

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ СОФИЯ

МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ

Димитър П. Николаков

**Клиничен и управленски анализ на дейностите в
Клиника по анестезиология и интензивно лечение за
подобряване на качеството и контрола на разходите**

**дисертация за присъждане на образователна и
научна степен „доктор”**

Област на висше образование: 7. Здравеопазване и спорт

Професионално направление: 7.1. Медицина

Научна специалност: „Анестезиология и интензивно лечение”

Научен ръководител: Проф. Д-р Пламен Кенаров д.м.

София, 2016

Съдържание

Въведение

Раздел „първи“: литературен обзор

1. Преглед на литературата по проблема „приходи/разходи за здравни услуги“.
2. Преглед на литературата по проблема „управление и контрол на качеството на здравните услуги“.
3. Преглед на литературата за водещите в световната практика модели за управление на качеството.
4. Изводи от литературния обзор.

Раздел „втори“: цел, задачи, постановка и методи на изследването

1. Работна хипотеза.
2. Цел и задачи на изследването
3. Обект и предмет на изследването
4. Материали и методи на изследването

Раздел „трети“: резултати от изследването

1. Контекстуален клиничен и управленски анализ на факторите, оказващи влияние на проблемите–предмет на дисертационното изследване.
2. Клиничен информационно-статистически анализ на факторите на средата, в която ще се реализира управленския модел за контрол на разходите и подобряване качеството на дейностите в КАИЛ.
3. Проспективни клинични и управленски ориентир за развитие на дейностите в КАИЛ при УМБАЛ „Св. Анна” – София.
4. Разработване и внедряване на управленски модел за контрол на разходите и подобряване организацията на дейностите за ресурсно осигуряване на КАИЛ.
5. Разработване и внедряване на управленски модел за подобряване и устойчиво развитие на качеството на дейностите в КАИЛ, основаващ се на модела за организационно съвършенство на Европейската Фондация за Управление на Качеството (EFQM).

6. Управление на проблемите, произтичащи от взаимоотношенията в тетрадата: „контрол – резултати – рискове – качество”.
7. Въвеждане на нови мениджърски практики за анализ и оценка на квалитологичния капацитет на КАИЛ и формиране на реактивни стратегии за действие.
Изводи–заключение.

Приноси

Библиографи

Приложения

Научни публикации във връзка с дисертационната тема

Списък на участия научни форуми

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

ANAES: Agense National d'Accredation et d'Evaluation en Sante-France

ASA: American Society Anesthesiologist

EFQM: European Foundation for Quality Management

DALY: Disability Adjusted Live Year

GCS Glasgow Coma Scale:

ISO 9001:2015-интегрална част на International Organization for Standardization (ISO)

NYHA: New York Heart association

PACU: зала за след анестезно наблюдение

PDCA: Plan-Do-Check-Action (цикъл на Deming)

QALY: Quality-Adjusted Live Year

STEP analysis: Social-Tehnological-Economic-Political analysis

SWOT analysis: Srengths-Weaknesse-Oportunities-Threast analysis

TQM: Total Quality Management

УМБАЛ: Университетска Многопрофилна Болница за Активно Лечение

ФОКУС: predispozicia на PDCA=фокусиране-организиране-коментирание-установяване-селекти

**„Анестезиолозите- реаниматори са лекари
със силен дух, с подчертано чувство на
лична отговорност и с дълбоко преклоне-
ние към ценностите на човешкия живот”
R. de Vernejoul (53-a)**

ВЪВЕДЕНИЕ

В контекста на Европейската рамка за политики в помощ на действията на институциите и обществото за здраве и благосъстояние „Здраве 2020” и на Концепцията „Цели за здраве 2020” на Министерството на здравеопазването на Р. България се налага да погледнем напред, към всичко онова, което искаме да постигнем за подобряване на ресурсния капацитет и качеството на дейностите в структурите по анестезиология и интензивно лечение в лечебните заведения за болнична помощ.

Сега лечебния сектор на Националната система за здравеопазване в т.ч. и неговото системно клинично направление „анестезиология и интензивно лечение” се намира в период на промяна на методите за управление и контрол на разходите и качеството на дейностите в интерес на социалните ценности и очакванията на обществото за здраве, като „висше човешко благо” и „нестестен в своята свобода живот”.

Сега системното клинично направление „анестезиология и интензивно лечение” в лечебните заведения за болнична помощ на нашата национална система за здравеопазване е смесица от централизирани, децентрализирани и деконцентрирани болнични структури със здравно-осигурителни, бюджетни, здравно-застрахователни и други източници на финансиране, експериментиращо под натиска на въвеждане на нови форми за управление на качеството, които да позволят при неговото реформиране запазване на крайната му цел: „осъществяване на своевременни, достатъчни и основаващи се на научни доказателства висококачествени анестезиологични и интензивни лечебни дейности”.

Утвърждаваната през последните петнадесет години у нас неокласическа философия на привържениците на „свободната воля” в

здравеопазването обоснова теоретично възтържествуване на разбирането, че здравната услуга във всичките ѝ разновидности е по-скоро частна, а не обществена „стока“. Създаденият във връзка с това пазар за здравни услуги при съзнателно подценяване на законовата разпоредба за разработване и внедряване на Национална здравна карта, като „стопер“ на безконтролно развихрящото се предприемачество в здравеопазването доведе до:

- ❖ нахлуване в медицинския глосариум на такива понятия, като „свободен здравен пазар“, „пазарна автономия“, „пазарни квоти“, „конкурентоспособност“, „бенчмаркинг“ и др.
- ❖ повсеместно нарастване на ненужното търсене на здравни услуги, (особено в сферата на болничната помощ), предизвикано от тези, които ги предоставят;
- ❖ задълбочаване на конфликтите около разхода на средства за необходимите на обществото приоритетни здравни услуги, включително и на тези от предметния обхват на системното клинично направление „анестезиология и интензивно лечение“;
- ❖ усиляване на политическия натиск за ненарастване на публичните финансови средства (осигурителни и бюджетни) за здравни услуги в условията на ширеща се нелоялна конкуренция сред техните изпълнители.

Няма съмнение, че така очертаната в синтезиран контекст ситуация поражда сложни и отговорни задачи пред клиничния мениджмънт, които могат да бъдат решени чрез системно преследване на ясно определени цели и приоритети, съдържащи се в реално изпълними през следващите няколко години секторни стратегии за управление и контрол на разходите и качеството на дейностите. Това в пълна мяра се отнася и за секторното системно клинично направление „анестезиология и интензивно лечение“.

Известно е, че целите и приоритетите трябва да са достатъчно предизвикателни, но не и самонадеяни. Ето защо една от ключовите задачи на дисертационния труд е да фокусира вниманието и дейността на изпълнителите на анестезиологични и интензивни лечебни услуги, върху няколко алтернативни цели и приоритети, тъй като многогодишната практика в областта на здравния мениджмънт нееднократно е доказала че:

а) приоритетите стават безсмислени, ако включват всичко, поради което не всяка цел заслужава да бъде приоритет;

б) приоритетни могат да бъдат само онези цели, които са изпълними в реално време с реални финансови и материални ресурси и мотивиран човешки капитал.

Реализиране на идеята за контрол на разходите и подобряване качеството на дейностите в отделна болнична структура е сравнително нова концепция за българския клиничен мениджмънт. Анализът на резултатите от провеждащата се реформа е солидна основа, върху която тя може да бъде построена. Т.е. на лице са вече условия за стратегическо клинично мениджърско мислене и практика. Но и тук се налага предпазливост, защото модел за клиничен мениджмънт, наложен от ръководител на клинична структура, но несъобразен с възгледите на тези, които ще го прилагат и изпълняват е без стойност. В този смисъл друга ключова задача на дисертационния труд е да очертае полето на „поделената отговорност” между дисертанта, като автор на модела и партньорите му-колеги в клиничната структура (лекари, медицински сестри и друг персонал), съпричастни на неговото внедряване и изпълнение.

РАЗДЕЛ ПЪРВИ ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

I. ПРЕГЛЕД НА ЛИТЕРАТУРАТА ПО ПРОБЛЕМА „ПРИХОДИ/РАЗХОДИ ЗА ЗДРАВНИ УСЛУГИ”

I.1. Практики, отнасящи се за източниците на средства за производство на здравни услуги.

