.*

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

- ✓ процеси за определяне изискванията на потребителите на здравни услуги;
- ✓ процеси, свързани с проектиране и внедряване на здравни 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.

### ***7.3.2. Четирите критерия „резултати” са както следва:***

#### ***А. Резултати по отношение на потребителите на здравни услуги***

Ръководството на лечебното заведение, в лицето на неговия директор (управител) 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 здравни 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 здравната услуга включва и такива нейни параметри, като достъпност, надеждност, комплексност, 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 лечебното заведение в движение за „тотално качество”. В случая е важно да се поставят следните два въпроса:

- ✓ Може ли качеството на здравните услуги да се ръководи със стари управленски лостове, т.е. с проверки и контрол?

- ✓ Ако зад качеството не стоят с поведението и отношението си всички работещи в лечебното заведение, 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 ръководството политика по качеството се издига до начин на мислене и действие на всички служители.

По същество медицинската дейност е съвкупност от процеси. При тази постановка целта „повече удовлетворени потребители на здравни услуги“ води след себе си до качествени действия на всички 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*

Лечебното заведение 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 здравни услуги, така и за конкурентоспособността му на целевите здравни пазари. Източници на информация за обществената удовлетвореност, идентифицирани и ползвани от ръководство за целите на управлението на качеството по модела EFQM следва да бъдат:

- ✓ директните комуникации с потребителите на здравни услуги;
- ✓ оплаквания в сигнали и жалби от потребители;
- ✓ проведени анкети с потребители, чрез писмени въпросници;
- ✓ организирани от ръководството 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 лечебното заведение*

Ръководството на лечебното заведение 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 лечебното заведение, в което е внедрена, притежава и предлага организационен инструментариум за идентифициране и контрол на онези от предоставяните от него 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 последствия, ако те са били пуснати в употреба;

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

#### ***7.4. Управление на качеството на здравните услуги по модела Plan-Do-Check-Act (PDCA) известен като „цикъл на Deming“***

Въпреки че е оскъдна литературата за управление на качеството на здравните услуги по този модел, тя 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 аденти 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 всъщност е предиспозиция на модела PDCA.

Подходът „фокус“ включва следните етапи:

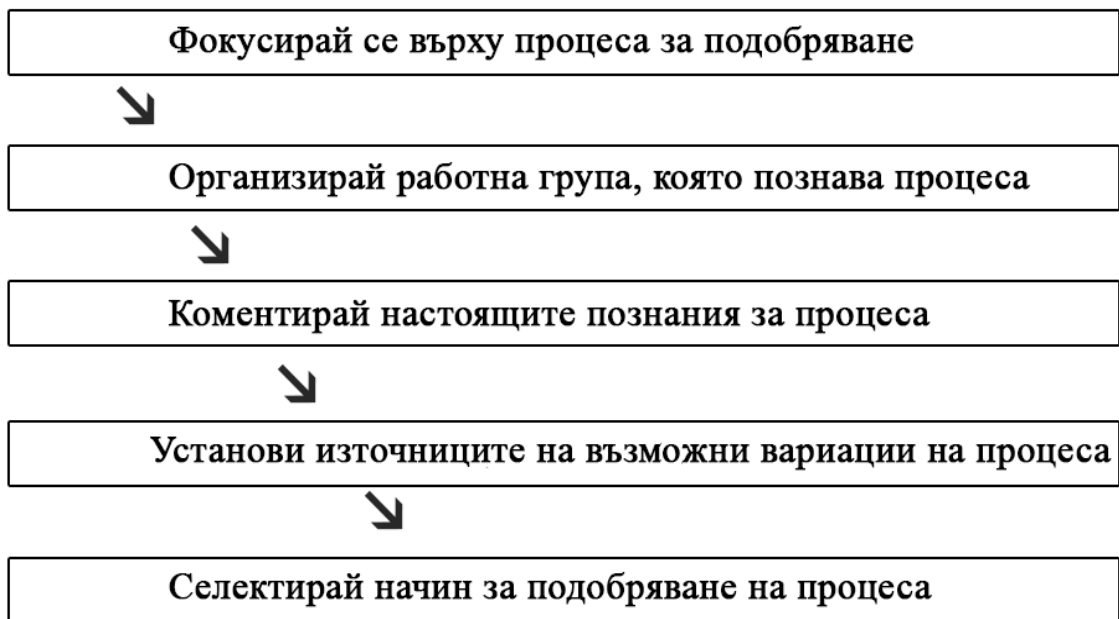
- Ф**окусирай се върху процес за подобряване на качеството;
- О**рганизирай работна група, която познава процеса;
- К**оментирай настоящите познания за процеса;
- У**станови източниците на възможни вариаци на процеса;
- С**електирай начин за подобряване на процеса на качеството.

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 П*“:

- П**ланирай
- П**рави
- П**ровери
- П**одобри

Нагледно двата подхода в тяхното съчетание имат конфигурация, посочена на следваща фигура 4.

## Фокус-”Планирай-Прави-Провери-Подобри”



За управление на качеството на здравните услуги по модела Deming е необходимо факторите на качеството 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.

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				

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, подчертават М.Попов (21) и А.Димова (6).

## **РАЗДЕЛ ВТОРИ: ЦЕЛ, ЗАДАЧИ, ПОСТАНОВКА И МЕТОДИ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО**

### **Работна хипотеза на изследването**

Ядро на работната хипотеза на изследването са недостатъчно проучените съществени проблеми на организацията и управлението на качеството на здравните услуги у нас, и на възможните подходи за тяхното решаване.

Придържайки се към тази главна опорна точка имаме намерението да обосновем, че:

- 1.1 Усъвършенстването на организацията и управлението на качеството на здравните услуги е неотменим атрибут на интегрираната национална стратегия за подобряване здравето на нацията и на технологиите за своевременна и качествена диагностика и лечение на болните.
- 1.2 Следваната през последните години политика за бавно нарастване на относителен дял от brutния вътрешен продукт за здравеопазване е предпоставка за изоставане от европейските стандарти за качество на медицинската помощ и е кризисна за здравето на социалните групи с незадоволителен икономически статус.
- 1.3 Незадълбоченият анализ на културните ценности на обществото и на индикаторите, характеризиращи неговата оценка за качество на здравните услуги, както и недостатъчният обществен дебат за дългосрочните приоритети и цели на реформата в лечебния сектор на здравеопазването, са



причина за нарастващия социален песимизъм към провежданата у нас здравна политика.

- 1.4 Действащият модел за смесено (социално здравноосигурително + частно здравнозастрахователно + бюджетно + „джобно“) финансиране на здравните 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 медицинска помощ съвкупен финансов ресурс
- 1.5 Повърхностните разчети за потребностите на населението от качествени здравни услуги, както и финансовите бариери, пред които се изправят регламентиранияте от Закона договарящи се страни са причина за подценяване на проблемите за качество на медицинската помощ в ежегодните национални рамкови договори и в индивидуалните договори с изпълнителите на здравни услуги.
- 1.6 Липсата на стабилна стратегическа визия за усъвършенстване на организацията и управлението на качеството на здравните услуги е причина за честата промяна на приоритетите под влияние на конюнктурни 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
- 1.7 Субекти на качеството на здравните услуги са: лекарят или друг професионалист (носител на съответна компетентност и притежаващ професионален еталон за качество) и потребителят на здравни услуги (пациент, други

заинтересовани лица и организации), който също носи своя специфична компетентност и потребителски еталон за качество.

- 1.8 Избраната система (модел) за управление на качеството на здравните услуги трябва да притежава компетентност и капацитет да въздейства върху неговите фактори и да осигурява системен мониторинг върху динамиката му в съвременното лечебно заведение.

### **Цел и задачи на изследването**

Настоящото изследване на чуждестранните и българските практики за управление на качеството на здравните услуги в условията на хроничен недостиг на публичен финансов ресурс за здравеопазване е предназначено да подпомогне ръководствата на лечебните заведения и началниците на влизащите в състава им клинични и логистични структури при организацията и изпълнението на клаузите от съответните медицински стандарти и в изграждането на икономически обоснована и професионално възприемлива политика за управление на тяхното качество.

**Целта** на настоящото изследване е да се направи оценка на внедрената в болницата система за организация и управление на лечебното заведение, която да отговаря на:

- а) европейските тенденции и стандарти за управление на качеството на здравните услуги в контекста на *„движението в полза на ефекта от лечението“*;
- б) настоящото състояние на неговия човешки, финансов, технологичен и информационен ресурс;
- в) етапното му развитие в средносрочен и дългосрочен план;

Във връзка с постигането на тази цел си поставихме следните последователни задачи:

- а) Да изучим международните практики и литература за системно наблюдение, оценяване, управление и устойчиво развитие на качеството в лечебните заведения.
- б) Да проучим и анализираме мнението на началниците на клиники и отделения, на лекарите и на специалистите по здравни грижи в УМБАЛ „Св.Ив.Рилски” ЕАД, относно необходимостта от внедряване на основаващ се научни доказателства модел за управление на качеството на здравните услуги; организация и управление, превенция и контрол и логистика и комуникации.
- д) Да проучим облигатността на връзката между качеството на човешките и материалните ресурси, предлагането на качествени здравни услуги и произтичащите от това задължения на вътрешния одит на качеството в лечебното заведение.
- е) Да установим адекватността на съществуващия модел за организация и управление на качеството в болнично заведение, основаващ се на СУК по ISO 9001:2008.

### **Обект и предмет на изследването**

*Обект на изследването*, съгласно логиката на работната хипотеза, целите и задачите на същото, е управлението на несъответствията между потребностите, удовлетвореност на пациентите от качествени здравни услуги стандартите и ресурсният, квалификационният и морално-волевият капацитет на болничното заведение, което ги произвежда.

*Предметът на изследването* включва компонентите, изграждащи цялостната конструкция на модела за управление на качеството, съобразно смисловото съдържание и структурната конфигурация на СУК по ISO 9001:2008

Единици на изследването са:

- Клинични стандарти
- Нормативни документи.
- Анкетиранията лица за нагласите им към необходимостта от осъвременяване на управлението на качеството в лечебно заведение.

### **Материали и методи на изследването**

*Материалите, върху които ще се проведе изследването, са* значителни по обем и обхващат съществените проблеми на организацията и управлението на качеството на здравните услуги. Същите условно могат да се окомплектоват в четири пакета:

а) *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 съвременното лечебно заведение. Тъй като интересът към проблемите в тази област е голям, публикациите дори само по управление на несъответствията между потребностите от качествени здравни 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.

б) *Международни анализи и доклади,* отразяващи състоянието на качеството в здравеопазването. Това са издания на World Health

Organization, WORLD BANK, European Observatory on Health Care Systems и др.

в) *Закони и подзаконовни нормативни актове:* Закон за Здравето, Закон за лечебните заведения, Закон за здравното осигуряване, Закон за професионално-съсловните организации на лекарите и зъболекарите, 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.

г) *Български документални материали:* националните здравни стратегии от 1997, 2001, 2008 и 2015 година; Националната стратегическа рамка за развитие на здравеопазването и подобряване здравето на нацията от 2012 година, Концепцията „Цели за здраве 2020”, годишни отчети на министъра на здравеопазването за състоянието на здравето на гражданите, годишници и публикации на НЦОЗА и др.

*Методите, приложени в изследването са както следва:*

- а) метод на систематизация и анализ на информацията от литературни и документални източници;
- б) анкетен метод, състоящ се в анкетиране на потребители и изпълнители на медицинска помощ в УМБАЛ „Св.Ив.Рилски” ЕАД по проблеми, съотнесими към управлението на качеството в лечебно заведение с три вида въпросници: за професионалисти по здравни грижи, за лекари и за началници на болнични клиники отделения и лаборатории. Анкетирани са 9 началници на средна възраст 57,3 г. и среден трудов стаж 11,1 г. Лекарите анкетирани в изследването са 42 със средна възраст 40,1 г. и среден трудов стаж 13,2 г. Специалистите по здравни грижи са 65 със средна възраст 47,3 г и среден трудов стаж 24,4 г.

Зададените въпроси са групирани в направления:

1. Организация и управление на работния процес

2. Качество, достъпност и своевременност на предлаганата услуга

в) статистически метод, включващ: вариационен анализ при описание на количествени признаци; алтернативен анализ при качествени величини, представени чрез абсолютни честоти и относителни дялове; статистически таблици и графики за илюстриране на тези, на процеси и на резултати от проведеното анкетиране.

г) логическо моделиране с цел създаване на моделна конструкция за управление на качеството на здравните услуги и зависимостта на същото от ресурсния, квалификационния и морално-волевия капацитет на лечебното заведение и неговия човешки капитал.

д) документален метод

## **РАЗДЕЛ ТРЕТИ: СТРУКТУРА И ОРГАНИЗАЦИЯ НА ДЕЙНОСТТА НА УМБАЛ „СВ.ИВАН РИЛСКИ” ЕАД - СОФИЯ**

УМБАЛ “Св. Иван Рилски” ЕАД София е лечебното заведение осъществяващо дейността си въз основа на издадено от Министъра на здравеопазването Разрешение за осъществяване на лечебна дейност по реда на чл. 46 от Закона за лечебните заведения. Последното Разрешение е с № МБ-112 от 16.12.2015 г.,

Съгласно горепосоченото разрешение УМБАЛ „Св.Иван Рилски”ЕАД, гр. София може да осъществява следните дейности:

- диагностика и лечение на заболявания, когато лечебната цел не може да се достигне в условията на извънболнична помощ;
- рехабилитация;
- диагностика и консултации, поискани от лекар или лекар по дентална медицина от други лечебни заведения;
- клинични изпитвания на лекарствени продукти и медицински изделия съгласно действащото в страната законодателство;
- учебна и научна дейност

по следните медицински специалности:

- вътрешни болести;
- нефрология;
- гастроентерология;
- кардиология;
- ревматология;
- ендокринология и болести на обмяната;
- нервни болести;
- детска неврология;
- пневмология и фтизиатрия;

- ушно-носно-гърлени болести;
- професионални болести;
- неврохирургия;
- хирургия;
- урология;
- анестезиология и интензивно лечение;
- клинична хематология;
- медицинска онкология;
- физикална и рехабилитационна медицина;
- нуклеарна медицина;
- образна диагностика;
- лъчелечение;
- обща и клинична патология;
- клинична лаборатория;
- клинична имунология;
- клинична токсикология;
- микробиология;
- клинична фармакология и терапия;
- очни болести;
- медицинска генетика.