В поредица от аналитични студии по икономика на здравеопазването Saltman, Figueras (46), Делчева (67), Давидов (65) и Г Димитров (68) отбелязват, че усилията за постигане на баланс между равнопоставено осигуряване на финансови средства за здравни услуги и недостиг на такива средства е основен проблем на управленците на правителствено ниво във всички европейски страни.

Обобщеният европейски опит показва, че здравните услуги се финансират от четири основни източника:

- данъчно облагане;
- вноски в схемите за социално здравно осигуряване;
- доброволни вноски в частни здравно-застрахователни схеми;
- „джобни” плащания.

Тези четири източника могат да бъдат задължителни (данъчни вноски, социално здравно осигуряване) или незадължителни (доброволно здравно застраховане, „джобни” плащания).

Много от европейските страни разчитат и на четирите източника на финансиране. Но въпреки това те могат да бъдат групирани в три кохорти според преобладаващия тип на задължително финансиране на техните здравни системи или според преобладаващия тип на финансиране, към който те се стремят:

- здравни системи с финансови традиции, основани на модела „Бисмарк” (т.е. основани предимно на социално осигуряване);
- здравни системи с финансови традиции, основани на модела „Бевъридж” (т.е. основани предимно на данъчно облагане);
- здравни системи, които сравнително отскоро са в процес на преориентиране от социално осигуряване към данъчно облагане и следователно са в състояние на преход (напр. Испания, Италия);

Въпреки, че тази класификация се съсредоточава върху преобладаващия тип задължително финансиране, не може да се посочи система „изчистена от примеси”. Така например системите за

финансиране, основани на данъчни постъпления обикновено включват и елементи на социално осигуряване, а системите, финансирани чрез социални осигуровки често включват в себе си елементи на финансиране от данъчни постъпления. Освен това, подчертават Мосиалос, Диксон, Фигейрас и Кутзин (89), независимо дали се основават на социални осигуровки или на данъчни постъпления, всички европейски практики за финансиране на здравните услуги включват някои елементи на доброволното здравно застраховане и „джобни“ плащания.

I.1.1. Финансиране на здравните услуги, основаващо се на социално здравно осигуряване

Въпреки, че са водени от едни и същи основополагащи принципи и са насочени към постигането на сходни цели, практиките за финансиране на здравните услуги от системи за социално здравно осигуряване в отделните европейски страни се различават чувствително една от друга. Много от различията се дължат на самобитността на социалните, икономическите, институционалните и идеологическите структури на всяка страна, в рамките на които през годините се е развивало социалното здравно осигуряване.

Основният източник на средства за финансиране на здравните услуги в тази група страни са социалните осигуровки. Chenet (10) отбелязва, че през деветдесетте години на миналия век средствата от задължителните здравни осигуровки съставляват 70% от общата сума за финансиране на здравните услуги във Франция и над 60% от нея в Германия и Холандия (31).

Във всички тези страни социалните здравно-осигурителни фондове на практика се субсидират от държавата, макар че делът на държавната субсидия е различен. По данни на Cassels (9) в края на двадесетия век средствата от държавния бюджет, предназначени за здравеопазване съставляват 39% от общата сума, предназначена за здравеопазване в Белгия, 21% в Германия, 37,9% в Люксембург и 33,9% в Швейцария.

Анализът, направен от Glazer (25) показва, че във всички страни задължителното здравно осигуряване е част от системата за социално осигуряване, която включва и други форми на социална защита, като пенсии, помощи за безработни и др. Но в някои европейски страни,

като Холандия , Швейцария, България и др. здравното осигуряване и другите форми на социално осигуряване се уреждат в отделни закони.

Rodwin и Sandier (44) подчертават, че в повечето случаи социалните здравно-осигурителни фондове са независими органи със свое собствено управление, бюджет и юридически статус. Това гарантира тяхната независимост от правителството и държавния бюджет. Съгласно френското административно законодателство тези органи са частни организации, на които е възложено предоставянето на обществена услуга, но поради стриктното наблюдение от страна на правителството, те на практика представляват неправителствени квази-обществени организации. Подобно е и положението в Германия, където тези органи са частни нестопански организации, наричани „публично-правни корпорации”. В Швейцария те са нестопански „взаимно спомагателни дружества” (т.е. частни търговски застрахователни организации), които се подчиняват на условия, установени със закон.

Никоя от социално-осигурителните системи в Европа няма универсално покритие на разходите за здравни услуги, тъй като последното се основава на критерий, свързан с размера на осигурителните вноски. Въпреки това в повечето страни е постигнато относително високо покритие чрез умело съчетание между задължителните социални и частни здравни осигуровки. Във връзка с казаното могат да се разграничат четири модела на покритие:

- първият е характерен за страни като Австрия, Люксембург и Франция, в които задължителното здравно осигуряване, включващо осигуряване срещу всякакви рискове покрива цялото население;
- вторият модел е характерен за страни като Белгия и Холандия, в които частичното покритие се разпростира само върху малка част от населението.
- третият модел е характерен за Швейцария, където е покрито цялото население, но при доброволно членство в социалните здравно-осигурителни фондове;
- четвъртият модел е характерен за Германия, където е покрито 90% от населението чрез задължително здравно осигуряване.

С обхвата на тези модели повечето страни предоставят уредени със закон пакети от здравни услуги, които следва да се спазват безусловно от всички здравноосигурителни фондове в рамките на дадена осигурителна схема.

В редица публикации (33 ,67) е отбелязано, че правителствата в повечето европейски страни регулират стриктно социално-осигурителните фондове и, че е на лице изразена тенденция за увеличаване на правителствения контрол върху финансирането на здравните услуги чрез здравни осигуровки. Факторите, обуславящи тази тенденция са свързани с нарастващата загриженост на отделните правителства относно проблема за контрол на разходите и в по-малка степен с проблема за равнопоставеността и солидарността. И от тук извода: колкото повече нараства правителствения контрол, толкова повече се ограничава традиционната автономия на здравноосигурителните фондове.

I.1.2. Финансиране на здравните услуги, основаващо се на данъчни постъпления.

Към страните, в които здравните услуги се финансират главно от общите данъчни постъпления принадлежат Великобритания, Ирландия, Исландия, Дания, Норвегия, Швеция, Финландия. В два доклада на Organization for Economic Co-operation and Development (42) са посочени следните характерни черти на системите за финансиране на здравните услуги предимно чрез данъчни постъпления:

- повечето от разходите за здравеопазване се покриват от общи данъчни постъпления, които се реализират на централно, регионално или местно ниво;
- за разлика от средствата, набавени от социални осигуровки, тези средства в повечето случаи са целеви (Великобритания, Дания, Норвегия);
- около 80% от разходите на Националната здравна служба на Великобритания се покриват от общи данъчни постъпления и около 16% от социални осигуровки;
- над 80% от здравните разходи във Финландия се финансират от общи данъчни постъпления.

За разлика от здравна система, финансирана основно чрез социални осигуровки, всички жители на дадена страна, чието здравеопазване се финансира основно от данъчни постъпления имат достъп до здравната си система, при пълен обхват на представяните от нея услуги.

В страните, чието здравеопазване се финансира основно от данъчни постъпления е на лице силно изразена тенденция за делегиране на правителствени правомощия, свързани с финансирането и предоставянето на здравните услуги. Така например във Финландия общините като основни административно-управленски структури имат правомощия да увеличават данъците и да носят отговорност за вида и обема на предоставяните здравни услуги. В Дания областните управи са отговорни за финансирането и предоставянето на болнична помощ, а общините отговарят за предоставянето на сестрински грижи в домашни условия и за някои профилактични програми. В Швеция областните съвети финансират болничните услуги, посредством местни данъци. Във Великобритания, след отделянето на купувачи от доставчици на здравни услуги, тенденцията за децентрализация върви в посока към предоставяне на по-голяма автономия на местните звена (33).

I.1.3. Роля на доброволното здравно застраховане при финансиране на здравните услуги в европейските страни

Доброволното здравно застраховане в повечето европейски страни изпълнява следните основни функции:

- предоставя възможности за покритие на допълнителни здравни услуги на лица, които са осигурени от национална здравна служба или по здравно-осигурителна схема;
- предоставя възможности за покритие на отделни лица (главно такива с високи доходи), които не са осигурени по друг начин.

Доброволно здравно застраховане за овъзмездяване на медицински разходи се прави по няколко различни причини. Те зависят отчасти от преобладаващия метод за финансиране на здравните услуги в дадена страна и отчасти от конкретните практики на съответните системи за финансиране.

Здравните системи, финансирани основно чрез данъчни постъпления, предлагат всеотрядни услуги, които се предоставят „безплатно на входа”. Следователно, частното здравно застраховане в страни с такова финансиране има сравнително слаб обсег, тъй като най-общо се възприема като лукс. Но наличието на списъци на чакащи и порциониранието (т.е. пакетирането по приоритети) на здравните услуги в някои здравни системи, финансирани от данъчни

постъпления, насърчават търсенето на допълнително здравно застраховане заради привилегии като: съкратено чакане; избор на момента, в който да се проведе лечението; по-широк избор на лекар или болнично заведение; по-голямо удобство в болница. Според Narcus (26) примери в това отношение са Великобритания, Испания и Италия.

В здравните системи, в които финансирането на здравните услуги става основно чрез здравни осигуровки, в областта на доброволното здравно застраховане са на лице разнообразни практики.

В Белгия и Франция на практика се предлага универсален достъп до здравните услуги, но при предоставянето на последните от пациента се изисква да заплати значителна сума, която впоследствие му се възстановява от 40-100 % във Франция и 75% в Белгия. В тези две страни се прибегва до доброволно здравно застраховане, за да се покрие разликата между общата сума заплатена от пациента и сумата, която му е рембурсирана от социално осигурителната система.

Различно е положението в Германия и Холандия, чиито здравни системи също се финансират основно чрез социални здравни осигуровки. В тях доброволното здравно застраховане играе роля подобна на тази на социалното осигуряване, тъй като извън обхвата на последното, по данни на Feldbaum и Hughesman (22), е около 20% от населението (обикновено това са лица с доходи над определено ниво).

Швейцарската здравна система, по данни в доклада „The Reform of Health Care Systems” (51), също разчита предимно на финансиране на здравните услуги чрез социални здравни осигуровки, но с това допълнение, че те не са задължителни (с изключение за децата и възрастните хора в няколко кантона и общини). Въпреки това, почти 99% от населението е обхванато от системата за социално осигуряване и следователно обсегът на доброволното здравно застраховане за основни здравни услуги е сравнително малък.

I.2 Практики, отнасящи се за определяне нивата на разходите при производството на здравни услуги

Информацията за размерите, обхватът и настоящите нива на разходите за здравни услуги в различните европейски страни подчертават Б. Давидов (66) и Хр. Грива(64) е в известна степен

противоречива. Различни държавни чиновници, в частност такива в здравните и финансовите министерства, нерядко тълкуват едни и същи цифри по различен начин. Освен това недостатъчните, в някои страни, статистически данни за неофициални заплащания на здравни услуги и фармацевтични продукти изкривяват достоверността на информацията за реално направените разходи. Следователно, наличните статистически данни относно общия разход за здравеопазване могат да послужат само като един от елементите на стратегическия анализ на ценностите и функциите, към които се стреми здравната система във всяка страна.

Използването на различни подходи при изчислението на нивата на разходите за здравни услуги води до несъизмерими резултати и са пречка в търсенето на база за сравнение между тези разходи в различните страни.

По данни от доклада на Комисията по труда, социалната и демографската политика (под ръководството на д-р Х. Адемюв) при 43-то Народно събрание на Р. България (www.nahpm.org/wp-content/uploads/2015/06/Prezentacia_zdraweopazvane.ppl) се посочва, че през 2013 год.:

*относителния дял от БВП за здравеопазване в България е бил 4,3%, при среден за страните от Европейския съюз 7,4%;

*разхода за здравеопазване на човек от населението в България е бил 230 €, при среден за страните от Европейския съюз 1840 € (за някои отделни страни напр. Холандия 3053 €, Франция 2530 €, Германия 2232 €, Англия 2233 €, Чехия 928 € и т.н.).

По данни на Организацията за икономическо сътрудничество и развитие (42) широките тенденции в общия разход за здравеопазване в Европа се разделят на три ясно обособени периода.

***Първият период** обхваща шейсетте и седемдесетте години на XX век, когато разходите за здравеопазване се покачват със сравнително бързи темпове, както в абсолютни стойности, така и като % от БВП.

***Вторият период** е през осемдесетте години на XX век, когато разходите за здравеопазване в повечето страни остават най-общо непроменени. Според Abel-Smith (1, 2) тази стабилност е отражение от прилагането на мерки за контрол върху разхода на макро ниво от страна на правителствата в отговор на икономическите последици от петролните кризи през 1973 и 1978г.

***Третият период** започва през 1991г. с тежка рецесия в цяла Европа. През този период разходите за здравеопазване в някои страни спадат чувствително както като реална стойност, така и в процентно отношение. Така например в Швеция съчетанието от съкратен обществен бюджет, въвеждането на конкурентни начала между обществените доставчици на здравни услуги и освобождаването на лечебния сектор от отговорността за грижи за възрастни по домовете е довело до намаляване на БВП за здравеопазване от 8,6% през 1990г. на 7,4% през 1995г.

Общественият разход все още е основният източник за финансиране на здравеопазването в европейските страни. През деветдесетте години на ХХ век той съставлява около 75% от общия разход за здравеопазване. Този процент е по-висок в Норвегия (93%), следвана от Люксембург, Белгия, Великобритания, Швеция и Дания.

Съществени са различията между отделните страни по отношение разпределението на разхода за извънболнични услуги, болнично лечение и фармацевтични продукти. Някои от тези разлики се обясняват с организационните и финансовите практики. Така например амбулаторните практики поглъщат почти половината от общия разход за здравеопазване в Люксембург и над 30% в Белгия, Дания, Швейцария и Финландия, докато в Испания той е около 15%.

Разходът за възнаграждение на работещите в здравния сектор през деветдесетте години на ХХ век е между 40 и 57% от общия разход за здравеопазване в Дания, Финландия, Гърция, Холандия, Испания, Швеция и Великобритания. Методът за възнаграждение на лекарите е важен индикатор за преценка на това дали се упражнява допълнителен натиск върху бюджета за здравеопазване, например противопоставяне на „таксуването за услуга” срещу „капитационното таксуване”. Интересно е да се отбележи, че в повечето европейски страни заплатите на лекарите и общата заетост в здравния сектор се покачват но дялът на разходите за трудови възнаграждения, като процент от общия разход за здравеопазване не се променя, докато разходите за фармацевтичните продукти и за нови технологии непрекъснато увеличават своя дял.

Особено внимание заслужава разходът за фармацевтични продукти, като най-динамичен компонент на разхода за здравеопазване. Отбелязва се, че темпа на неговото процентно увеличение е обикновено по-голям от темпа на повишение на БВП в повечето страни. Франция и Германия имат най-висок разход за

фармацевтични продукти (около 17% от общия разход за здравеопазване). Това е наложило правителствата да предприемат мерки за контрол с помощта на редица механизми: ценови контрол, референтни системи за ценообразуване, положителни и отрицателни списъци, съвместни плащания с участието на пациенти, предписване на лекарствени заместители, изключване на продукти от положителния списък, контрол върху печалбата на фармацевтичните компании и т.н.

I.3. Практики, отнасящи се за солидарността и конкуренцията при финансирането, предоставянето и ползването на здравните услуги.

Според Ashford (3) и Esping-Andersen (21) от историческа гледна точка „солидарността“ има множество корени: протестантското и католическото религиозно виждане за социална справедливост; консервативния възглед за обществения ред; социалистическите идеи на марксизма; концепцията за обществения договор, издигната от привържениците на доктрината за свободната воля и др. Тя е залегнала в основата на различни организации, предвещаващи зараждането на европейската социална държава.

Но терминът „солидарност“ е доста мъглив. В миналото той е бил използван, за да опише „близката“ солидарност на членовете на малки групи, които се поддържат взаимно, но с появата на социалните държави това значение избледнява.

Второто значение, което се придава на термина „солидарност“ е синоним на обединяване на усилията против риска. Това се отнася до всички начинания, при които разходите за здравеопазване не се поемат индивидуално и при което хората, чието здраве не се е променило за определен период от време, подкрепят финансово тези, които са се разболели и са прибегнали до здравни услуги.