Лечебната дейност се осъществява в следните структури /клиники, отделения и клинично-диагностични структури/ с нива на компетентност, както следва:

**Клиники и отделения с легла:**

1. Клиника по гастроентерология - с III-то ниво на компетентност в изпълнение на медицински стандарт „Гастроентерология”;
2. Клиника по нефрология – с III-то ниво на компетентност в изпълнение на медицински стандарт „Нефрология”;



2.1. Отделение по нефрология - с III-то ниво на компетентност в изпълнение на медицински стандарт „Нефрология“;

2.2. Отделение по диализно лечение - с III-то ниво на компетентност в изпълнение на медицински стандарт „Диализно лечение“;

3. Клиника по нервни болести - с III-то ниво на компетентност в изпълнение на медицински стандарт „Нервни болести“;

4. Отделение по анестезиология и интензивно лечение - с III-то ниво на компетентност в изпълнение на медицински стандарт „Анестезия и интензивно лечение“.

5. Клиника по неврохирургия - с III-то ниво на компетентност в изпълнение на медицински стандарт „Неврохирургия“;

6. Клиника по ревматология - с III-то ниво на компетентност в изпълнение на медицински стандарт „Ревматология“;

7. Клиника по професионални заболявания - с III-то ниво на компетентност в изпълнение на медицински стандарт „Професионални болести“;

7.1. Отделение по белодробни заболявания - с II-ро ниво на компетентност в изпълнение на медицински стандарт „Пневмология и фтизиатрия“;

7.2. Отделение по ушно-носно-гърлени болести - с II-ро ниво на компетентност в изпълнение на медицински стандарт „Ушно-носно-гърлени болести“;

7.3. Отделение по нервни болести - II-ро ниво на компетентност в изпълнение на медицински стандарт „Нервни болести“;

7.4. В клиниката се осъществява дейност и по медицинската специалност „Клинична токсикология“ с II-ро ниво на компетентност в изпълнение на медицински стандарт „Клинична токсикология“;

8. Клиника по клинична хематология - с III-то ниво на компетентност в изпълнение на медицински стандарт „Клинична хематология“;

8.1. Отделение по медицинска онкология - с II-ро ниво на компетентност в изпълнение на медицински стандарт „Медицинска онкология”;

8.2. Отделение по клинична хематология - с III-то ниво на компетентност в изпълнение на медицински стандарт „Клинична хематология”;

9. Отделение по хирургия - с II-ро ниво на компетентност в изпълнение на „Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия, пластично-възстановителна и естетична хирургия и лицево-челюстна хирургия;

10. Отделение по физикална и рехабилитационна медицина – с III-то ниво на компетентност в изпълнение на медицински стандарт „Физикална и рехабилитационна медицина”;

11. Отделение по лъчелечение - с III-то ниво на компетентност в изпълнение на медицински стандарт „Лъчелечение”.

#### **Клиники и отделения без легла:**

1. Отделение „Образна диагностика“ - III-то ниво на компетентност в изпълнение на медицински стандарт „Образна диагностика”;

2. Отделение „Нуклеарна медицина“ - III-то ниво на компетентност в изпълнение на медицински стандарт „Нуклеарна медицина”;

3. Отделение „Клинична фармакология и терапия“.

#### **Клинико-диагностични структури:**

1. Клинична лаборатория - III-то ниво на компетентност в изпълнение на медицински стандарти „Клинична лаборатория”;

2. Лаборатория по клинична имунология - III-то ниво на компетентност в изпълнение на медицински стандарт „Клинична имунология”;

3. Лаборатория по клинична патология - в изпълнение на медицински стандарт „Клинична патология”;
4. Микробиологична лаборатория – с II-ро ниво на компетентност в изпълнение на медицински стандарт „Микробиология”;
5. Лаборатория по медицинска генетика - в изпълнение на медицински стандарт „Медицинска генетика”;

Фактичката структура на лечебното заведение е посочена в Правилника за устройството, дейността и вътрешния ред на УМБАЛ „Св.Иван Рилски”ЕАД, гр.София, който е приет на Съвет на директорите. Структурата на лечебното заведение е изградена в съответствие със Закона за лечебните заведения (ЗЛЗ), Наредба № 49 от 2010 г. за основните изисквания, на които трябва да отговарят устройството, дейността и вътрешният ред на лечебните заведения за болнична помощ и домовете за медико-социални грижи (обн., ДВ, бр. 83 от 2010 г.) и издаденото разрешение за дейност.

Структурните звена в лечебното заведение са функционално обособени в Консултативно-диагностичен блок, Стационарен блок, Административно-стопански блок и Болнична аптека:

• **Консултативно-диагностичният блок, включва:**

- Звено „Регистратура”;
- Звено Контрол на инфекциите;
- Приемно-консултативни кабинети на клиники и отделения;
- Кабинет по очни болести;
- Кардиологичен кабинет;
- Кабинет по вътрешни болести;
- Неврологичен-ЕЕГ кабинет;

- Отделение по Образна диагностика с направления: конвенционална образна диагностика, компютърна и магнитно-резонансна томография и инвазивна образна диагностика, и интервенционална рентгенология /ангиограф/;
- Отделение по Нуклеарна медицина;
- Клинична лаборатория с дейности по:
  - Лабораторни изследвания при порфирии и молекулярна диагностика на вирусните заболявания на черния дроб;
  - Лаборатория по Клинична имунология;
  - Лаборатория по Клинична патология;
- **Стационарен блок** с общо 383 легла към 30.06.2017г.; с 20 диализни поста; с 2 легла за дневна системна противотуморна терапия с краткосрочен престой /до 12 часа/ и с 6 легла за дневна химио-/хемотерапия, разпределени в 7 клиники и 4 самостоятелни отделения, както следва:
  - Клиника по Гастроентерология – 50 легла;
  - Клиника по Нефрология -36 легла, от които в Отделение по Нефрология – 36 легла, вкл. 1 легло за интензивно лечение и в Отделение по диализно лечение – 20 диализни поста без легла;
  - Клиника по Нервни болести 20 легла, от които 2 за интензивни грижи;
  - Клиника по Клинична хематология – 55 легла и допълнително 8 легла за краткосрочен престой, от които в Отделение по Клинична хематология – 40

легла и допълнително 6 легла за дневна химио- /хемотерапия и Отделение по Медицинска онкология – 15 легла и допълнително 2 легла за дневна системна противотуморна терапия с краткосрочен престой /до 12 часа/;

- Клиника по Неврохирургия - 70 легла;
- Клиника по Ревматология -73 легла;
- Клиника по Професионални заболявания – 30 легла, от които в Отделение по белодробни заболявания – 11 легла, вкл. 2 легла за интензивни грижи; в Отделение по Ушно-носно-гърлени болести – 10 легла; в Отделение по нервни болести – 6 легла и 3 легла за дейност по Клинична токсикология;
- Отделение по Хирургия – 14 легла;
- Отделение по Анестезиология и интензивно лечение – 10 легла;
- Отделение по Лъчелечение – 5 легла;
- Отделение по физикална и рехабилитационна медицина – 20 легла.

- ***Административно-стопански блок***
- ***Болнична аптека***

УМБАЛ „Св. Иван Рилски” ЕАД е единствената българска болница, избрана и наградена на 39-тото издание на международната награда за качество - New Millennium Award за 2011г., връчвана от издателска къща Editorial Office - Мадрид в сътрудничество с Клуба на търговските лидери - Trade Leaders' Club с награда за качество (New Millennium Award 2011) и

златен медал за работа на изпълнителния директор като бизнес отличие и лично признание.

Лечебното заведение е разположено в седем етажна сграда, намираща се на бул. “Акад. Иван Гешов” №15 в гр. София. В МБАЛ “Св. Иван Рилски” ЕАД работят 134 лекари, от тях 9 професори, 13 доценти и 45 асистенти, като 90% от лекарите са с призната специалност, половината от тях имат втора профилна специалност, 36% от лекарите са с основна и две профилни специалности, а 10% са с основна и три профилни специалности.

В болницата работят 194 специалисти по здравни грижи, по-голямата част от които притежават сертификат за извършване на качествени здравни грижи. Тяхната дейност се организира и контролира от главната медицинска сестра, която е Магистър по управление на здравни грижи с професионална квалификация „Мениджър на здравни грижи”.

Грижите за болните се осъществяват под ръководството на 18 старши сестри, лаборанти, рехабилитатори. По-голяма част от старшите сестри на клиниките са магистри по управление на здравни грижи.

Към лечебното заведение има разкрит Университетски медицински център, който осъществява високоспециализирана и специализирана извънболнична медицинска помощ.

Службата по трудова медицина при МБАЛ “Св. Иван Рилски” ЕАД е създадена в съответствие с изискванията на законовите и подзаконовни нормативни актове. Регистрирана е с Удостоверение № 271 / 31.07.01 на Министерство на здравеопазването.

Диагностичните и лечебните дейности в болницата се осъществяват от хабилитирани и нехабилитирани лица – лекари с призната специалност отговаряща на профила на клиниката /отделението, лабораторията /както и други медицински и немедицински специалисти, с образователно квалификационна степен „магистър”, бакалавър” и „специалист”. МБАЛ

“Св. Иван Рилски” ЕАД е в договорни отношения със СЗОК по 54 клинични пътеки и обем от 7 вида високоспециализирана извънболнична помощ.

Към лечебното заведение има разкрит Диагностично консултативен център, който осъществява високоспециализирана и специализирана извънболнична медицинска помощ. Средно за година в болницата са прегледани 103 412 пациенти, а хоспитализираните са 12 232 пациенти.

В лечебното заведение е разработена и внедрена СУК в съответствие с изискванията на стандарт /ISO 9001:2008/. Изработен е Наръчник по качеството, версия 02./18.06.2009г., деветнадесет документирани процедури, методики, оперативни документи. Ръководството е дефинирало, документирало и разпространило политиката по качеството от 24.04.2009г. Документирани са цели по качеството по структурни единици - клиники и отделения. СУК засяга почти всички дейности на болницата под формата на алгоритъм, които пряко или косвено допринасят за качеството на здравните грижи.

## **Мисия, стратегически цели и текущи задачи на УМБАЛ „СВЕТИ ИВАН РИЛСКИ” ЕАД, град София**

### ***Мисия на УМБАЛ „СВЕТИ ИВАН РИЛСКИ” ЕАД, град София***

Мисията на УМБАЛ „СВЕТИ ИВАН РИЛСКИ” ЕАД – град София, е многостранна, но съсредоточена в три основни направления:

- ✓ повишаване качеството на живот на пациентите с остри и обострени хронични заболявания, като диагностицира, лекува и облекчава страданията на основните им и свързаните с тях заболявания;
- ✓ провеждане на учебна, научна и научно-приложна дейност в областта на медицината;

- ✓ подготовка на студенти, специализанти и докторанти по медицина и здравни грижи, на медицински специалисти с образователно-квалификационна степен „бакалавър” и „специалист”.

### ***Стратегически цели на УМБАЛ „СВЕТИ ИВАН РИЛСКИ” ЕАД, град София***

Стратегическа цел е устойчиво - интензивно пазарно развитие и разширяване на дейността на лечебното заведение по видове, обеми и стандарти за качество.

Основните дългосрочни цели могат да се дефинират по следния начин:

- Повишаване качеството на болничната помощ чрез внедряване в ежедневната практика на актуални за България иновации, свързани с осъществяваните дейности;
- Перманентно поддържано и мониторирано съответствие с националните стандарти и протоколи за качество на здравните услуги;
- Формиране на ядро от медицински специалисти – имиджови кадри, рутинно осъществяващи на национално равнище - диагностика и консултации, поискани от лекари от други лечебни заведения.
- Гарантиране устойчиво развитие на лечебното заведение в конкурентната среда.
- Проучване на методологичната, административна и ресурсна обезпеченост, необходима за съответствие на УМБАЛ „СВЕТИ ИВАН РИЛСКИ” ЕАД с европейски стандарти и протоколи за качество на здравните услуги.



Основните цели на УМБАЛ „СВЕТИ ИВАН РИЛСКИ” ЕАД - София са в унисон с принципите, върху които е изградена Националната здравна стратегия - “По-добро здраве, за по-добро бъдеще на България”.

### ***Текущи задачи на УМБАЛ „СВЕТИ ИВАН РИЛСКИ” ЕАД, град София***

В краткосрочна перспектива дейността на МБАЛ - София е насочена към:

- пазарна политика, насочена към оказване на качествени медицински услуги на републиканско равнище, чрез разработване на механизми за изнасяне на високоспециализирани услуги по региони, с цел подобряване достъпа на населението;
- повишаване сигурността и удовлетвореността от работата на медицинския и административния персонал в лечебното заведение, чрез въвеждане на система за мониторинг и вътрешен клипинг;
- гарантиране на финансова стабилност и реализиране на трайни положителни финансови резултати чрез разширяване на базата от осигурители и разширяване на кръга от предлагани услуги;
- разработване на дистрибутивна политика основана на дългосрочни контакти с общопрактикуващи лекари, специалисти и лечебни заведения от страната.
- комуникационна политика, основана на изграждане положителна представа и нагласа сред потребителите.

### ***Данни за УМБАЛ „СВЕТИ ИВАН РИЛСКИ” ЕАД, град София***

Многопрофилна болница за активно лечение „СВЕТИ ИВАН РИЛСКИ” ЕАД е правопреемник на Държавната институтска болница „Св.Иван Рилски”, като следствие от преобразуването на последната в

Еднолично акционерно дружество, съгласно разпоредбите на чл.101, ал.1 на ЗЛЗ и според изискванията на чл.104, ал.2, както и на основата на издадена заповед № РД-18-79 от 31.08.2000г. на Министъра на здравеопазването и Решение на Софийски градски съд – търговско отделение №1 по Фирмено дело № 11166 от 20.09.2000г.

#### **Дата на учредяване**

Датата на учредяване е 20.09.2000 г.

#### **Предмет на дейност**

Диагностика и лечение на остри заболявания и изострени хронични болести по следните основни и профилни медицински специалности:

- вътрешни болести
  - гастроентерология
  - ревматология
  - кардиология
  - нефрология с екстракорпорална литотрипсия
  - хемодиализа
  - ендокринология
- професионални болести
- неврология
- ушно-носно-гърлени болести
- инфекциозни, тропични и паразитни болести
- Физикална терапия и рехабилитация
- функционална и образна диагностика
- извършване на клиничко-фармакологични и фармако-кинетични изследвания и анализи на лекарствени средства в биологични течности и терапевтично лекарствено мониториране.
- диагностика и консултации поискани от лекари от други лечебни заведения

- диагностика и лечение на неврохирургични заболявания включващи:
  - невроонкология
  - съдова и функционална неврохирургия
  - гръбначна неврохирургия
  - ендоскопска неврохирургия
  - хирургия на болката
  - детска неврохирургия
  - навигирана неврохирургия
  - травми на нервната система
  - коремна хирургия
  - лъчетерапия
  - хематология и онкохематология
  - медицинска онкология

### **Седалище и адрес на управление**

Град София, п.к. 1431, бул. „Акад. Иван Гешов” № 15,

### **Собственост и капитал на дружеството**

Правата на собственост на ДЪРЖАВАТА, като едноличен собственик на капитала се упражняват от министъра на здравеопазването.