De Roo (15) е на мнение, че в Европа терминът се използва главно при описание на здравни системи, изградени по начин способстващ за намаляване на неравенството в потреблението на здравни услуги. Това води до последствия както за финансирането, така и за предоставянето на здравни услуги. Според тази представа за солидарност, индивидуалните парични вноски не бива да зависят от предишния здравен статус на съответното лице, а по-скоро следва да са свързани с неговата платежоспособност. Във връзка с това

преобладава мнението, че предоставянето на здравните услуги не бива да зависи от платежоспособността на обслужвания, а от неговата «нужда».

Предизвикателен, в случая, е въпросът дали едно общество може да постави финансирането на здравеопазването на конкурентна основа, като в същото време поддържа високо ниво на социална солидарност.

I.3.1.В някои страни, включително и САЩ, схемите за доброволно здравно застраховане се управляват по начин, който подронва устоите на социалната солидарност. Това се получава поради факта, че вноските на отделните семейства в здравно-застрахователните дружества се изчисляват на базата на риска, отразяващ здравния статус на индивида. При такава система хронично болните (в случай, че въобще успеят да получат достъп до здравни застраховки) трябва да изплащат по-високи вноски от хората в добро здраве. Това нарушава принципа за солидарност в двата посочени смисъла на тази дума: както по отношение на обединените усилия против финансовия риск, така и по отношение на намаляването на неравенството в потреблението на здравни услуги.

Pauly (43) и Rothschild (45) доказват, че на пазарите за доброволно здравно застраховане обикновено има конкуренция между застрахователните компании. При все че вноските се нагаждат според риска, конкуренцията между компаниите се съсредоточава върху установяването на ниските здравни рискове, като се опитва да привлече именно тях, а не се изразява толкова в чисто ценова пазарна конкуренция. С помощта на процес, известен като неблагоприятна селекция, индивидите които смятат, че са извън риск, се отказват от осигурителни схеми, изискващи вноски с размер достатъчен за покриване на високи здравни рискове. В резултат на това се покачват вноските за хората, които „са си признали, че са в рискова ситуация” и на които се налага да продължат да правят вноски.

I.3.2. Противоположна крайност на конкурентния риск, определян чрез нагаждане на вноските според риска, е финансиране на здравните услуги посредством някоя от формите на общото данъчно облагане. Солидарността, мислена като обединено усилие против риска, най-общо се постига с помощта на подобна система. В случая степента на преразпределение зависи в голяма степен от

прогресивния характер на данъчната система. Едно проучване, извършено от Wagstaff (53) показва, че финансирането чрез данъчни постъпления обикновено е прогресивно, макар че степента на прогресивност зависи от съчетанието на конкретни данъци, с които се финансира здравната система. Следователно може да се приеме, че този начин на финансиране на здравеопазването допринася за обществената солидарност.

De Roo (15) счита, че този начин на финансиране не е свързан с пазарна конкуренция. Възможна е обаче конкуренция на политическа и бюджетна основа между здравеопазването и други отрасли, финансирани от държавата, което може да повлияе на солидарността. Освен това солидарността зависи и от степента на частното финансиране на здравеопазването, което се извършва паралелно с, а понякога и смесено с общественото финансиране.

I.3.3. Социалното осигуряване включва обикновено задължителни вноски от работодатели, наемни служители, лица на самостоятелна работа и пенсионери.

Wagstaff (53) е на мнение, че социално-осигурителните системи обикновено не допринасят за създаване на солидарност във финансово отношение. Повечето социално-осигурителни системи, според същия автор, финансират здравеопазването на регресивен принцип, тъй като осигурителната вноска обикновена се изчислява с помощта на пропорционална ставка върху заплатата или дохода, като в много от случаите се определя таван на приходите, върху който се изчислява размерът на социално-осигурителната вноска. При това положение хората с приходи, надвишаващи този таван (както е и в България), изплащат по-малко от реално дължимото за социалното здравно осигуряване. Солидарността се накърнява и от правилата, според които някои се включват, а други се изключват от социално-осигурителните схеми, а трети имат правата да се откажат от тях. Ако хората с високи доходи не се включат в системата те няма да могат да допринесат за финансирането на системата, което ще я направи регресивна.

При положение, че в дадена страна има само една социална здравно-осигурителна организация, предоставяща възможности за здравно осигуряване, то в нея не може да има конкуренция. Същото важи и за ситуация, в която при наличието на няколко социални

здравно-осигурителни фонда, индивидите имат ограничения в избора между тях.

От друга страна, ако се даде възможност за въвеждане на конкурентност между социалните здравноосигурителни фондове в дадена страна, т.е. възможност на хората да избират такъв фонд, ще възникне естествен конфликт между солидарността и конкуренцията, тъй като социално осигурителните схеми ще се опитат да привлекат хора, които са извън рисковата ситуация. Разбира се правителството може да се намеси, като създаде регулативна рамка за поддържане на солидарността, включваща правила за саморегулиране, информираност на потребителите, бдителност на медиите и др.

1.3.4. „Джобни плащания” В повечето здравни системи в Европа преките джобни плащания от страна на пациентите представляват ограничена част от общите средства за финансиране на здравните услуги. В контекста на солидарността, джобните плащания са най-регресивната форма за финансиране на здравните услуги, тъй като те откъсват значителна част от доходите на бедните, които и без това прибягват по-често до търсенето на медицинска помощ. Ето защо ако групите с по-ниски доходи се освободят от задължението за «съвместно» плащане по силата на нормативен акт, социалната солидарност ще бъде засегната в по-малка степен.

*

В един от обзорните доклади на Организацията за икономическо сътрудничество и развитие (51) се подчертава, че концепцията за солидарна здравна система става предмет на нарастващ скептицизъм. Въпреки, че условията за и дебатите относно солидарността се различават в отделните европейски страни, основните причини за скептичното отношение са сходни и могат да се формулират така:

*Задълбочаване на конфликтите около разхода за здравеопазване, съчетано с усилен натиск върху правителствата да не увеличават данъците или квази данъците в условията на глобална конкуренция;

*Според влиятелната неокласическа философия на привържениците на доктрината за свободна воля, както отбелязват Friedman и Friedman. (23), здравната услуга е по-скоро частна, а не толкова обществена стока;

* Нарастващите разходи за здравеопазване все повече се възприемат като резултат от колективната, обществена организация

на здравните системи, т.е. моралният риск и търсенето, предизвикано от тези, които предоставят здравната услуга са измежду най-наболелите проблеми.

* Очаква се промените във възрастовата структура да доведат до увеличаване на разхода за здравеопазване на глава от населението, но въпреки това повечето европейски страни подхождат предпазливо към въвеждането на реформи, които пряко биха уронили солидарността. Според De Roo (15) и Van de Ven (52), многогодишната сага на здравната реформа в Холандия е класически пример за нежеланието на няколко последователни правителства да прегърнат идеята за конкурентно финансиране, ако то би било за сметка на солидарността.

В публикациите по въпросите на солидарността и конкуренцията при финансирането на здравните услуги личи, че политиците в някои от европейските страни (Германия, Холандия, Белгия, Швейцария) се опитват да въведат съревнование между здравните фондове, но при запазване на социалната солидарност. Освен това подчертава се, че конкуренцията между осигурителите (независимо от това дали са обществени или частни) подрива устоите на солидарността при финансирането на здравеопазването, тъй като тя катализира стремежа към неблагоприятна селекция на риска. Това налага търсене на такива решения, като:

- въвеждане на, уредено със закон, открито членство;
- въвеждане на системи за регулиране на риска, даващи възможност за преразпределяне средствата на социалната здравноосигурителна система между влизащите в съставът ѝ конкурентни здравни фондове.

Използваните в отделни страни технически процедури са подчинени на идеята „финансовото благосъстояние на здравните фондове да не зависи от рисковата структура на техните членове”. Доходите, възрастта, броят на децата на осигурения не бива да се отразява върху способността на фондовете да се конкурират помежду си. Това се прави с цел да се запази солидарността, независимо от наличие на конкуренция между осигурителите, т.е. хората трябва да имат правото да избират своя здравен осигурител, без това да става за сметка на непривилегированите индивиди. Но за сега твърде малко, в специализираната литература, са данните в подкрепа на категорични емпирични заключения, относно ефекта от тези финансови реформи

върху равнопоставеността, ползата за здравето, ефективността и качеството на здравните услуги.

Запазването на солидарността, при финансирането на здравеопазването в условията на конкуренция между здравните фондове е амбициозно, но трудно начинание. Установяването на конкуренция, която да не пречи на солидарността, не може да се постигне единствено чрез де-регулация, поради силите които се отприщват от конкурентните пазари. Ето защо защитната мрежа на солидарността трябва да бъде много внимателно обмислена, което от своя страна изисква добро познаване на пазарите за здравни услуги.

Тепърва обаче предстои да разберем дали конкуренцията между осигурителите ще направи:

- здравеопазването по-ефикасно и по-ефективно;
- здравните услуги по-достъпни и качествени,

както и дали ново въвеждащите се механизми, съчетаващи в себе си солидарността и конкуренцията, ще успеят да постигнат тези две цели.

I.4. Реформата на системата за здравеопазване – политическа основа на стратегията за рационално структуриране, финансиране и контрол на разходите в лечебните заведения

През последните няколко десетилетия стратезите на здравната политика в Европа следят с нарастваща загриженост увеличаването на разходите за здравеопазване. Застаряващото население, повишеният процент на хронично болните и инвалидите, широкото разпространение на нови диагностични и лечебни технологии и нарастващите изисквания на обществото упражняват съвкупен натиск върху общия разход за здравеопазване.

Повето европейски страни откликнаха на това със серия от мерки за контрол на разходите. Първоначално създадените организационни практики, чиято цел бе да се подобрят равнопоставеността, достъпът до здравните услуги и здравния статус на хората, все повече се ограничават от съображения за ефективен контрол на разходите. Успешното контролиране на разходите на макро (системно) ниво постепенно прерасна в полагане на подчертани усилия за ограничаване на ръста на разходите на микро (институционално) ниво.

Този сблъсък между моралния императив за запазване на солидарността и на здравеопазването като обществена стока от една страна и фискалния императив за контрол на разходите от друга, е в

основата на повечето дебати по провежданата в Европа здравна политика. Някои страни изразиха загриженост относно отражението на конкретните мерки за контрол на разходите върху равнопоставеността и здравния статус. Факт е обаче, че в повечето случаи дискусиата относно провежданите здравни реформи се върти около връзката между социалното равенство и контрола върху разходите.

Дали наистина контрола върху разходите задължително предполага нарушаване на равноправието по отношение на здравния статус и равнопоставения достъп до здравните услуги, както твърдят някои от работещите в сферата на здравеопазването?

И обратното, увеличената ефикасност и ефективност при оползотворяването на недостатъчните средства, предназначени за здравеопазване, допринасят ли за запазване на равноправието, както твърдят икономистите?

Отражението на дебата относно реформата върху самата здравна политика сега може да се види в цяла Европа. Много от европейските страни преразглеждат своите системи на здравеопазване в търсене на алтернативни реформаторски модели за по-ефикасно и по-равноправно финансиране и предоставяне на здравните услуги.

Някои идеи от тях прекрочиха границите на държавите, в които бяха въведени за първи път. Например, реформата, проведена от Националната Здравна Служба на Великобритания, която се основава на идеята за конкурентно договаряне и е заимствана от опита на САЩ, от своя страна повлия на реформата в редица европейски страни.

Въпреки, че много от възпиращите фактори ще продължат да съществуват може да се очаква, че настоящите тенденции ще се развиват и през следващите години с въвеждането на нови стратегии за по-нататъшна рационализация на структурите, функциите, материално-техническите и финансовите ресурси в лечебния сектор на системата за здравеопазване.

Терминът „здравна реформа” през последните години се ползва с нарастваща популярност, но въпреки широката му употреба не съществува последователно и всеобщо прието за него определение. Различни политици и аналитици придават разнороден явен или скрит смисъл на това понятие. Понякога политиците се стремят да придадат важност на малки промени в организацията на системата за здравеопазване, наричайки ги „реформи”. *По мое мнение за сега най-точно и изчерпателно определение на понятието „здравна реформа” правят А.Димова, М.Попов и М.Рохова (70), като подчертават, че това е „процес, при който едновременно или последователно се извършват промени на здравната политика и нормативната основа на здравеопазването, както и на икономическите отношения, на*

институциите и на организационно-структурното устройство на здравната система, при който тя преминава в качествено ново състояние”. Този процес, допълват те, е присъщ на всяка здравна система при нейното развитие, като целта е да се подобри нейната мисия и да се повиши ефективността ѝ по отношение на гражданите и на цялото общество.

Във връзка с това е полезно да се прави разграничение между радикална реформа и постепенна промяна. Не е достатъчно само да се дефинират целите на политиката. За да се преодолеят проблемите в лечебния сектор е необходима институционална реформа, която да въведе промени в действащи институции, организационни структури и управленски системи. Следователно реформата в лечебния сектор е свързана с определяне на приоритети, усъвършенстване на политиката и промяна на институциите, които провеждат тази политика.

Но в системата за здравеопазване обикновено се провеждат и ежедневни оперативни промени, свързани с един непрекъснат процес.

Ето защо трябва да се прави разлика между обикновените еволюционни и постепенни промени в лечебния сектор и фундаменталните реформи за неговото структуриране и финансиране.

Следвайки този подход, в един от отчетите на Организацията за Икономическо Сътрудничество и Развитие е направено разделение между страните въз основа на това дали в тях се извършват еволюционни или радикални промени. В отчета се отбелязва, че разграничението между еволюционна и радикална промяна е в известна степен условно и субективно. По правило реформата се възприема като политически акт, свързан с процес на структурна промяна, който протича от горе на долу. Но независимо от това трябва да се подчертае, че отделни структурни и организационни промени често стават без каквато и да е била изрична намеса от страна на държавата, т.е. те могат да бъдат породени и от други фактори, като например от въвеждането на нови медицински технологии или от недостиг на средства.

Разглеждайки явлението като процес, Berman в Health sector reform: making health development sustainable, Health policy, 1995 (6) твърди, че за да се състои една реформа, промените, въведени от нея трябва да са насочени към постигане на конкретните цели на провежданата политика. Според него някои програми за реформа стартират без ясно зададени цели. Що се отнася до продължителността на процеса, същият автор твърди, че реформата трябва по-скоро да се изразява в дългосрочна промяна, а не толкова в еднократно действие.

Предвид на това, че има съществени различия, както в подходите на реформата така и в броя и разнообразието на мерките, включени в нейния пакет, е необходимо да се прави разграничение между отделните ѝ

компоненти. Реформата обикновено не се обсъжда и одобрява като едно цяло, а по-скоро като пакет от разнообразни мерки, всяка от които следва да се оценява отделно. Относителната значимост на даден въпрос също варира при сравнение между отделните лечебни заведения, което предполага и различия между структурата и целите на програмите за тяхното реформиране.

В таблица №1-по Saltman ,Figueras (46) са обобщени ключовите елементи на терминологията, които биха могли да послужат за описание на конкретни здравни реформи. В нея е направен опит за дефиниране на реформата като процес, който включва коренна и трайна институционална и структурна промяна, ръководена от държавата и е насочена към постигането на серия от ясно зададени цели на провежданата здравна политика.

Табл.№ 1. Ключови елементи на реформата в здравеопазването

1. Процес

- * структурна, а не толкова постепенна или еволюционна промяна.
- * промяна в целите на политиката, последвана от институционална промяна.
- * промяна, а не само отново дефиниране на целите.
- * целенасочена, а не импровизирана промяна.
- * трайна и дългосрочна, а не „еднократна” промяна.
- * политически процес отгоре на долу, ръководен от управленците на държавно, регионално и местно ниво.

2. Съдържание

- * разнообразие на възприетите мерки
- * според характерните на здравната система компоненти

I.4.1. Стратегически значими демографски, технологични, социални и новаторски управленски фактори за финансирането и разхода на средства за здравни услуги

А. Застаряващо население

Оказва се, че една от важните тенденции в Европа е все по-задълбочаващото се застаряване на населението. Процентът на хората в европейските страни над 60 годишна възраст и особено на тези в преклонна възраст продължава да се покачва.

Въпреки, че прибъгването до здравни услуги от възрастните хора е различно за отделните страни, в стратегически план се очертава тенденция

за нарастване на нивото на общия разход за здравеопазване, в резултат на по-високия брой възрастни граждани и съответната необходимост от разширяване обема на здравните услуги.