### **Органи за управление на дружеството**

- Съвет на директорите,
- Изпълнителен директор

В УМБАЛ „СВЕТИ ИВАН РИЛСКИ” ЕАД, град София с цел поддържане и повишаване качеството на лечебния процес са формирани:

- Медицински съвет;
- Съвет по здравни грижи;
- Лечебно-контролна комисия;
- Комисия по ВБИ
- Местна комисия по етика на медицинските проучвания
- Терапевтична комисия
- Комисия по информационно осигуряване.
- Комисия по осигуряване на качеството ( ISO 9001-2000 )
- Комисия по акредитация
- Комисия по определяне на възнагражденията
- Комисия по атестация на персонала

Оценка от последната акредитация за цялостна дейност, отделни медицински и други дейности и обучение на студенти и специализанти – отлична.

Считано от 2010 г. лечебното заведение има издаден сертификат от „Муди интернешънъл” за внедрена система за управление на качеството, в съответствие с международен стандарт ISO 9001: 2008. Същият е продължен със сертификат на „RINA” за срок от три години, считано от 27.07.2012 година.

Наръчникът на модела за управление на качеството на здравните услуги в лечебното заведение е съставен в съответствие с изискванията на международния стандарт за управление на качеството EN ISO 9001:2008 и с напътствията, съдържащи се в Guides for health-care to the use of ISO 9001:2000 and 9001:2004 (European Committee for Standardization – Brussels, 2001).

Наръчникът на модела за управление на качеството на здравните услуги в лечебното заведение ”УМБАЛ Св. Иван Рилски ЕАД - София” има за цел да фокусира вниманието на ръководството му и на началниците на неговите медицински и немедицински структури към подобряване и устойчиво развитие на качеството на процесите произтичащи от предмета на неговата дейност. Във връзка с това при изграждането, внедряването и осъществяването на модела за управление на качеството на здравните услуги е необходимо да се отчита, че :

1. Основната цел на всяко лечебно заведение е :

- да определи и посрещне по най-добрия начин потребностите на своите пациенти и на другите заинтересовани страни (собственици на лечебното заведение . финансиращи органи и организации, общество);
- да постигне конкуриращо предимство и да направи това по ефективен и лоялен начин;
- 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 в лечебното заведение се влияе от такива фактори като:

- неговата големина и структура;
- пазарът, който то обслужва;
- ресурсите(човешки,технологични,финансови, информационни ), които то притежава;

Няма съмнение, че отчитането на посочените обстоятелства при конструиране на модела ще осигури не само директни ползи на лечебното 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 здравните 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 лечебното заведение предполага да се определят и управляват многобройни вътрешно свързани процеси. Ето защо системното определяне на процесите, използвани в лечебното заведение, както и взаимодействията им се определя като „*процесен подход*”.

Фигура 1 представлява концептуална илюстрация на процесния подход по ISO 9001:2008 за качество на здравните 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. Тази илюстрация не отразява процесите в детайли, но покрива имплицитността на Международния стандарт ISO 9001:2008

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

## **РАЗДЕЛ ЧЕТВЪРТИ: РЕЗУЛТАТИ ОТ СОБСТВЕНОТО ПРОУЧВАНЕ**

Целта на проучването е да се направи оценка на внедрената в болницата система за организация и управление на качеството ISO 9001:2008. Проучването е проведено през 2016 г. от януари до май, като в него взеха участие общо 116 реципиенти. От тях 9 началника на отделения, 42 лекари и 65 професионалисти по здравни грижи от всички отделения в

болницата. Използвани са специално разработени анкетни карти за трите категории персонал. Анкетните карти са представени в приложенията на дисертационния труд.

В проучването са участвали 9 началници на отделения, на средна възраст 57,3 г. и среден трудов стаж – 11,1 години. (таблица 1).

**Таблица 1.** Възраст и трудов стаж на началниците на отделения, участвали в проучването

	N	Мин	Макс	Медиана	Средна аритметична	Стд. отклонение
Възраст - години	9	51	68	56	57,3	5,9
Стаж на тази длъжност - години	9	0,1	35,0	9	11,1	10,9

Лекарите, участвали в проучването (таблица 2), са на средна възраст 40,1 г., и със 13,2 г. среден трудов стаж. Това показва, че те са с достатъчен опит, поради което техните отговори са базирани на солиден професионален стаж и са релевантни към обсъжданата тематика и трябва да бъдат сериозно анализирани.

**Таблица 2.** Възраст и трудов стаж на лекарите, участвали в проучването

	Минимум	Максимум	Медиана	Средна аритметична	Стд. отклонение
Възраст - години	25	68	42	40,1	11,6
Стаж на тази длъжност - години	0	41,0	9	13,2	12,1

В таблица 3 са представени средната възраст и трудов стаж на специалистите по здравни грижи. Те са със средна възраст от 47,3 г., и

със 24,4 г. среден стаж. Също както при лекарите, техните отговори заслужават внимателен и сериозен анализ.

**Таблица 3.** Брой, възраст и трудов стаж на сестрите, участвали в проучването

	Мин	Макс	Медиана	Средна аритметична	Стд. отклонение
Възраст - години	28	61	49	47,3	9,2
Стаж на тази длъжност - години	3,0	41,0	27	24,4	10,0

### *Анализ на данните от проучването*

#### **I. НАЧАЛНИЦИ НА ОТДЕЛЕНИЯ**

**Въпросите в анкетните карти за началниците на отделения са систематизирани в две основни групи:**

1. Въпроси, произтичащи от необходимостта за ясно формулирана и последователно провеждана, ориентирана към пациентите политика за подобряване и устойчиво развитие на качеството в болницата
2. Въпроси от системна значимост за сектора „болнична помощ“

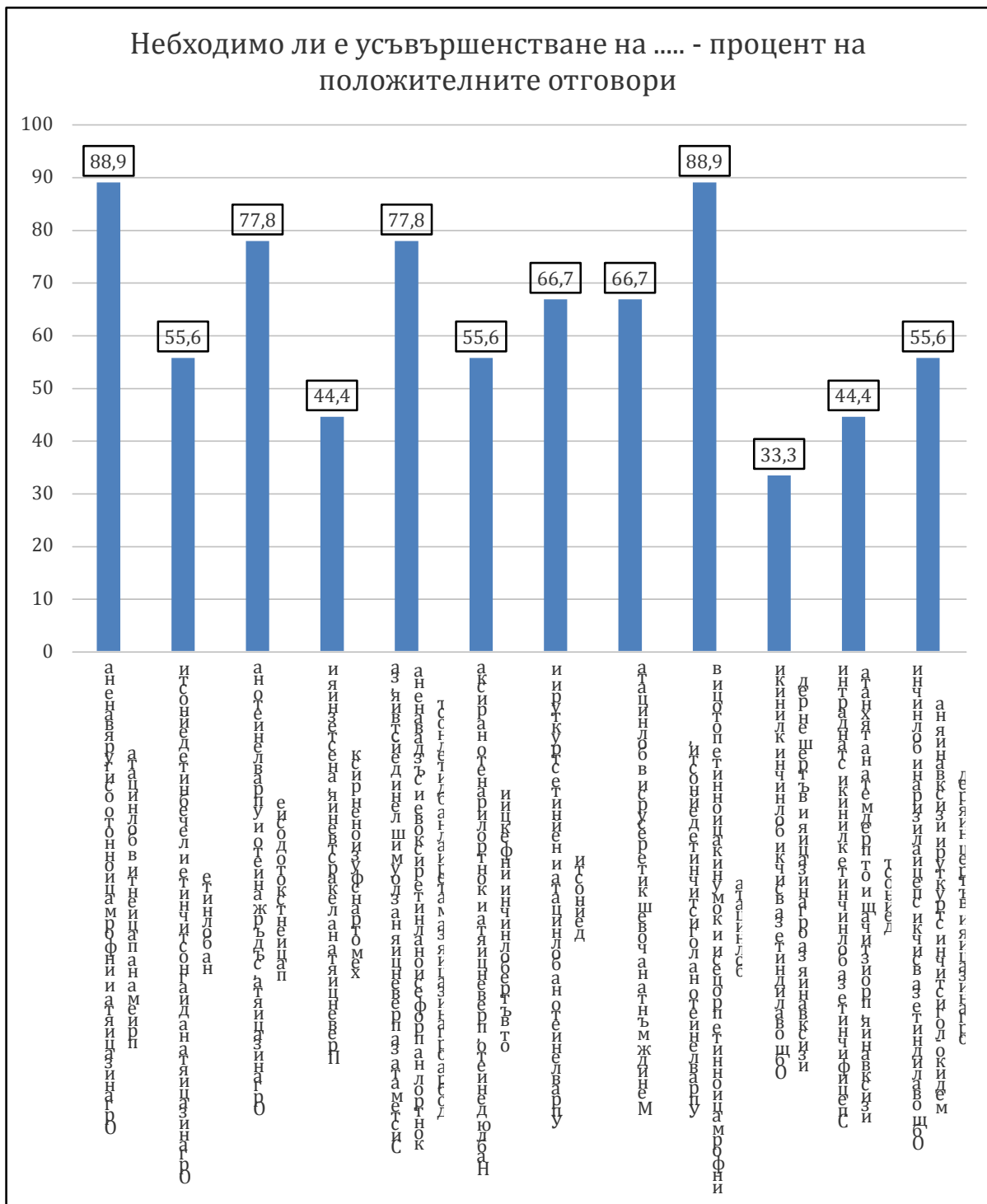
**Въпросите от първата група имаха за цел да изяснят дали е необходимо усъвършенстване на:**

- Организацията и информационното осигуряване на приема на пациенти в болницата
- Организацията на диагностичните и лечебните дейности на болните
- Организацията, съдържанието и управлението на пациентското досие



- Превенцията на лекарствения, анестезния и хемотрансфузионен риск
- Системата за превенция на злоумишлени действия, за контрол на професионалните рискове и създаване на добра организация за материална бдителност
- Наблюдението, превенцията и контролирането на риска от вътреболнични инфекции
- Управлението на болницата и нейните структури и дейности
- Мениджмънта на човешките ресурси в болницата
- Управлението на логистичните дейности, информационните процеси и комуникационните потоци в болницата
- Общовалидните за всички болнични клиники изисквания за организация и вътрешен ред
- Специфичните за болничните клиники стандартни изисквания, произтичащи от предмета на тяхната дейност
- Общовалидните за всички специализирани болнични медико-логистични структури изисквания на организация и вътрешния ред

**Фигура 1.**



Според началниците на отделенията най-наложително е усъвършенстването на *управлението на логистичните дейности, информационните процеси и комуникационните потоци в болницата*

***и организацията и информационното осигуряване на приема на пациенти в болницата – 88,9%, докато само според 33,3% от тях, общовалидните за всички болнични клиники изисквания за организация и вътрешен ред се нуждаят от усъвършенстване. Прави впечатление много малкият процент (44,4%) утвърдителни отговори при въпросите, касаещи усъвършенстването на Системите за превенция на лекарственият, анестезиологичния и хемотрансфузионния риск.***

Водещо място заемат:

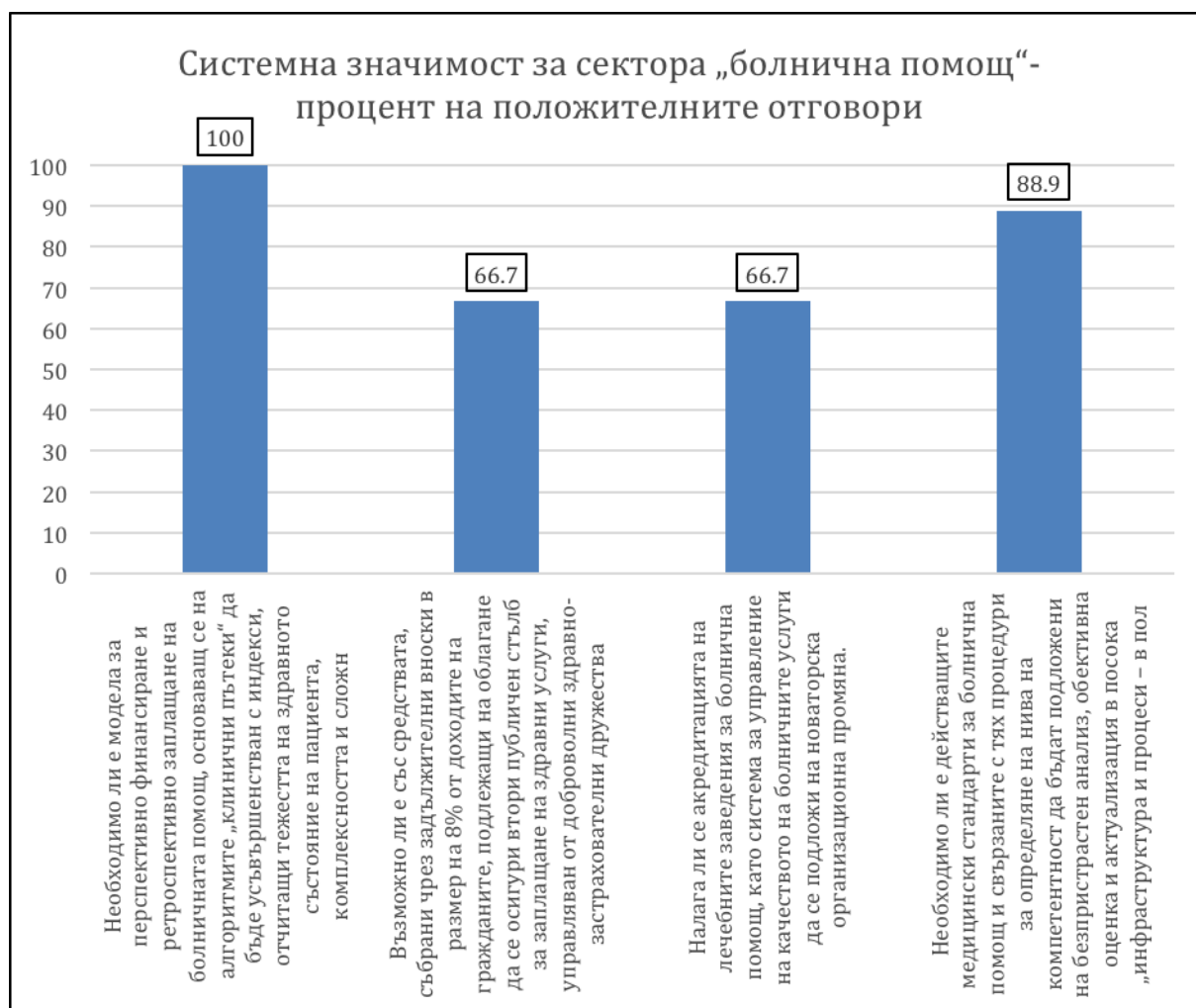
- 1. Организацията, съдържанието и управлението на пациентското досие и 2. Системата за превенция на злоумишлени действия, за контрол на професионалните рискове и създаване на добра организация за материална бдителност – 77,8% от началниците считат, че те се нуждаят от усъвършенстване.***

**Въпросите от втората група се отнасят до системна значимост за сектора „болнична помощ“ и имат за цел да изяснят:**

- Необходимо ли е моделът за перспективно финансиране и ретроспективно заплащане на болничната помощ, основаващ се на алгоритмите „клинични пътеки“, да бъде усъвършенстван с индекси, отчитащи тежестта на здравното състояние на пациента, комплексността и сложността на лечението му
- 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

- 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.
- Необходимо ли е действащите медицински стандарти за болнична помощ и свързаните с тях процедури за определяне на нива на компетентност да бъдат подложени на безпристрастен анализ, обективна оценка и актуализация в посока „инфраструктура и процеси – в полза на ефекта на лечението“
- Своевременността и достъпността на здравните услуги.

**Фигура 2.**



## Резултати:

По отношение на системна значимост за сектора „болнична помощ“, 100% от анкетираните началници на отделения считат, че е необходимо моделът за перспективно финансиране и ретроспективно заплащане на болничната помощ, основаващ се на алгоритмите „клинични пътеки“, да бъде усъвършенстван с индекси, отчитащи тежестта на здравното състояние на пациента, комплексността и сложността на лечението му.

66,7% от анкетираните считат, че е възможно 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. Също толкова от тях считат, че се налага акредитацията на лечебните заведения за болнична помощ, като система за управление на качеството на болничните услуги да се подложи на новаторска организационна промяна.

Според 88,9% от началниците, е необходимо действащите медицински стандарти за болнична помощ и свързаните с тях процедури за определяне на нива на компетентност **да бъдат подложени на безпристрастен анализ**, обективна оценка и актуализация в посока „инфраструктура и процеси – в полза на ефекта на лечението“

## **II. ЛЕКАРИ**

**Анкетните карти за лекарите, включват набирането на информация, която цели даването на отговори на:**

1. Въпроси, свързани с организацията и управленията на качеството на приема, диагностиката, лечението и грижите за хоспитализираните пациенти
2. Въпроси, свързани с необходимостта от повишаване на компетентността Ви по качествени аспекти на извършваната от Вас дейност

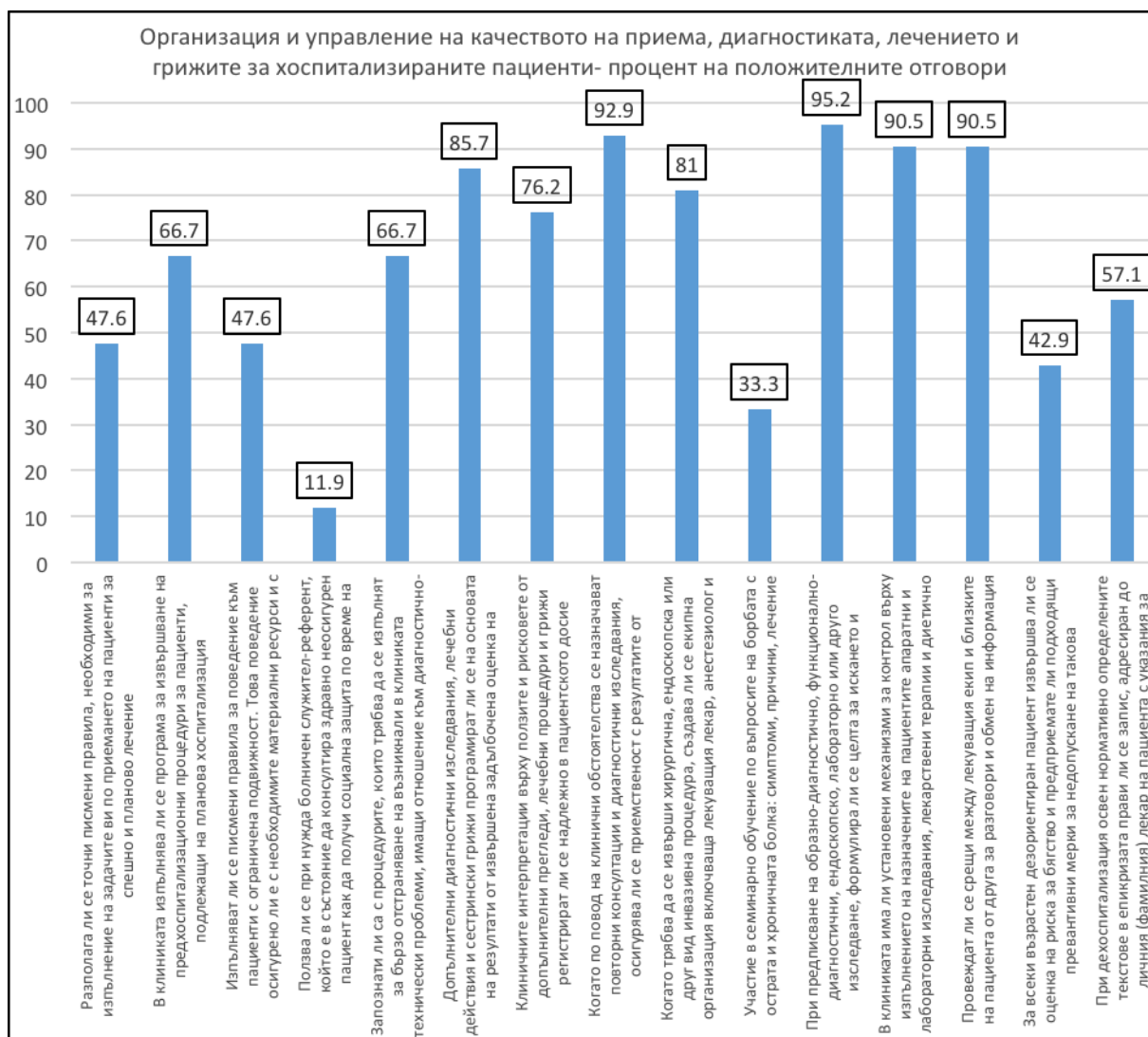
3. Въпроси, свързани с влиянието на професионалната и психосоциалната характеристика на работната Ви място върху качеството на болничните дейности

**Първата група въпроси имат за цел да изяснят конкретно следното:**

- Има ли точни писмени правила, необходими за изпълнение на задачите ви по приемането на пациенти за спешно и планово лечение
- В клиниката изпълнява ли се програма за извършване на предхоспитализационни процедури за пациенти, подлежащи на планова хоспитализация
- 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 общо болничните структури с диагностично-консултативни функции (лаборатории, кабинети за специализирани изследвания и др.)
- Ползва ли се при нужда болничен служител-референт, който е в състояние да консултира здравнонеосигурен пациент как да получи социална защита по време на болничния му престой
- Запознати ли са лекарите с процедурите, които трябва да се изпълнят за бързо отстраняване на възникнали в клиниката технически проблеми, имащи отношение към диагностично-лечебния процес
- Допълнителни диагностични изследвания, лечебни действия и сестрински грижи програмират ли се на основата на резултати от извършена задълбочена оценка на здравословното състояние на пациента?
- Клиничните интерпретации върху ползите и рисковете от допълнителни прегледи, лечебни процедури и грижи регистрират ли се надлежно в пациентското досие

- Когато по повод на клинични обстоятелства се назначават повторни консултации и диагностични изследвания, осигурява ли се приемственост с резултатите от извършените преди това аналогични процедури
- Когато трябва да се извърши хирургична, ендоскопска или друг вид инвазивна процедура, създава ли се екипна организация, включваща лекуващия лекар, анестезиолог и други специалисти, имащи отношение към лечението на пациента
- Участие в семинарно обучение по въпросите на борбата с острата и хроничната болка: симптоми, причини, лечение
- При предписване на образно-диагностично, функционално-диагностични, ендоскопско, лабораторно или друго изследване, формулира ли се целта за искането и клиничните аргументи за него
- В клиниката има ли установени механизми за контрол върху изпълнението на назначените на пациентите апаратни и лабораторни изследвания, лекарствени терапии и диетично хранене.
- Провеждат ли се срещи между лекуващия екип и близките на пациента от друга за разговори и обмен на информация
- За всеки възрастен дезориентиран пациент извършва ли се оценка на риска за бягство и предприемате ли подходящи превантивни мерки за недопускане на такова
- При дехоспитализация, освен нормативно определените текстове в епикризата, прави ли се запис, адресиран до личния (фамилния) лекар на пациента с указания за медицинско наблюдение и сестрински грижи в домашна обстановка, ако такива са необходими

**Фигура 3.**



По отношение на организацията и управлението на качеството на приема, диагностиката, лечението и грижите за хоспитализираните пациенти, 95,2% от лекарите, считат, че при предписване на образно-диагностично, функционално-диагностично, ендоскопско, лабораторно или друго изследване, се формулира целта за искането и клиничните аргументи за него, т.е. всяко едно изследване е клинично и медицински оправдано.



Над 90% от лекарите считат, че:

- когато по повод на клинични обстоятелства се назначават повторни консултации и диагностични изследвания, се осигурява приемственост с резултатите от извършените преди това аналогични процедури
- в клиниката има установени механизми за контрол върху изпълнението на назначените на пациентите апаратни и лабораторни изследвания, лекарствени терапии и диетично хранене.
- в клиниката се провеждат срещи между лекуващия екип и близките на пациента от друга страна за разговори и обмен на информация.

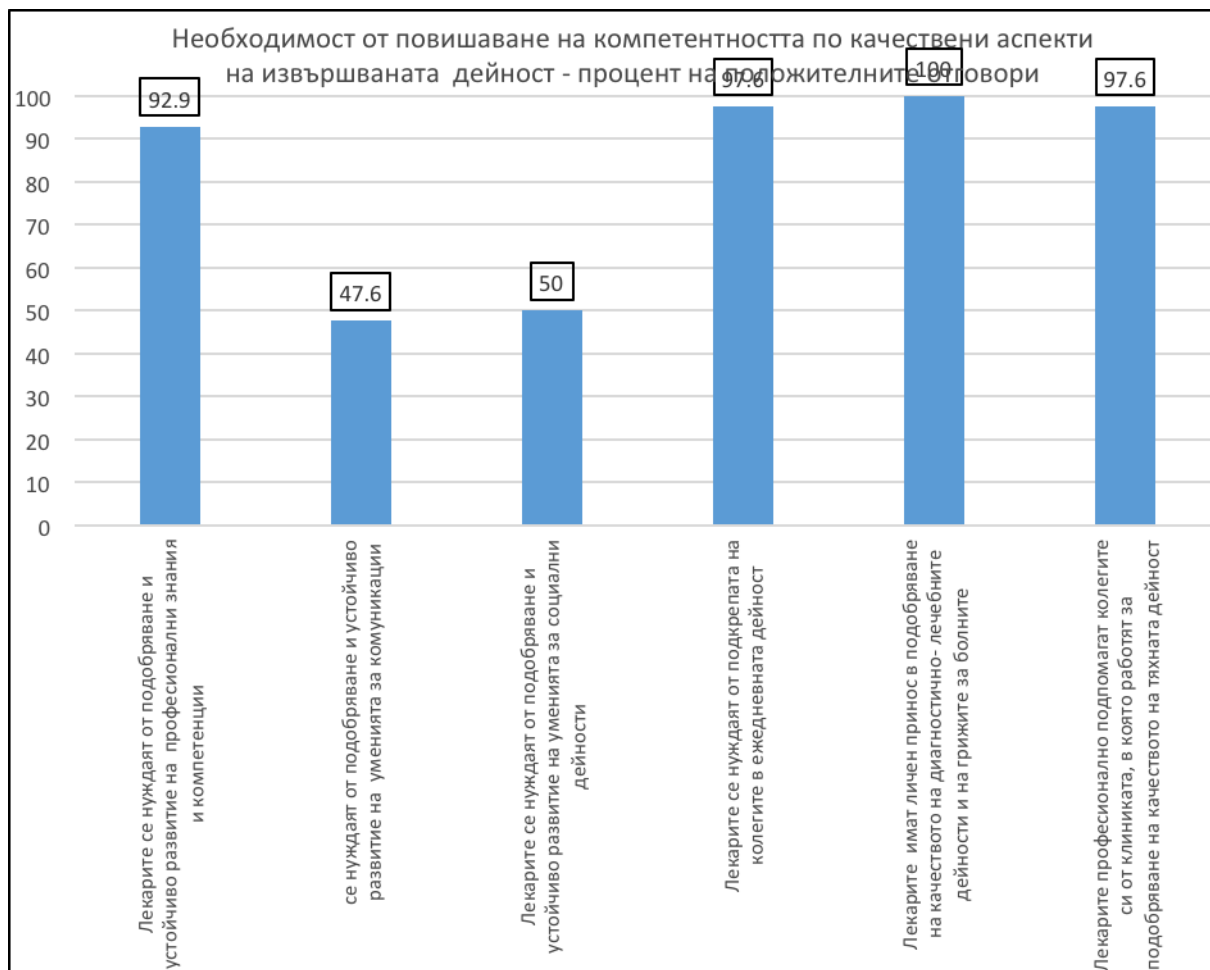
Едва 11,9% от лекарите ползват при нужда болничен служител-референт, който е в състояние да консултира здравнонеосигурен пациент как да получи социална защита по време на болничния му престой. Факт, който подлежи на внимателен анализ относно бъдещето място на служителите-референти и здравни медиатори, както и комуникацията лекар-пациент.

**Втората група въпроси има за цел да изясни дали лекарите:**

- се нуждаят от подобряване и устойчиво развитие на професионалните знания и компетенции;
- се нуждаят от подобряване и устойчиво развитие на уменията за комуникации;
- се нуждаят от подобряване и устойчиво развитие на уменията за социални дейности;
- се нуждаят от подкрепата на колегите в ежедневната дейност;
- имат личен принос в подобряване на качеството на диагностично-лечебните дейности и на грижите за болните;

- професионално подпомагат колегите си от клиниката, в която работят, за подобряване на качеството на тяхната дейност.