Б.Технологично развитие

Развитието на инвазивните и неинвазивните клинични нововъведения в лечебните заведения се увеличава непрекъснато. От съображения за сигурност, ефективност, качество на обслужването и престиж, както и за да се постигне удовлетвореност на пациентите, изпълнителите на здравни услуги са принудени да се снабдяват с най-модерна медицинска техника. Дори когато новите процедури се предлагат на по-благоприятна основа (като например лапароскопската хирургия, образните методи за изследване, перкутанните транслуменални кардиологични и мозъчни процедури и др.), те обикновено включват значителни капитални разходи за ново оборудване и обновяване на базата, а понякога и по-високи текущи разходи за допълнителни специалисти. Напредъкът в информационните технологии предполага и инвестиции в хардуера и обучение, което в условията на пазарно ориентирана конкурентна среда принуждава изпълнителите да претендират за нови цени на здравните услуги.

В. Изискване на гражданите и пациентите

Гражданите на Европа желаят един по-ориентиран към пациентите социално-етичен подход при предоставянето на здравните услуги. Все по-популярна става идеята за правата на пациентите. Здравните системи на всички европейски страни са поставени под натиска да намалят времето за чакане и да премахнат бюрократичните пречки, свързани с графика за доставяне на здравните услуги. От изпълнителите на здравни услуги се очаква да предлагат по-висококачествени и съответстващи на най-добрите стандарти здравни услуги. В редица случаи пациентите са на категорични позиции относно необходимостта от по-добро качество и от правото на избор в сферата на здравните услуги, като не рядко подплатяват това свое изискване с плащания на ръка.

Г.Корпоративни.управленски.стратегии

Както в концептуалния документ на СЗО „Здраве за всички през XXI-вия век”(80) така и в разработките на редица именити изследователи в областта на болничния и клиничен финансов мениджмънт Saltman, Busse, Mossialos (94) се препоръчват нови подходи за реформи в лечебния сектор на здравеопазването, съобразени с управлението на частните корпорации. Едно задълбочено многоазимутно проучване в САЩ (11) показва, че има много причини за интереса от страна на лечебните заведения и на техни

отделни структури, относно внедряване на взаимноизгодно публично-частно партньорство, като начална стъпка за корпоративна реорганизация в лечебната сфера на здравеопазването.

Анализът, извършен от посочените автори показва, че такива новаторски организационни инициативи като децентрализация до ниво предприемачески лечебни структури, работа с подизпълнители и съкращения на средното управленско ниво са подходи, които премахват традиционната йерархия и създават управление на екипна основа. Най-общо казано те са в състояние да стимулират позитивно през следващите години съдържанието на здравната реформа в европейските страни.

Докато конкретните контекстуални фактори, като опорни точки на зараждащите се в някои европейски страни корпоративни управленски стратегии са различни за извън болничната и болничната сфера то по отношение на здравните им системи в повечето случаи са сходни. Това е факт, въпреки различията в условията, средствата и процесите за предоставяне на здравните услуги. Събрани обаче в едно, изброените по-горе общи контекстуални фактори съставляват набор от проблеми, характерни както за здравеопазването, така и за стратегиите за структурните реформи в другите социални сфери.

I.4.2. Недостигът на средства и недостатъчно ефективният контрол при тяхното разходване-стратегическа дилема на субектите, финансиращи и произвеждащи здравни услуги.

Тъй като здравно-осигурителните и бюджетните средства за заплащане на здравни услуги са ограничени, а натискът върху разходът за тях във всички европейски страни се увеличава политиките на национално ниво са принудени да разработват стратегии за разрешаване на този проблем. Според Saltman и Figueras (46) на лице са две основни и често пъти взаимно допълващи се възможности.

***Първата възможност** е увеличаване на средствата за здравеопазване чрез пренасочване на такива от други пера на обществения разход, посредством нарастване на данъците или увеличение на здравноосигурителните вноски. Необходимо е обаче въпросът за „подходящото ниво” на финансиране да се постави на широка дискусия в текущия дебат върху реформата. Тук са възможни няколко формули по-важните от които са :

а) диференцирано финансиране, нагаждано според допълнителни нужди, породени от демографски, технологични и политически промени;

б) финансиране „според възможностите”, при което финансирането на здравните услуги е функция от растежа на брутният вътрешен продукт;

в) финансиране, основаващо се на сравнения в международен мащаб с целда се установи нивото на финансиране на здравеопазването в други страни в сходно икономическо положение.

Но изготвяните досега разчетни схеми, според същите автори, показват, че нито един от тези подходи не е напълно задоволителен. На практика, подходящото ниво на финансиране зависи от стойността, която се придава на здравето и здравеопазването, разгледани сами по себе си или в сравнение с други сфери на обществения разход. Накратко, отговорът не се основава на математически формули, а на политически решения.

***Втората възможност** е контролиране на разхода за здравеопазване с прилагане на стратегии, които оказват влияние на търсенето или предлагането на здравни услуги.

Необходимостта от контрол на разходите за здравни услуги е отличителна черта на провеждащата се във всяка европейска страна здравна реформа. Стратегията за контрол на разходите за здравеопазване е по същество опит за оптимизирането им в предварително определени граници. Ето защо той трябва да се отграничи от понятията „ограничения на разхода” и „подобрена ефективност”. До ограничение на разхода може да се прибегне с цел да се постигне контрол върху него, но въпреки това в определени случаи е възможно контролът на разходите да е свързан с тяхното увеличаване, стига те предварително да са лимитирани. Следователно контролът на разходите цели да ги регулира, а не задължително да ги ограничава. Подобно е и сравнението с мерките за ефективност—на тях също трябва да се гледа като на опит за постигане на контрол върху разходите. Докато подобрената ефективност може да доведе до намаляване на разходите при определено ниво на продуктивност на здравните услуги, контролът върху разходите не предполага задължително по-висока ефективност. Възможно е контролът върху разходите да доведе до намаляването им и паралелно с това да породи по-ниска ефективност.

Прегледа на литературата (94, 95, 97) показва, че мерките, предприети през последните години за контрол на разходите в лечебните заведения, се характеризират с последователност. Прилаганите методи се различават поради разликите в организацията и финансирането на лечебните заведения. В тези от тях, в които дълготрайните активи са собственост на държавата или общините и здравните услуги се финансират от същите тези институции се осъществяват по-бавни промени в сравнение с лечебните заведения, които предоставят здравни услуги на базата на договаряне със здравно-осигурителни фондове и/или застрахователни организации и „джобни плащания”. Тъй като мерките за контрол насочват част от разходите за здравни услуги към пациента е възможно общият

(обществен и частен) разход за здравеопазване да остане незасегнат или да се увеличи. Но във всички случаи резултатите от мерките за контрол на разходите са в пряка зависимост от това дали са насочени към търсенето или предлагането на здравните услуги.

А. Мерки за контрол на разходите, насочени към търсенето на здравни услуги.

Основният подход за влияние върху нивото на търсенето на здравни услуги е поделянето на разходите. Това обикновено се постига чрез:

- *въвеждането на стимули за доброволно здравно застраховане, като например приспадане от данък „общ доход“;

- *изключване на някои услуги от обществения пакет здравни услуги.

Тези мерки целят намаляване на търсенето на обществено финансираните здравни услуги, като прехвърлят отговорността за част от разходите върху техните потребители.

В стратегическа перспектива заслужава внимание прилагането на метода „отстъпки при не ползване на услугата“, състоящ се в намаление на вноските в схемата за здравно осигуряване/застраховане за лица, които се възползват ограничено от услугите, заплащани от здравно-осигурителните, съответно здравно-застрахователните организации.

При оценката на пакета здравни услуги, финансиран от бюджетни организации или от системата за задължително здравно осигуряване може да се стигне до намаляване броя на услугите, породено от усилията за спестяване на разходите. Това може да се осъществи по пътя на приоритизиране на услугите чрез увеличаване на списъците на чакащите или чрез доплащане от страна на пациента, посредством доброволни здравни застраховки или „джобно заплащане“. Подобни мерки целят да доведат до спад на търсенето на обществено финансираните здравни услуги, като прехвърлят отговорността за финансирането им върху пациента.

Б. Мерки за контрол на разходите, насочени към предлагането на здравни услуги.