**Фигура 4.**



100% от лекарите имат личен принос в подобряване на качеството на диагностично- лечебните дейности и на грижите за болните. 97,6 % от тях се нуждаят от подкрепата на колегите в ежедневната дейност, както и професионално подпомагат колегите си от клиниката, в която работят за подобряване на качеството на тяхната дейност. По отношение на професионалното развитие, 92,9% от тях се нуждаят от подобряване и устойчиво развитие на професионалните знания и компетенции, докато едва 47,6% се нуждаят от подобряване и устойчиво развитие на уменията за комуникации. Това допълнително се подкрепя от малкия процент

положителни отговори на въпроса от първа група относно ползването на служителите референти.

**Третата група въпроси**, която има за цел да изясни как професионалната и психосоциалната характеристика на работното място влияе върху качеството на болничните дейности, включва въпроси относно това дали лекарят е:

- професионално надзираван и зависим/а от другите членове на структурата, в която работи;
- разчита на собствените си способности за справяне с проблеми на качеството от професионално естество;
- готов/а да окаже подкрепа на колеги, когато се налага да решат проблеми, свързани с качеството на професионалната им дейност.

**Фигура 5.**



По отношение на качеството на болничните дейности, 100 от лекарите са готови да окажат подкрепа на колеги, когато се налага да решат проблеми, свързани с качеството на професионалната им дейност. 90,5% от тях считат, че те са професионално надзиравани и зависими от

другите членове на структурата, в която работят, т.е. силно изразено е екипното начало на работния процес в болницата.

### **III. ПРОФЕСИОНАЛИСТИ ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ**

**Анкетните карти за *професионалистите по здравни грижи*, включват набирането на информация, която цели даването на отговори на:**

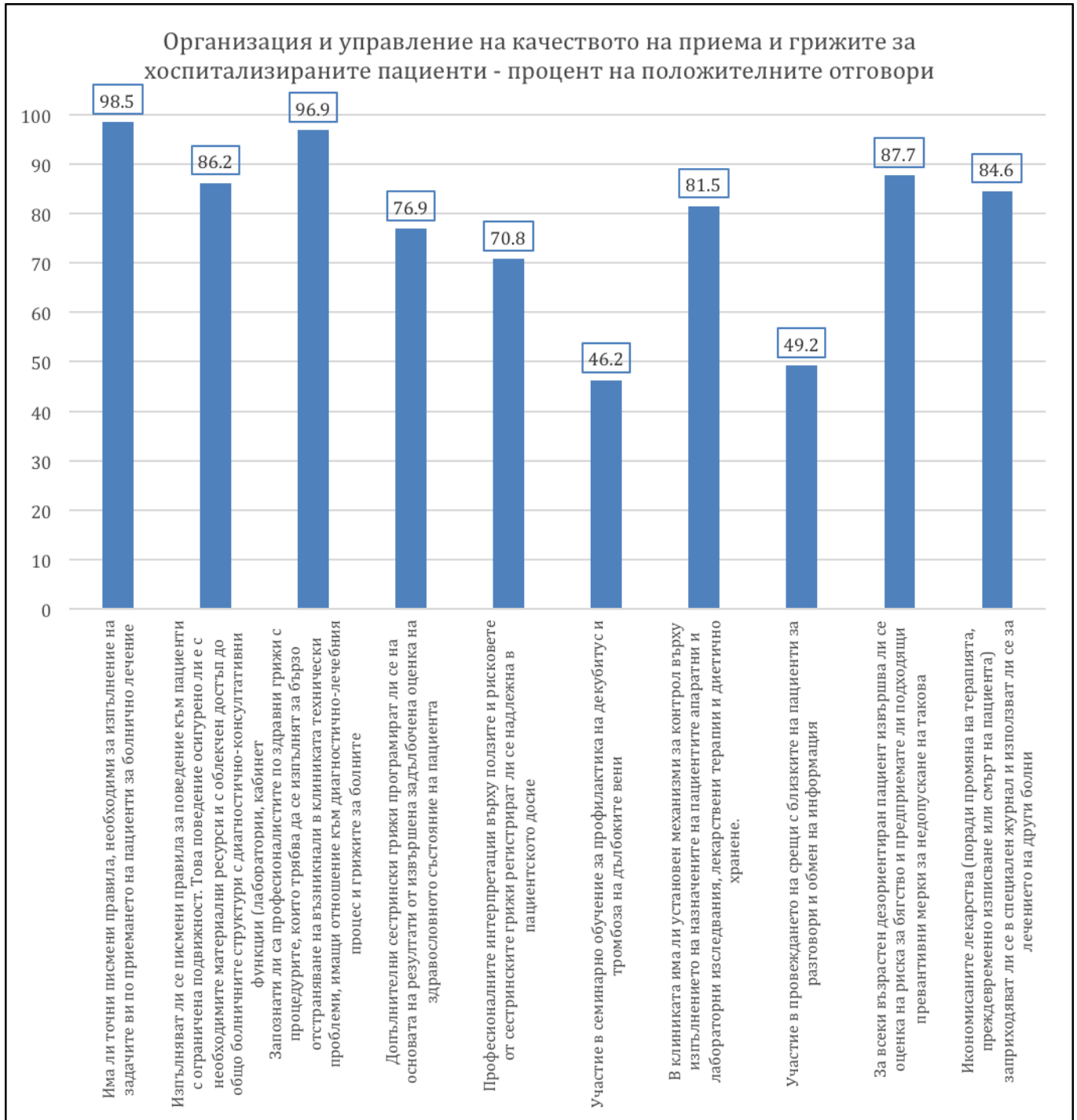
1. Въпроси, свързани с организацията и управленията на качеството на приема и грижите за хоспитализираните пациенти;
2. Въпроси, свързани с необходимостта от повишаване на професионалната компетентност по подобряване качеството на здравните грижи на лекуващи се в болницата пациенти;
3. Въпроси, свързани с качеството на отношенията с колегите на работното място.

**Първата група въпроси има за цел да изясни:**

- Има ли точни писмени правила, необходими за изпълнение на задачите по приемането на пациенти за болнично лечение;
- 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 общо болничните структури с диагностично-консултативни функции (лаборатории, кабинети за специализирани изследвания и др.);
- Запознати ли са професионалистите по здравни грижи с процедурите, които трябва да се изпълнят за бързо отстраняване на възникнали в клиниката технически проблеми, имащи отношение към диагностично-лечебния процес и грижите за болните;

- Допълнителни сестрински грижи програмират ли се на основата на резултати от извършена задълбочена оценка на здравословното състояние на пациента;
- Професионалните интерпретации върху ползите и рисковете от сестринските грижи регистрират ли се надлежно в пациентското досие;
- Участие в семинарно обучение за профилактика на декубитус и тромбоза на дълбоките вени;
- В клиниката има ли установен механизми за контрол върху изпълнението на назначените на пациентите апаратни и лабораторни изследвания, лекарствени терапии и диетично хранене;
- Участие в провеждането на срещи с близките на пациенти за разговори и обмен на информация;
- За всеки възрастен дезориентиран пациент извършва ли се оценка на риска за бягство и предприемате ли подходящи превантивни мерки за недопускане на такова;
- 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.

**Фигура 6.**



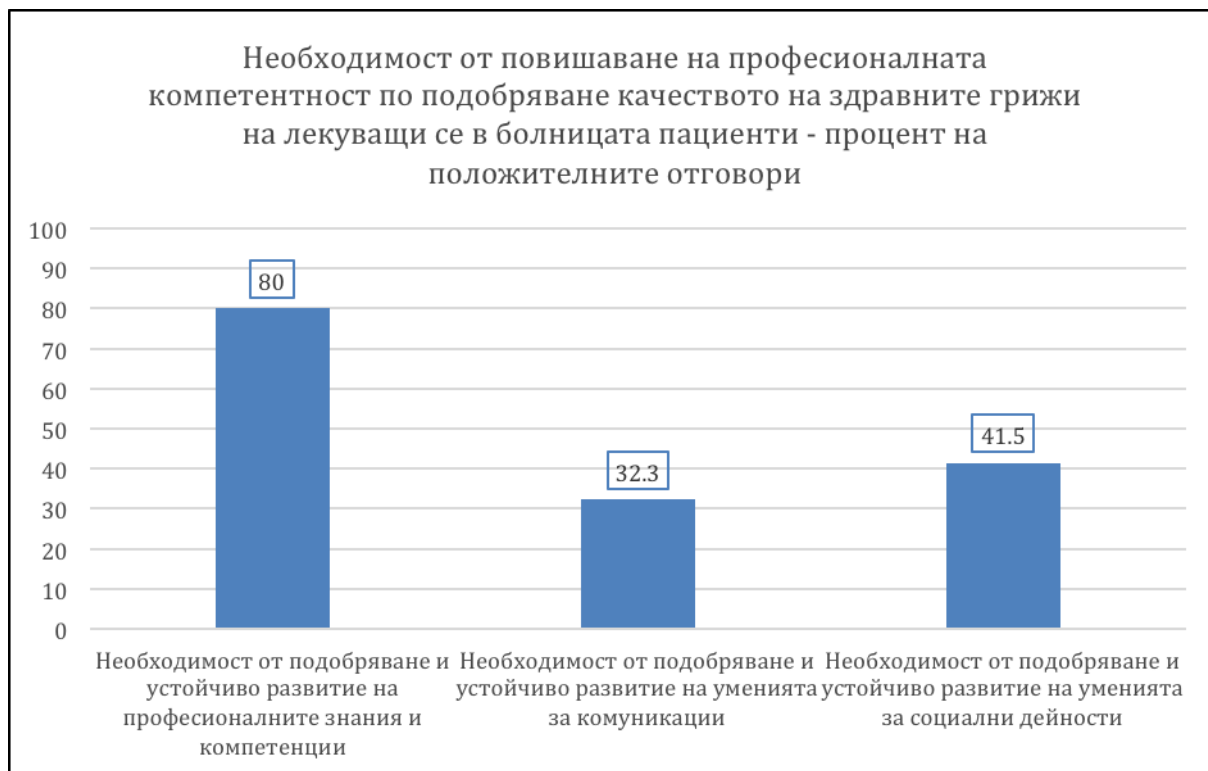
По отношение на организацията и управленията на качеството на приема и грижите за хоспитализираните пациенти над 90% считат, че

има точни писмени правила, необходими за изпълнение на задачите по приемането на пациенти за болнично лечение. Това показва, че правилата са реално въведени и сведени до знанието на всички членове на колектива. Също толкова от тях са запознати с процедурите, които трябва да се изпълнят за бързо отстраняване на възникнали в клиниката технически проблеми, имащи отношение към диагностично-лечебния процес и грижите за болните. Под 50% от специалистите по здравни грижи участват в семинарно обучение за профилактика на декубитус и тромбоза на дълбоките вени, както и в провеждането на срещи с близките на пациенти за разговори и обмен на информация. Тези резултати ясно показват нуждата от подобен тип продължително обучение, с цел профилиране и избягване на социално значими усложнения, като белодробна тромбемболия, която води до инвалидизация на пациентите.

**Втората група въпроси има за цел да изясни дали специалистите по здравни грижи се нуждаят от:**

- подобряване и устойчиво развитие на професионалните знания и компетенции;
- подобряване и устойчиво развитие на уменията за комуникации;
- подобряване и устойчиво развитие на уменията за социални дейности.

**Фигура 7.**



По отношение на професионалното развитие 80% от професионалистите по здравни грижи се нуждаят от подобряване и устойчиво развитие на професионалните знания и компетенции, докато само 32,3% се нуждаят от подобряване и устойчиво развитие на уменията за комуникации.

**Третата група въпроси, свързани с качеството на отношенията с колегите, е насочена към това дали професионалистът по здравни грижи е:**

- Професионално мониториран, зависим от другите членове на структурата, в която работи;
- Разчита на собствените си способности за справяне с проблеми, касаещи качеството на здравните грижи;
- Проявява готовност да окаже професионална подкрепа на колеги, когато това се налага;



- Дали е ведър психологичният климат в структурата, в която работи и дали може спокойно и качествено да започне работата още в началото на работната седмица (работния ден).

**Фигура 7.**



По отношение на качеството на взаимоотношенията между колегите, 98,5% от професионалистите по здравни грижи разчитат на собствените си способности за справяне с проблеми, касаещи качеството на здравните грижи и проявяват готовност да окажат професионална подкрепа на колегите, когато това се налага. 70,8% са професионално надзиравани от другите членове на структурата, в която работят. 95,4% считат, че психологичният климат в структурата, в която работят, е ведър и могат спокойно и качествено да започнат работата още в началото на работната седмица (работния ден).

## РАЗДЕЛ ПЕТИ: КОНЦЕПТУАЛЕН МОДЕЛ И ЗА ОРГАНИЗАЦИЯ И УПРАВЛЕНИЕ НА КАЧЕСТВОТО В ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ

Проблемите по качеството на здравните услуги 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, лаборатории и немедицински структури □ лекари, медицински сестри , акушерки, лаборанти, рехабилитатори □ помощен персонал. Последното беше ясно потвърдено от резултатите от анкетното проучване. 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

Моделът за управление на качеството трябва да оперира не толкова с данни от традиционните отчети за количеството 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, икономист, статистик. Този подход трябва да се основава на широка гама от наблюдения, които ще дадат

възможност да се извлича както полза от естествените вариации в параметрите на извършващите се в лечебното заведение дейности, така и анализи, които генерират хипотези и изследват смисъла на променливите, изведени от количествените характеристики.

В този смисъл моделът за управление на качеството по ISO 9001:2008 и нашите резултати от проведените анкети и насоки за подобряване управление на качеството, ще позволи да се обедини наборът от съществуващите дейности по самооценяването, периодичният вътрешен одит и проверките на лечебно-контролната комисия в единно цяло, включващо в себе си оценка и осигуряване на качество на прилаганите в лечебното заведение 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 лечебното 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 заведението, пациентите и другите заинтересовани страни;
- да осъществи тотално участие на човешкия потенциал на лечебното заведение в изпълнението на модела 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 ключови функционални зони от дейността на заведението (фиг. №2), така и на качеството на конкретни диагностични и/или лечебни технологии (фиг. №3).

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

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

Този цикъл следва да се задейства винаги, когато в лечебното 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.

В недалечното минало индивидуалното професионално поведение на лекаря-специалист се считаше за най-добрият ориентир при избора на здравната услуга. Но през последните няколко години се натрупаха не малко факти, говорещи за съществуването на значителни различия в обема, качеството и начина на предоставяне на медицинската помощ. Не е

тайна, че при акредитацията на лечебните заведения в България се установяват някои вариации във:

- вида и качествените характеристики на материално-техническите, финансовите и човешките ресурси и на способите за рационално използване на техния капацитет;
- организацията на процесите, осигуряващи качеството на:
  - приема, обслужването, информираността и зачитане на човешките и гражданските права на пациентите;
  - диагностичните и лечебни дейности и на превенцията на рисковете при тяхното извършване;
  - мениджмънта на лечебното заведение .
- нагласата на ръководителите на клиничните и другите структури на лечебното заведение за въвеждане на непрекъсваемост в самооценъчните процедури по качеството на медицинската помощ.