Разходите могат да се контролират и посредством въздействие върху предлагането на здравни услуги. Тук трябва да се има предвид прилагане на такива стратегии като:

- *въвеждане на конкуренция между лечебните заведения по отношение на здравни услуги, заплащани със здравно осигурителни или бюджетни средства;

- *установяване на таван на общите разходи за здравни услуги, заплащани от здравно осигурителни организации или бюджетни институции;

- * намаляване на броя на болничните легла;
- * контрол на разходите за материали, енергия, време, консумативи, които не са непосредствено свързани с производството на здравни услуги;
- * въвеждане на по-ефективни модели за предоставяне на здравни услуги, като например замяна на по-скъпите болнични услуги с извън болнични такива (първични, специализирани);
- * регулирано използване на скъпо струващи диагностични и лечебни технологии;
- * контрол на лекарското поведение и това на професионалистите по здравни грижи, както и рационализиране на методите за трудовото им възнаграждение на основата на формулата „според количеството, качеството, сложността и качеството на извършените дейности”.

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

Особено внимание заслужава стратегията за въвеждане на разходни тавани за болници, които произвеждат здравни услуги финансирани от публични източници, състояща се в определяне на договорен (между възложител и изпълнител) лимит, както за общия разход, така и на неговите компоненти. Практиките, установени от: Националната Здравна Служба във Великобритания (57-а), Закона за лечебните заведения-Франция (76)), Координационния Закон за болниците-Белгия (77), Ежегодните Национални рамкови договори-България (73) и др. показват, че въвеждането на прецизно договорени разходни тавани води до:

- * съкращаване на излишни болнични легла;
- * рационално пререструктуриране на болничните услуги;
- * интензифициране на болничните дейности;
- * скъсяване на болничния престой;
- * подобряване качеството на болничните услуги.

Стратегията, насърчаваща съкращаване на болнични легла е тясно свързана с необходимостта от разработване на политика на замяна. Тя трябва да бъде насочена към прегрупиране на ресурсите, използвани при различните видове здравни услуги с цел да се открият най-добрите здравно-политически решения. Замяната би следвало да се изразява в заместването на сравнително по-скъпите болнични услуги с по-евтината извън болнична (първична и специализирана) медицинска помощ. Политиката на замяна може да добие множество форми, като например стимулиране създаването на болнични структури за долекуване и продължително лечение и на хосписи, разширяване на домашните грижи за сметка на болничните и др.

Стратегията за установяване на контрол върху скъпото медицинско оборудване също се нуждае от внимание. Тя би следвало да включи мерки за увеличена регулация, концентриране на материалната база, предотвратяване на неконтролируемото ѝ нарастване и избягване на дублираното оборудване. Фундаментална мярка в случая е заплащане от публични източници на финансиране на здравни услуги само от такива нови технологии, които имат доказан върху лечението ефект. Натоварването на разходите вследствие закупуване на нови технологии, въпросът за тяхната безопасност, общественото въздействие и проблемите от етично естество, налагат необходимостта от внимателна оценка преди да се допусне въвеждането им в клиничната практика.

Стратегията за подобряване на лекарското поведение е от изключителна значимост. Практиката в много европейски страни показва, че чрез въвеждане на съвременни медицински стандарти и клинични протоколи се постига по-добро уточняване на прегледите, клиничните изследвания, процедурите и предписването на медикаменти, свързани с конкретно заболяване. Не е без значение и факта, че изпълнителите на здравни услуги подлежат на санкции в случаи, че не се придържат към медицинските стандарти. Този подход задължава лекарите да поемат отговорността за бюджета на клиничните отделения, в които работят.

В общи линии, опитът до този момент показва, че определянето на бюджет за лечебния сектор на здравната система или на всеки от неговите подотрасли, основано на план или на оптимизиране на работната сила, е най-ефикасният начин за контрол на разходите в този сектор. Но подобен подход трябва да се основава както на усилията за успешно контролиране на разходите, така и на по-широк кръг от социални цели. Още повече, че успешният контрол на разходите не винаги води до по-висока ефективност. Напълно възможно е стимулите за контрол на разхода да доведат до намаляване на общите разходи, но в същото време да доведат до по-слаба ефективност.

В. Мерки, насочени към поделянето на разходите за здравни услуги

Поделяне на разходите се извършва, когато потребителят заплати някоя здравна услуга или част от нея пряко на този, който я предоставя. Тъй като този род плащания засяга всички слоеве на обществото, величината и степента на поделянето на разходите се превръщат в едни от най-критичните въпроси в общественения дебат в Европа. Още повече, че връзката между поделянето на разходи и целите на здравната политика сама по себе си не е очевидна. Това налага да се оцени какъв би бил ефекта от подобно поделяне върху целите и ефективността на лечебния сектор и по-точно върху ефективността, равнопоставеността и здравния статус на потребителите на здравни услуги.

И тъй като проблема за поделяне на разходите е от изключителна важност за финансирането на лечебния сектор е необходимо той да бъде разгледан с помощта на анализ на здравните услуги от позицията на социалната икономика (46).

Така например, общоизвестно е, че здравните услуги не са монолитни и, че те включват множество компоненти с различни икономически характеристики. Едно от отношенията, в които здравните услуги варират в качеството си на „икономическа стока“ е степента, в която ползата от потреблението им се ограничава до индивида, който получава услугата. Множество здравни услуги са „делими“, т.е. типични индивидуални. Според тази логика здравната полза от потреблението на тези услуги се ограничава единствено до лицето, което получава услугата. С други думи тези, които не получават услугата се изключват от свързаните с нея ползи. Обратно на това някои здравни услуги са „неделими“, т.е. чисто обществени или смесени, носещи полза на всички или на повечето членове на обществото, което означава, че щом услугата се предоставя никой или повечето от хората не могат да бъдат изключени от свързаните с нея ползи—индивидът извлича полза от потреблението, но същото се отнася и за други индивиди, които не участват пряко в „сделката“ между предоставящия услугата и потребителя. Пример в това отношение е лечението на редица заразни заболявания, като например – туберкулоза, полиомиелит, хепатит А, сифилис, СПИН и др. Подобно лечение е в полза не само на индивида, подложен на него но и на тези, които той би заразил при липса на възможности за лечение. Обществените ползи при този тип услуги надвишават личните и следователно ценообразуването им по метода на „пределните разходи“ ще доведе до по-ниско ниво на потребление от социално оптималното. Необходима е следователно за този тип здравна услуга бюджетна субсидия от държавата, която да увеличи индивидуалното търсене до ниво, на което социалните ползи ще се изравнят със социалните разходи, като по този начин се оптимизира предполагаемото (макар и в тесен икономически смисъл) благосъстояние на обществото.

За сега пазарът на здравните услуги в редица европейски страни е несъвършен, тъй-като нерегулираните действия на потребители и изпълнители на здравни услуги не водят до социално желаното количество, конфигурация и разпространение на здравните услуги. Една от причините за това се дължи на факта, че ползата от потреблението варира в зависимост от вида на здравната услуга.

Темата за ефекта на поделянето на разходите е свързана и с един допълнителен елемент на това, което икономистите наричат „пазарен срив“, макар че в случая става дума за т.нар. „информационен срив“. В контекста на пазара на здравните услуги той се изразява в това, че

потребителят разчита на или е зависим от изпълнителите на здравните услуги по отношение на информацията, свързана с услугите, от които „се нуждае” самия той (46.). Тази асиметрия на информираността може да доведе до *„търсене, предизвикано от предоставящата здравната услуга”*, т.е. търсене, което не би възникнало ако изпълнителят на здравната услуга не би насърчил потребителя да я търси. Според неокласическата икономическа теория, концепцията за търсене, предизвикано от доставчика предполага, че поне известна част от търсенето на здравни услуги се определя от предпочитанията на изпълнителите на тези услуги. Наличието, точното определение и търсенето на здравна услуга, предизвикано от този, който я предоставя, както и подходящите мерки в отговор на такова търсене, е едно от стратегическите предизвикателства към провежданата здравната политика, което заслужава, да бъде тема на задълбочен дебат.