Резултатите от проведеното проучване изцяло подкрепят тезата за необходимата самооценка на дейността на лечебното заведение и акцентирането по направление в повишаване качеството на медицинска услуга, повишаване качеството и непрекъснатото обучение на персонала, както и културата за управление на мениджърският състав.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ, ИЗВОДИ, ПРЕПОРЪКИ

### ИЗВОДИ ОТ ЛИТЕРАТУРНИЯ ОБЗОР

1. Популярният характер на провежданите в страните от Европейския съюз реформи в системите им за здравеопазване са приоритетно насочени към мобилизиране на потенциала, с които разполагат, за постигане на сериозно и устойчиво качество на медицинската помощ .

2. От гледна точка на системния процесен подход трудностите, пред които е изправено обществото при реформата на здравеопазването в посока “устойчиво развитие на качеството на здравните услуги”, касаят сложната връзка между правилата, възприети за постигане на тази ценност и наличието на свободни индивиди , които са зависими от нея

3. Взаимодействието между лицата, ангажирани в предоставянето на качествени здравни услуги, може да се дефинира с помоща на един от следните регулативни модели: технократичен, професионален – саморегулиращ се , пазарно ориентиран и демократичен.

4. Съществуват взаимосвързани убеждения за подобряване и устойчиво развитие на качеството на здравните услуги, които в даден момент изкрystalизират в ясно обособен конкретен избор от новаторски организационни форми, без да се нарушава равновесието на системата като цяло – например организиране на асистанси между публични болнични заведения по подобие на тези в Париж , Марсилия , Лион.

5. Европейските практики за включване на изскванията за качество на здравните услуги в процедурата за тяхното договаряне между възложители и изпълнители са основава върху съблюдаването на следните

принципи: подобряване на планирането , ефективност на изпълнението и надежност на управлението им.

6. Инициативите за подобряване и устойчиво развитие на качеството в лечебните заведения трябва да се планират , реализират и оценяват при отчитане на факта , че лечебното заведение не е затворена “ в себе си” система, а такава която е подложена на постоянно въздействие от множество динамично променящи се фактори ( здравно – демографски , научни , културни , политически ) , които се отразяват пряко на величината и структурната характеристика на пациентите потоци , ограниченията , налагани от социално- икономически ситуации и др.

7. Управлението на качеството в съвременното лечебно заведение трябва да се основава на три съществени изисквания : непрекъснатост , способности за оценка , разграничението между вътрешните и външните одити и да бъде фокусирано върху трите измерения на качеството :

а) качество на условията , при които и на средствата, с които се произвежда здравната услуга :

б) качеството на дейностите ( процесите ), използвани при диагностиката и лечението на пациентите :

в) качеството на резултатите от оказаната здравна услуга.

8. Проблемът за организацията и провеждането на вътрешните одити на качеството на здравните услуги не може да бъде решен чрез изолирани по време и място организационни мерки, а чрез формиране на нова философия по цялата изпълнителна верига на лечебното заведение : “директор(управител)-->главна медицинска сестра -> началници на медицински и логистични структури -> лекари --> професионалисти по здравни грижи--> помощен персонал “.

9. Все по-сложният характер на здравните услуги се отразява в голяма степен както в тяхната конфигурация и в начините на предоставянето им , така и върху равнището на тяхното качество .

10. Ефективната организация и управление на качеството в съвременното лечебно заведение изисква достатъчност и надежност на наличната му капиталова инфраструктура . Ето защо размерът и видът на инвестициите в лечебното заведение ще оказват определящо влияние върху неговите възможности за предоставяне на качествени здравни услуги , отговарящи на Customer Delight.

11. В европейското здравеопазно пространство са налице три съществени причини, които императивно налагат приоритетно фокусиране към проблема “качество на здравните услуги”.Те се състоят в следното :

а) продуктът , който се създава в здравното заведение, може да бъде само с определено необходимо качество , защото здравна услуга с ниско качество може да бъде съдбоносна за здравето или живота на пациента ;

б) нарастващата култура и взискателност на гражданите , които все повече се превръщат от обекти на здравни услуги в партньори на медицинските специалисти ;

в) произтичащите от реформата в здравеопазването очаквания на обществото за получаване на възможните с най-високо качество здравни услуги.

12. Основните принципи и постановки на стратегията за подобряване и устойчиво развитие на качеството във всяко съвременно лечебно заведение могат да бъдат реализирани чрез изграждане и въвеждане в действие на която и да е от световно утвърдените системи за управление на качеството: ISO 9001:2008 , програмите на Европейската фондация за управление на качеството EFQM, цикъла на Деминг PDCA, ”акредитацията”.



## ИЗВОДИ ОТ ПРОУЧВАНЕТО

1. Наложително е усъвършенстване на *Управлението на логистичните дейности, информационните процеси и комуникационните потоци в болницата и Организацията и информационното осигуряване на приема на пациенти в болницата*

2. *Общовалидните за всички болнични клиники изисквания за организация и вътрешен ред* също се нуждаят от усъвършенстване.

3. Горезложеното ясно показва нуждата от създаване на система за организацията, вътрешния ред и взаимодействията между различните звена в една болнична структура или оптимизация на съществуващата. Това ще доведе до повишаване на качеството и скоростта на предлаганата услуга. Необходимо е усъвършенстване на информационния поток в болничните заведения с възможност за лесна, бърза и детайлна информация за всеки отделен пациент.

4. Болшинството работещи в сферата на здравеопазването обвързват организацията на работата с нейното качество.

5. Организацията на работния процес касае както болничното заведение, като едно цяло, така и организацията на работния процес вътре в структурите и най-вече комуникацията между тях.

6. Малък е процентът на положителните отговори относно необходимостта от усъвършенстване на **Системите за превенция на лекарствения, анестезиологичния и хемотрансфузионния риск**, въпреки че тези три вида риск са основните в западното общество за настъпили нежелани реакции и усложнения по време на лечебния процес, като последният е изрично записан и в “Закона за кръвта”. От което следва: 1. Наличните системи и правила са ясни, адекватни и достъпни и не се нуждаят от усъвършенстване. 2. Наличните системи и правила не са добре познати и не се спазват.

7. От анкетното проучване се установява, че наличният модел ISO 9001-2008, приет в УМБАЛ „Св. Иван Рилски” ЕАД- София, е работещ и адекватен на ситуацията и не се нуждае от съществена промяна.

8. Необходимо е усъвършенстване на медицинските стандарти за различните специалности.

9. Необходимо е непрекъснато усъвършенстване на професионалните знания и умения на заетите в сферата на здравеопазването, с цел повишаване на качеството на предлаганата услуга.

## ПРЕПОРЪКИ

1. Необходимост от определяне на концептуални фактори, обуславящи необходимостта от предоставяне на качествени здравни услуги, които са групирани в следната логическа последователност:

а) основни социални норми, свързани с потребността от качествени здравни услуги;

б) ценности в здравеопазването, като предпоставка за предоставяне на качеството на здравните услуги;

в) методи за регулиране на взаимодействието между изпълнителите на качествени здравни услуги и за институционализиране на ценностите в лечебния сектор на здравната система.

Последното е необходимо при разработване на стратегически нормативни документи с осигуряване качеството и неговото управление от МЗ

2. Необходимост от договаряне между възложителите НЗОК и изпълнителите на качествени здравни услуги, включващо:

а) основополагащи принципи на договарянето на здравни услуги;

б) обществени аспекти на договарянето на качествени здравни услуги;

в) проблеми, свързани с договарянето на здравни услуги;

г) проблеми, свързани със заплащането на качествени болнични услуги .

3. Финансиране и качествено предлагане на здравни услуги, включващо отговорните за това структури НЗОК и МЗ

а) концепцията за облигатността на връзката “финансиране-качество” в контекста на европейската инициатива “Движение в полза на ефекта от лечението” ;

б) ключови направления на рамковия периметър на проблема “финансиране-качество”;

в) информационното осигуряване на сложните аспекти на подходите за подобряване и устойчиво развитие на качеството на здравните услуги;

г) изборът на стратегии за осигуряване на качество и на тяхните измерения .

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

6. Да се осигури продължително обучение, като част от дейността на съсловни организации, научни дружества и университетски структури.

7. Да се актуализира съществуващият модел ISO 9001-2008 с новоизлезналия.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Констатира се, че вариациите в мнението на анкетираните и акредитацията са отражение на редица фактори: финансови възможности за придобиване на дълготрайни активи с медицинско предназначение, ограничения за промени във вътрешната структурна конфигурация на лечебните заведения, индивидуално обусловеното предпочитание на пациентите към определени форми на лечение, несигурността от най-подходящото лечение в отделни случаи и т.н. Именно, конкретният анализ на посочените вариации и на факторите, които ги обуславят, е основание за включване в акредитационните програми на *оценъчен показател*, изискващ всяко лечебно заведение да притежава и изпълнява Система за управление на качеството, ориентирана към:

- търсене на начини за усъвършенстване на професионалното поведение на лекарите и другите специалисти в лечебното заведение, с цел да се осъществи предлагане на по-ефективни форми за диагностика, лечение и рехабилитация;
- систематична проверка за наличие на данни в световната медицинска практика, относно по-ефикасни видове диагностика и лечение и обстоятелствата, в които те имат ефект;
- създаване на подходяща инфраструктура в лечебното заведение, гарантираща достъпност, своевременност, равнопоставеност, комплексност, приемливост, полезност и безопасност на предлаганите здравни услуги и на координираност в организацията и управлението на тяхното качество.

В контекста на така формулираните „системни” ориентири вниманието трябва да се насочи към постоянно мониториране, анализиране и оценяване на трите класически координати на качеството на здравните услуги:

- качество на структурите, т.е. на условията, в които се произвеждат здравните услуги;
- качество на дейностите, чрез които се осъществяват здравните услуги;
- качество на резултатите от оказаната медицинска помощ.

## **ПРИНОСИ:**

1. Впечатляващо по широта на обхвата и задълбоченост изследване на литературата, отнасящо се до управлението на качеството на здравните услуги в контекста на основните социални норми, ценностите в здравеопазването и методите за регулация и взаимодействие между изпълнителите на медицинска помощ.

2. Успешен опит за систематизиране на достойнствата на широко разпространените в света системи за управление на качеството в областта на материалното и духовното производство и услугите.

3. Неописано досега в достъпната литература едновременно многоаспектно изследване на качеството в лечебно заведение през погледа на професионалисти по здравни грижи, лекари и началници на клиники(отделения).

4. Оценка на адекватността на прилагания модел-наръчник за управление на качеството в лечебно заведение, основаващ се на СУК по ISO 9001:2008.

## БИБЛИОГРАФИЯ

1. Златица Петрова, Кънчо Чамов, Стефан Гладилев “Качеството в Здравеопазването Съвременни измерения и Тенденции”. София 2008
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. Грива Х. Определяне на разходите при сключване на договори в здравеопазването, НЦЗИ, София 2000.
5. Давидов Б. Какво е здравна икономика, сп. „Здравна икономика” бр. 1, София 1999.
6. Димова А. Управление на качеството на болничната дейност в България: подходи и възможности за осъществяване. Автореферат, Варна 2003.
7. Димитров Ц и кол. За качеството на медицинската помощ в болничните заведения .”Ас клепии “ 1 С.2013
8. Елиас М., Амио Д., Джозеф Ф. Джое К Финансирование здравеохранения альтернативы для Европы. Европейская обсерватория по системам здравеохранения № 4 Копенгаген 2002.
9. Европейска организация по качеството (ЕОQ) „Сдружение клуб 9000”. 22/2007.
10. Здравье для всех 21-ом столетии. Глава 6 „Ориентированны на резултаты работы сектор здравеохранения” стр.161-205. ВОЗ. Европейское региональное бюро, Копенгаген. 1999.
11. 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.



12. 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.
13. Иванов Г. Качество на медицинската помощ – същност, съдържание, осигуряване, управление – [www.nsoplb.com](http://www.nsoplb.com)
14. Иванова Т. Качество и управление на качеството(медицинска квалитология) „Основи на болничното управление” стр.597-642, под редакцията на М.Попов „Македония прес” 2000.
15. Иванова Т., Димова А., Гарева Г. Качество на здравните услуги: „Болничен мениджмънт” стр. 257-334 под ръководството на Л. Иванов и Ж. Големанова. НЦОЗ, 2005.
16. Костадинова Т. Възможности за портфолио управление на лечебните заведения. Автореферат на дисертационен труд. София 2001.
17. Куфинал А. и др. Бележки по политиката за реформа в здравния сектор- България пред 2012г. Световна банка 2013.
18. 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.
19. Мартин М. Юдит Х. Реформа болниц в новой Европе. Европейская обсерватория по здравоохранения №1. Копенгаген 2002.
20. Петрова З., Генев С. Управление на здравната системам. НСЗПН, София, 2012.
21. Попов М. Наръчник по управление на качеството- неиздаден. МЗ, София, 2002.
22. Ричард С., Рейнхорд В., Елиас М. Регулирование предпринимательской деятельности в системах здравоохранения европейских стран. Европейская обсерватория по здравоохранения №2. Копенгаген 2002.

23. Салчев П. Интегрален болничен бенчмарк индекс „Арко”, София, 2010
- 23а. Шишкова А. ”Акредитацията- инструмент за оценка , възприета от света”, в-к „Форум Медикус” бр.2 . 2003.
24. Наредби №1/2000 и №18/2005 на МЗ „За критериите, показателите и методиката за акредитация на лечебните заведения.”
25. Ashford D.F. The Emergence of the welfare State. N.Y. Oxford Univ. Press 1986.
26. Appleby J. Financing Health Care in the 1990s-Buckingham : Open univ. Press 1992.
27. Akin J. Financing Health Services in Developing Countries an Agenda for Reform, A World Bank policy study. Washington : W.B. 1987.
28. Benson J.K. The inter organizational network as a political economy. 1975.
29. Bourdieu P. Raison Pratique - Paris. Editions de Minuit, 1997
30. Bodenheimer T, Grumbach K. Financing universal health insurance: takes, premiums and the lessons of social insurance – 1992.
31. 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.
32. Blomhoj E. Continuous Quality Development : Proposed National Policy. Copenhagen : WHO R.O. for Europe.1993.
33. Black N. Quality assurance of medical care / J. Public Health Med. 1990.
34. Black N, Research, audit and education/ Br. Med.J. 1992.
35. Clarck D.G. Autonomy, personal empowerment and quality of life in long-term care. J.Appl. Gerontol 1988.

36. Contandriopoulos A.P. Reformer be systeme de santei une utupie paour sortird'un status quo impossible/Ruptures, 1994.
37. Cassels A. Health Sector Reform : key issues in Less Developed Countries- Geneva : WHO, 1995.
38. Culver A.J. Health, health expenditures, and equity/ Equity in the finance and delivery of health care. An International Perspective. Oxford University Press.1993.
39. Churchill L.R. Rationing Health Care in America – South Bend: University of Norte Dame Press 1987.
40. Crosby Ph. Quality is free. The art to make quality certain (NY: Mc Graw Hill, 1979) NY: New American library 1979.
41. De Roo A. Contracting and solidarity: market- oriented changes in Dutch health insurance schemes – Buckingham: Open Univ. Press. 1995.
42. Daniels N. Just Health Care – Cambridge University press 1985.
43. De Swaan A. de Mens is de Mens oen Zorg (People are a concern to People) – Amsterdam : Muehlenhof,1989.
44. Donabedian A. Guide to Medical Care Administration- Washington : American Public health Association , 1969.\
45. Deming W.E. Out of Crisis. Cambridge. Mass. MIT CAES 1986.
46. Deming W.E. Quality productivity and Competitive Position. Cambridge Masachusetts: MIT Center for Advanced Engineering Study. 1982.
47. Evans R.G. , Stoddart G.L. Producing health, consuming health care/ Why are Some People Healthy and Others not ? 1994.
48. Esping- Andersen G. The Three Worlds of Welfare Capitalism. Princeton University Press 1990.
49. Evans R.G. Strained Mercy : the Economics of Canadian Health Care- Toronto: Butterworths. 1984.
50. Enkin M. Guide to Effective Care in Prignancy and Childbirth- Oxford univ. Press, 1995

51. European Foundation for Quality Management (<http://www.efqm.org>)
52. European Foundation for Quality Management, EFQM excellence Model, Public and Voluntary Sector Version, 2003
53. Fischer F. Technocracy and the Politics of Expertise – Newbury Park : Sage,1990.
54. Feldman R. Dowd B. That does the demand curve for medical care measure? J, Health Econom. 1993.
55. Fuchs V.R. Physician – induced demand : a parable.
56. Feigenbaum A.V. Total Quality Control. N.Y. : Mc Graw – Hill, 1983, 1991.
57. Guattari F. Pour une refondation des pratique sociales / Le mondel Diplomatique-1992.
58. Glaser W.A. Health insurance in Practice – San Francisco : Jossey Boss. 1991.
59. Habermans J. Theorie de L'agir Communicational – Paris : Fayard, 1987.
- 60.Harcus L. European Health Care Insurance – Growing Opporunities in the Private Sector. – Lond. : Finacia Times Business information , 1993.
61. Harris J. QALY fiyng the value of life/ J.MED. Ethics. 1987.
62. Ham C. Contestability : a middle path for health care/ Br. MED. J. 1996.
63. Ischikawa K. hat is Total Quality Control? Prentise - Hall Englewood Cliffs. 1985.
64. Jimenez E. Pricing Policy in the social Sectors: Cost Recovery for Education and Health in Developing Countries- Battimoz: Johns Hopkins Un press 1987.

65. Jarlies A. Charver- Pratat S. Improving quality decreases hospital cost. *Int. J. Qual. Health Care*, 2000.
66. Jackson S. Exploring the possible reasons wht the UK Government commandet he European for Quality Management (EFQM) excellence model as the framework for delivering governanse in the new NHS, 1999.
67. Klein R. On the Oregon trail: rationing health care/ *Br. Med J.* 1991.
68. Labelle R. A re-examination of the meaning and importance of supplier – inducet demand / *J.Healt econom.* 1994.
69. Leidl R. Hospital financing in Germany/ *Hospital Financing Seven Countries.* 1995.
70. Maxwell R.J. Health and Wealth : an International stud : of Health Spending- Cambridge Lexington Book. 1981.
71. Mooney G., Ryan M. Agency in health care : getting beyond First principles / *J. Health Econ.* 1993.
72. Mulrow C.D. Rationale for systematic reviews / *systematic reviews.* 1995.
73. Maxwell R.J. Quality assessment in health / *Br.Med.J.* 1984.
74. Mant J., Hicks H. Detecting differences in quality of care. The sensitivity of me measures of process and outcome in treating myocardial infarction. *BR.Med.J.* – 1995.
75. Medical Audit, a First Report : What, Why and How ? – Lond : Royal College if Physicians. 1989.
76. Paul S. Capacity Building for Health Sector Reform- Geneva : World Health Organization, 1995.
77. Pauly M.V. Overinsurance and public provision of insurance : the role of moral hazard and adverse selection / *Q.J. Econ.* 1974.

78. 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.
79. Pauly M.V. Are examination of the meaning and importance supplier – induced demand.
80. Petersen L.K. Hospital Financing in Denmark – Paris : Organization for Economic Cooperation and Development . 1995.
81. Peckham M. Research and development for the national health service . Lancet. 1991.
82. Roemer M.I. National Health Systems of the World – Oxford University Press 1990.
83. Rotschild M., Stiglitz J. Equilibrium in comperative insurance markets : an essay on the economic of imperfect information.1976.
84. Rice T. Demand curves economists and desert is lands in a response to Feldman and Dowd/J. Health Econ. 1993.
85. Saltman R.B. , von Otter C. Planned Markets and Public Competition, Strategic Reform in Northern European Health system – Buckingham, 1992.
86. Saltman R.B. The context for health reform in UK, Sweden, Germany and USA / Health policy. – (in press).
87. Sen A. Inequality Reexamined –Cambridge : Harvard University Press 1992.
88. Saltman R.B., J. Figueras. European Health care reform. Analysis of current Stratigies. Copenhagen, WHO- Regional Office for Europe . 1997.
89. Saltman R.B. Emerging trends in the Swedish Health system. 1991.
90. Swedish Parliamentary Priorities Commission. Priorities in Health Care- Stockholm : Ministry of Health an Sotial Affairs. 1995.

91. Sourty- Le Guelle . Hospital financing in France / Hospital financing in Seven Countries 1995.
92. Staehr Johansen K. The OBSQID project: obstetrical quality development through integrated use telematics/technol. Inform.1994.
93. Scrivens E. Accreditation: what can we learn from the Anglophone model? / Health Policy.1995.
94. Shin Y.S. Hospital accreditation- a universal perspective, World Hosp. Health Serv. 1995.
95. Shaw C, External Assessment of Health Services Standards, CASPE Research, 11-13, Carandish Square, LONODON, 1999.
96. Shaw C. External quality mechanisms for health care : summary of the Expert Union countries. International Journal for Quality in Health Care, 2000.
97. The reform of Health care : Comparativ Analysis of Seven OECD Countries- Paris:Organization for Economic Co-operation and Development, 1992.
98. Tomas L. The lives of a cell. NY, Banton Books 1975.
99. Wagstaff A. Equity in the finance of health care : some international comparisons/ J. Health Econ. 1992.
100. Whitehood M. Is it rair ? Evaluating te equiry implications of the NHS reform, Evaluating the NHS reforms. Lond. : King's Fund Institute, 1994.
101. Weisbrod B.A. The health care quadrilemma. An essay on technological change, insurance, quality of care and cost containment/ J. Econ. Perspectives

## ПРИЛОЖЕНИЯ:

### Анкетна карта за пациентите

**Уважаема госпожо/господине,**

Ръководството на Университетската многопрофилна болница за активно лечение „Св.Ив.Рилски” ЕАД 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 здравноосигурено 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. Позволено(осигурено) ли Ви бе обличане с 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 е редовна подмяна и чистота на болничното Ви 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 информацията 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 Ви екип (лекар, медицинска сестра) при тяхното осъществяване?  да  не
11. Обяснено ли Ви бе за кои диагностични и 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 отделениято?  да  не
13. Съблюдают ли се часовете за предоставяне (съответно прилагане) на предписаните от лекуващият ви лекар лекарства (таблетки, сиропи, инжекции, вливания и др.)?  да  не

14. Пред кабинетите за специализирани изследвания (лабораторни, образно-диагностични, функционално-диагностични), където нерядко е налице струпване 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 temperира 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: .....

## Анкетна карта за професионалисти по здравни грижи

### Уважаеми професионалисти по здравни грижи,

С цел предприемане на мерки за подобряване качеството на интегрираните здравни грижи на лекуващите се в болницата пациенти от професионално, 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: .....*



### 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 общо болничните 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 клиниката технически проблеми, имащи отношение

да

не

към диагностично-лечебния процес и грижите за болните.

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 декубитус и тромбоза на дълбоките вени?

да

не

7. В клиниката, в която 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

 **Въпроси, свързани с необходимостта от повишаване на професионалната Ви компетентност по подобряване качеството на здравните грижи на лекуващи се в болницата пациенти.**

*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

 **Въпроси, свързани с качеството на отношенията с колегите Ви 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 ,свързани с качеството на здравните грижи?

да

не

16. Проявявате ли готовност да окажете професионална 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  
качествено да се захванете с работата си още в  
началото на работната

да

не

М/Ж

Възраст (навършени години) .....

Трудов стаж като медицинско лице(навършени години).....



## Анкетна карта за лекари

**Уважаеми колеги,**

С цел предприемане на мерки за повишаване равнището на качеството на диагностичните и лечебните дейности и на грижите за болните от професионално, 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 спешно и планово лечение.....

да

не

2. В клиниката в която работите, изпълнява ли се програма за извършване на пред-хоспитализационни 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 общо болничните структури с

диагностично-консултативни функции(лаборатории, кабинети за специализирани изследвания и др.

4.Ползвате ли при нужда болничен служител-референт, който е в състояние да консултира здравно неосигурен пациент как да получи социална защита по време на болничния му престой?

5.Запознати ли сте с процедурите, които трябва да се изпълнят за бързо отстраняване на възникнали в клиниката технически проблеми, имащи отношение към диагностично-лечебния процес и грижите за болните.

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?

7.Клиничните ви интерпретации върху ползите и рисковете от допълнителни прегледи, лечебни процедури и грижи регистрирате ли надлежно в пациентното досие?

8.Когато по повод на клинични обстоятелства назначавате повторни консултации и диагностични изследвания, осигурявате ли приемственост с

резултатите от извършените преди това аналогични процедури?

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 острата и хроничната болка: причини, симптоми, лечение?

да

не

11.При предписване на образно-диагностично,функционално-диагностично, ендоскопско,лабораторно или друго изследване, формулирате ли целта на искането и клиничните аргументи за него?

да

не

12.В клиниката в която 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.Организиранте и провеждате ли срещи между лекуващия екип, в който участвате от една страна и

да

не

близките на пациента от друга за разговори и обмен на информация?

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 епикриза 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 повишаване на компетентността Ви по качествените аспекти на извършваната от Вас дейност.**

*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

19. Нуждаете ли се от подкрепата на вашите колеги в ежедневната ви дейност?

да

не

20.Имате ли личен принос в подобряване на качеството на диагностично-лечебните дейности и на грижите за болните?

21.Професионално подпомагате ли колегите си от клиниката, в която работите за подобряване качеството на тяхната дейност?

**III. Въпроси, свързани с влиянието на професионалната и психосоциалната характеристика на работното Ви място върху качеството на болничните дейности.**

22.Професионално надзираван и зависим/а ли сте от другите членове на структурата, в която работите?

23.Разчитате ли на собствените си способности за справяне с проблеми на качеството от професионално естество?

24. Готов/а ли сте да окажете подкрепа на вашите колеги, когато се налага да решат проблеми,свързани с качеството на професионалната им дейност

ПОЛ М/Ж

Възраст (навършени години) .....

Образование:.....

Трудов стаж като медицинско лице(навършени години).....

## Анкетна карта за началници на отделения

**Уважаеми колега,**

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 и за разширяване на постигнатите резултати в структурата, която Вие ръководите. .

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?  да  не
2. Организацията на диагностичните и лечебните дейности и на грижите за болните?  да  не
3. Организацията, съдържанието и управлението на пациентното досие?  да  не
4. Превенцията на лекарствения, анестезния и хемотрансфузионния риск?  да  не

5. Системата за превенция на злоумишлени действия, за контрол на професионалните рискове и създаване на добра организация за материална бдителност?
- да  не
6. Наблюдението, превенцията и контролирането на риска от вътре болнични инфекции?
- да  не
7. Управлението на болницата и на нейните структури и дейности?
- да  не
8. Мениджмънта на човешките ресурси в болницата?
- да  не
9. Управлението на логистичните дейности, информационните процеси и комуника-ционните потоци в болницата?
- да  не
- 10.Общовалидните за всички болнични клиники изисквания за организация и вътрешен ред?
- да  не
- 11.Специфичните за болничните клиники стандартни изисквания, произтичащи от предмета на тяхната дейност?
- да  не
- 12.Общовалидните за всички специализирани болнични медико-логистични структури изисквания за организация и вътрешния ред?
- да  не

**II. Въпроси от системна значимост за сектора „болнична помощ”  
на националната здравна система.**

13. Необходимо ли е модела за перспективно финансиране и ретроспективно заплащане на болничната помощ, основаващ се на алгоритмите „клинични пътеки” да бъде усъвършенстван с индекси, отчитащи тежестта на здравното състояние на пациента, комплексността и сложността на лечението му ?

да

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?

да

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?

да

не

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

да

не



актуализация в посока „инфраструктура и процеси  
– в полза на ефекта от лечението”?

Възраст(навършени години) : .....

Години на заемана длъжност н-к на отделение .....

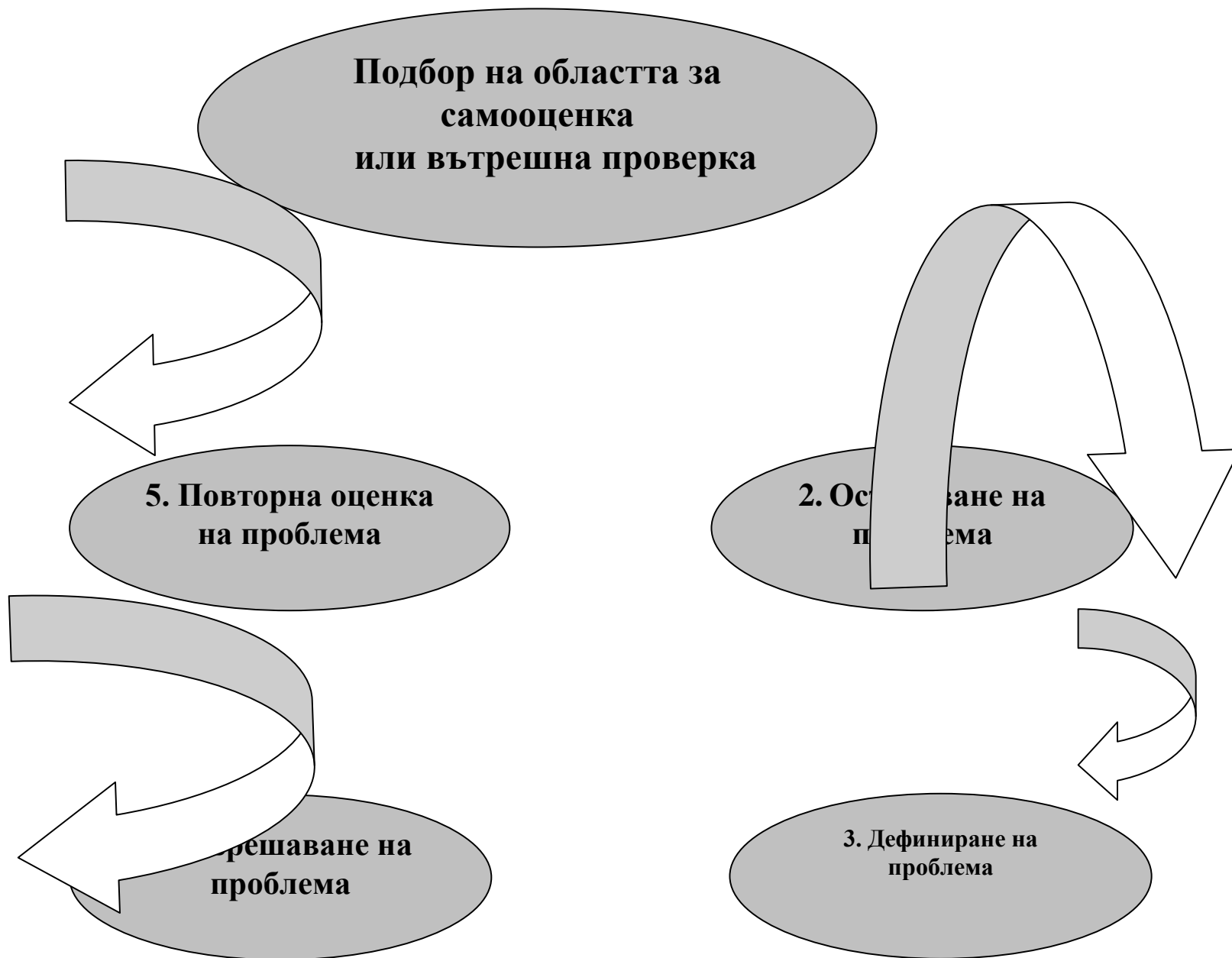


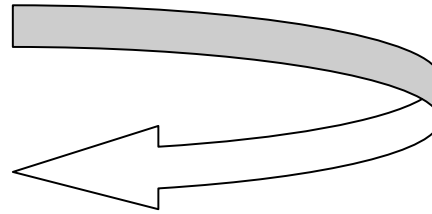
<b>Заинтересовани страни</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• пациенти</li> <li>• НЗОК</li> <li>• Министерство на здравеопазването</li> <li>• общини</li> <li>• общество</li> </ul>	И З И С К В А Н И Я

**Процесен подход в модела за управление на качеството в лечебното заведение**  
«.....»

	<b>Заинтересовани страни</b>
У Д О В Л Е Т В О Р Е Н О С Т	<ul style="list-style-type: none"> <li>• пациенти</li> <li>• НЗОК</li> <li>• Министерство на здравеопазването</li> <li>• общини</li> <li>• общество</li> </ul>

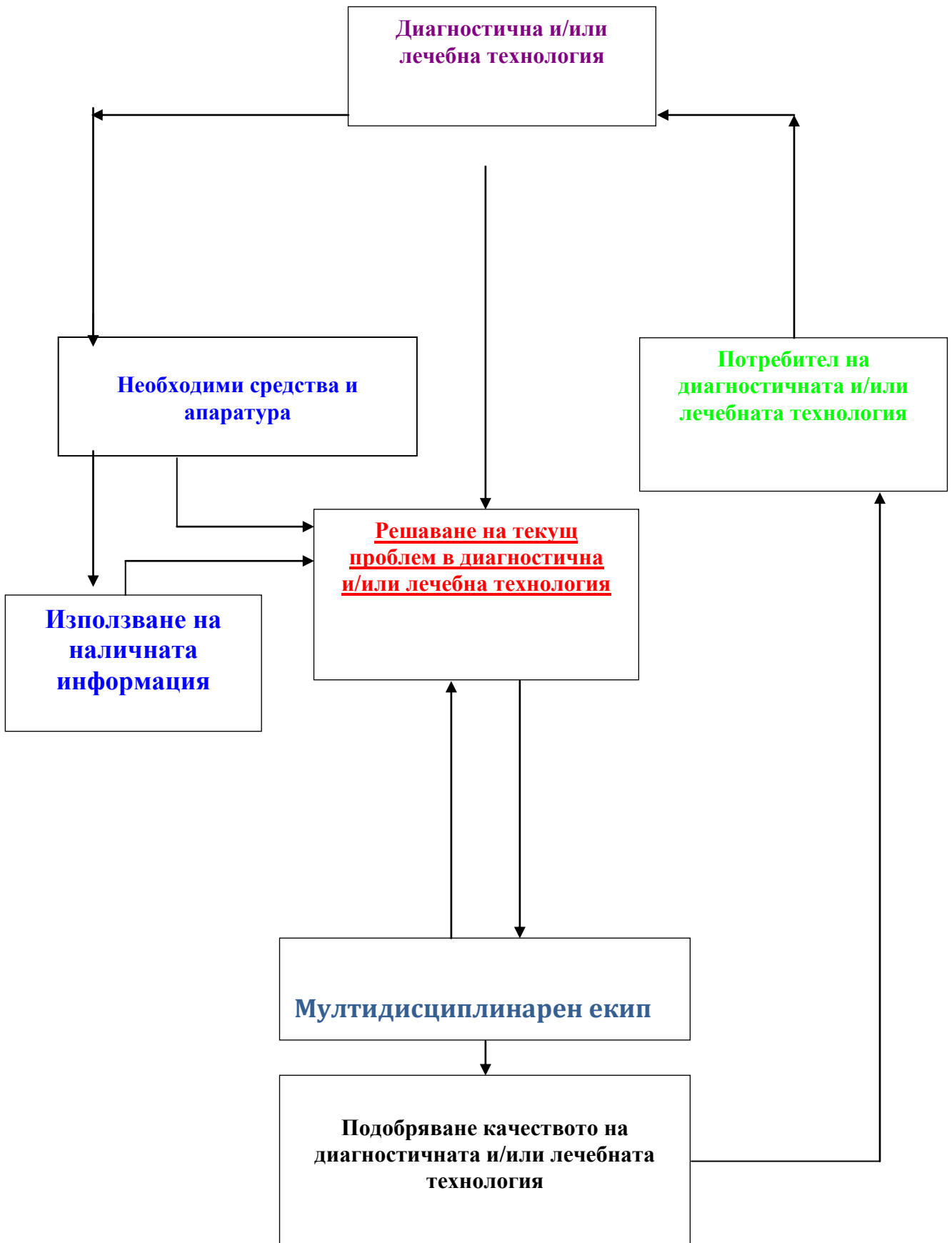
Фиг.№1

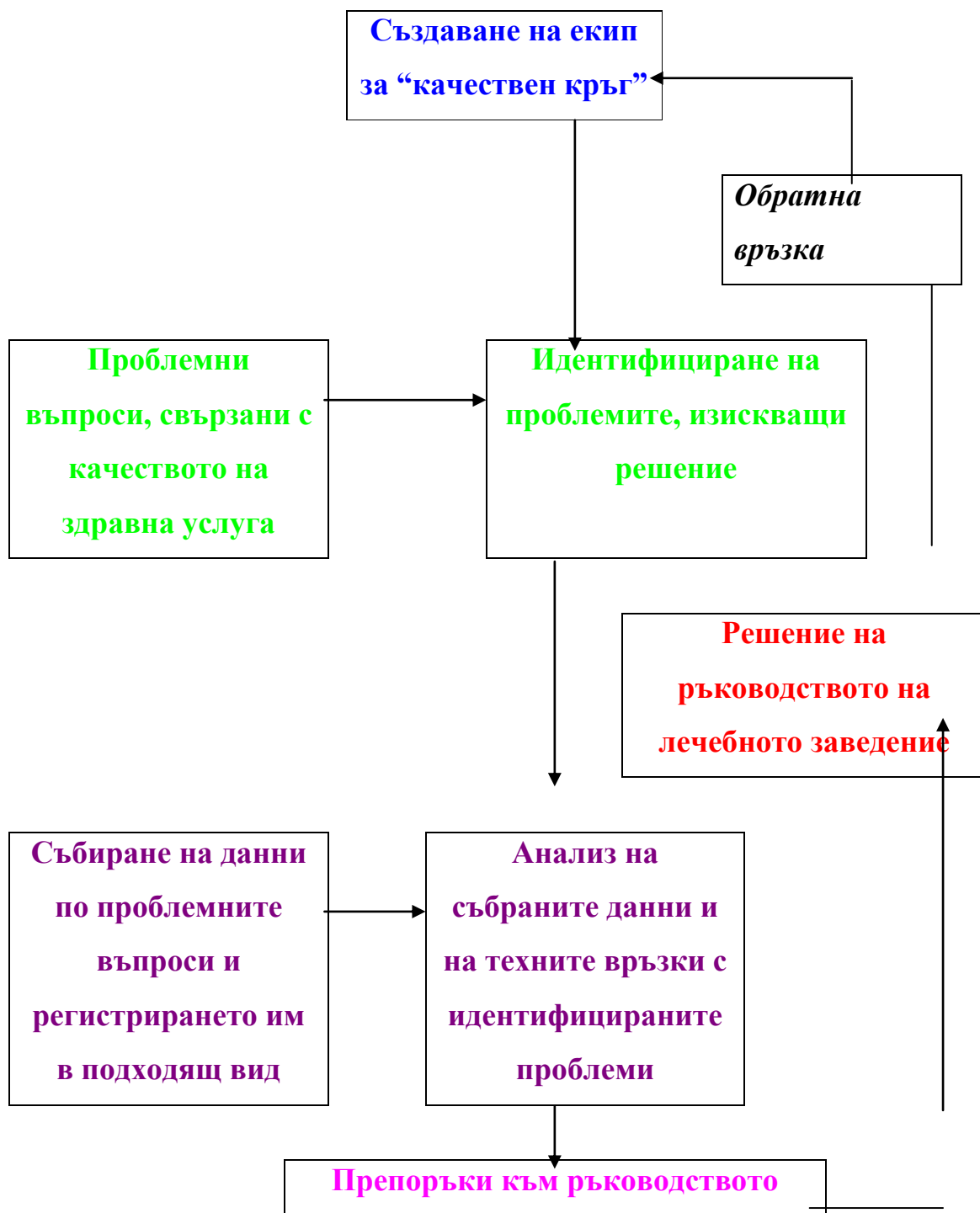




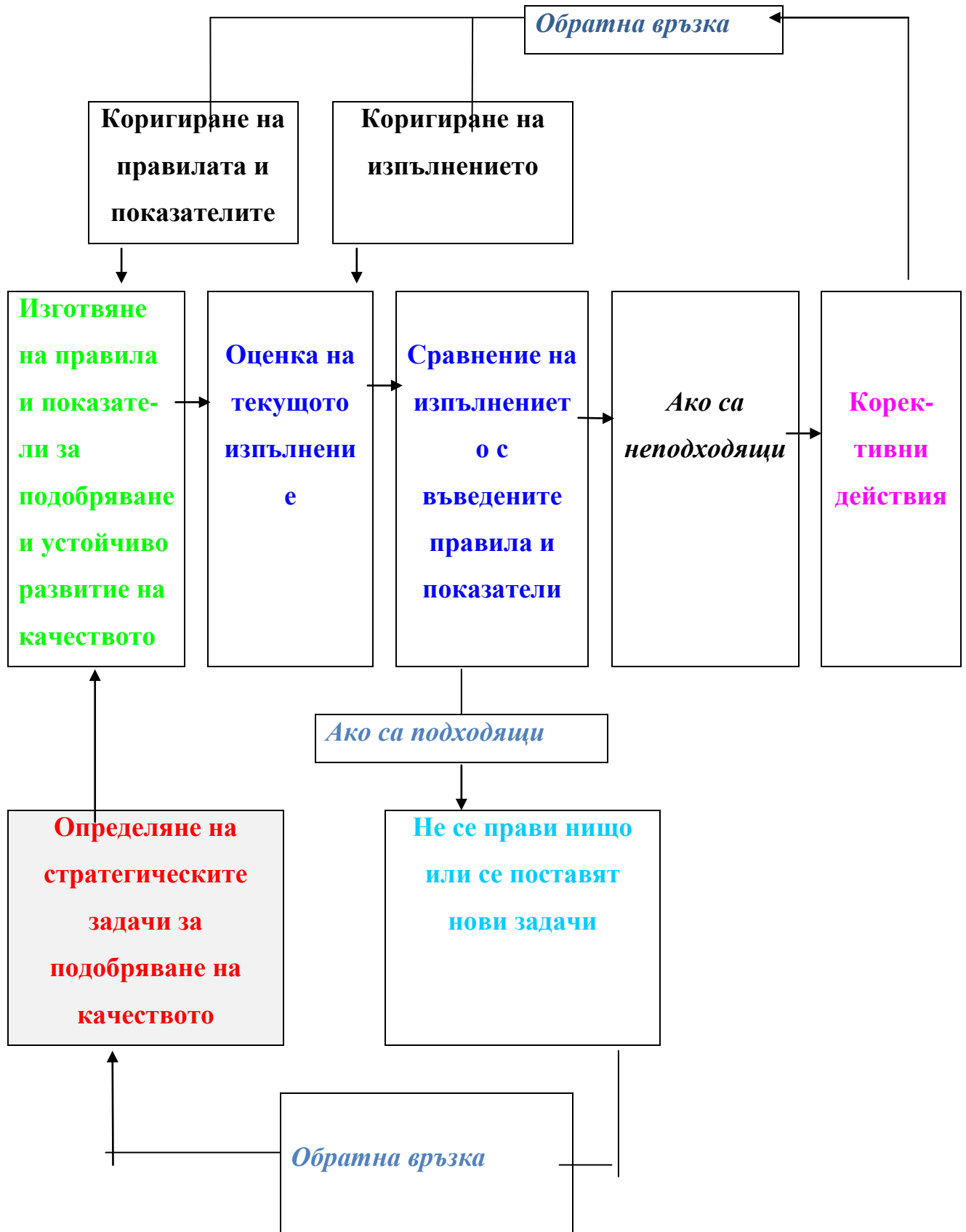
**Фиг. №2. Цикличност на самооценките и вътрешните проверки(по Л.Иванов).**

Фиг.№3





Фиг. №5





Фиг. №6