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

Налага се също така да се подчертае, че стратегическата тема за поделение на разходите за здравни услуги между финансиращите органи и потребителите винаги ще повдига въпроса за равнопоставеността по отношение на финансирането на и достъпа до здравните услуги. Причина за това е, че поделянето на разходите може да доведе до неравнопоставеност при заплащането, поради опасността тежестта на тази мярка да падне върху семействата с ниски доходи и по-нататък, че то може да доведе до неравносвойно потребление на здравните услуги, като ограничи достъпа на възрастните и хронично болните до тях. Това диференцирано въздействие от налагането на такси на пациента е отражение на икономическия факт, че цената на услугата възпрепятства потреблението, когато се равнява на значима част от доходите, с които разполага семейството. Намаленото потребление на здравни услуги в случая или отлагането на лечение могат да доведат до влошаване на здравния статус в същата степен, в която би го подобрило едно по-високо потребление на услугите.

В подкрепа на горното не е излишно да се подчертае, че повечето европейски страни намаляват или премахват задължението за поделяне на разходи спрямо лица с ниски доходи или с хронично заболяване.

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

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

В Ирландия всеки има право на безплатно лечение на заразни и някои видове хронични заболявания. Ранната диагностика на заболявания при бебета, медицинските прегледи на деца и лекарства, предписвани при определени хронични заболявания също са безплатни.

В повечето страни тази политика се определя централно или от държавата, или чрез схемите за здравно осигуряване. В страните с множество институции за задължително здравно осигуряване, задължението за поделянето на разходите е различно в отделните схеми. Така например във Финландия и Швеция, където политическите системи са силно децентрализирани, решенията относно поделянето на разходите за здравни услуги се вземат от местните (общинските) власти, но в рамките на държавно постановени максимуми.

Г. Съставяне на пакет „приоритетни здравни услуги”–стратегически механизъм за рационално разпределение на средствата за тяхното финансиране и контрол върху разхода.

Разпределението на средствата за финансиране на здравните услуги е избор между конкретни нужди, отразяващи тяхната относителна приоритетност при диагностиката и лечението на различни заболявания. Най-често този избор се прави имплицитно от лекари-специалисти чрез порционизиране на услугите и се осъществява посредством съставяне на задължителни пакети здравни услуги за болнично лечение на масово разпространени и обществено значими заболявания. Новото, свързано с тази система е нарастващия интерес, както от страна на политиците, така и от страна на гражданите, който се изразява в настояване за яснота и прозрачност.

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

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

Твърдението на някои опоненти, че въвеждането на приоритетност при порционирането на здравните услуги не е наложително при положение, че ресурсите се оползотворяват чрез използване на по-евтини методи за диагностика и лечение не издържа критика.

Многогодишната практика в редица страни показва, че финансиране, основано на възприемането на ефективни модели за приоритетност на здравните услуги предоставя възможности за постигане на по-висока диагностична и лечебно ефективност. Ето защо търсенето на по-добри в разходно отношение модели за предоставяне на здравни услуги следва да бъде основна цел на стратегията за развитието на социално здравното или бюджетното им осигуряване, тъй като с помощта на подобни модели може да се прогнозира необходимостта от разсрочване на индивидуалния достъп до някои от тях.

Определянето на приоритетни здравни услуги привлича интереса на специалисти от различни сфери на знанието: медици, икономисти, социолози, политолози и др. Анализите на индикаторите, характеризиращи здравето на населението във възрастово-полов, професионален, социален, етнически и прочие разрез помагат вземането на решения, отнасящи се до основните причинители на смъртността, инвалидността и общата тежест на заболяванията.

Анализът на данните в специализираната литература сочат, че изграждането на една справедлива методология за определянето на приоритетни здравни услуги трябва да се основава на задълбочен анализ на ценностите. Според политиките основната цел трябва да се състои в елегантно разрешаване на проблемите, както и в това да се гарантира честен и открит дебат, относно приоритетите обобщава Hunter (27) в *Rationing Dilemmas in Health Care – Birmingham: National Association of Health Authorities and Trust, 1993*. Подчертавайки ролята на ценностите в процеса на определяне на приоритетни здравни услуги те насочват вниманието си към моралните устои при процеса на вземане на решение, както и към етичните принципи, залегнали в основата на избора в сферата на здравеопазването. Според Daniels (13.) и Churchill (12) това предполага в по-далечна перспектива разглеждане на различни концепции за справедливост, какъвто е например подхода „основан на нуждите”, отчитащ моралния императив, че всички членове на едно демократично общество имат една и съща тежест и права.

През последните години нарасна корпусът на емпиричните наблюдения за резултатността от въведения инструментариум за определяне на приоритетни здравни услуги. Най-общо тези наблюдения показват, че прилагането на добре обмислени подходи за определяне на

приоритети ще играе положителна роля не само сега, но и през следващите години.

Klein (32) подчертава , че в стратегическа перспектива заслужава внимание тезата за „нивата при определяне на приоритети в здравеопазването”. Във връзка с това е необходимо ясно дефиниране на следните три нива:

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

***Второ ниво.** На него трябва да се извърши разпределение на определената за отрасъл „здравеопазване” част от консолидирания държавен бюджет по видове здравни услуги (извън болнични, болнични, лекарства за извън болнично лечение).

***Трето ниво.** В редица европейски страни в т.ч. и в България (75), (96) са разработени организационни технологии, съгласно които то трябва да бъде свързано с избора при разпределението на средствата според прилаганите методи за диагностика и лечение в рамките на определена услуга, например отдаване на приоритет, при равни други условия, на инвазивните кардиологични процедури, а не на кардио- хирургичните такива. Приоритети следва да се определят и когато трябва да се реши кой пациент да се лекува с предимство при заболяване, когато последното не е спешно. И накрая, трябва да се определят приоритети по отношение на отделните пациенти, особено в случаите, когато става въпрос за модерни или скъпи процедури–тук би следвало да се стигне до избор относно това дали изобщо да се осъществи лечение и ако отговорът е положителен се стига до избор, свързан с продължителността на лечението.

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

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

Съществуват различни методологични подходи за преценка на необходимостта от дадена здравна услуга, както и на ползата от нея в широкия контекст на общественото здравеопазване. Според Murray и Lopez (41) при всички случаи методите за определяне приоритетната тежест на дадено заболяване трябва да съчетават редица епидемиологични и икономически похвати за:

*измерване влиянието на различните заболявания върху смъртността и инвалидността на населението;

*преценка на разходите, необходими за диагностиката, лечението и рехабилитацията на различните заболявания;

*очаквана ефективност върху здравето на населението от здравните услуги, свързани с диагностиката, лечението и рехабилитацията на различните заболявания.

Необходимостта от обществена ангажираност е тясно свързана и с друг аспект на процеса: необходимостта от легитимиране на решенията при определянето на конкретни приоритетни здравни услуги. Това не може да стане на базата на твърдението, че тези решения са правилни, тъй като правилни отговори на въпроси, касаещи приоритетите в здравеопазването, не може да има. По своята същност тези решения са свързани с оценка на ценностите, които са различни за отделните индивиди и социални групи. Следователно легитимността се извлича от процеса на вземане на решения. Най-добре е на този процес да се гледа като на легитимен, стига той да е прозрачен и да дава възможност за изява на различни мнения. Нещо повече, според някои публикации (96) трябва да се наложи практика за преминаване от имплицитно към експлицитно определяне на приоритетни здравни услуги, както и към по-голяма отчетност пред обществеността по отношение на решенията за определените приоритети.

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

Съществува възможност за избор на някоя от следните три технологични схеми за определяне на приоритетни здравни услуги(46):

Първата се основава на такива критерии, като:

- значително намаляване на общата тежест на заболяванията (смъртност, инвалидност, временна неработоспособност);

- разумно и ефективно оползотворяване на ресурсите на здравната система (финансови, материално-технически, човешки);
- задоволяване предпочитанията на хората.

Полезен в случая би бил метода за определяне броя на неизживените години; смъртността, която може да се избегне и годините на пълноценен живот след лечение (ГПЖСЛ-QALY), както и годините на качествен живот след инвалидизация (ГКЖСИ-DALY).

Заслужава да се отбележи, че този похват е приложен по-широко за първи път в съставения от световната бана „Отчет за световното развитие”-World development report – 1993 (55).

Очевидно е, че не всички, специфично определени по тази схема, приоритети могат да се реализират в краткосрочен или средносрочен план. За да се осъществяват те трябва да отговарят на три основни изисквания:

- да са достъпни, вписвайки се в рамките на планираните средства;
- да са отражение на относително политическо съгласие относно тяхната уместност;
- да се предоставят качествено от изпълнителите на медицинска помощ.

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

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

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

Тази схема е предложена от Dunning (18) в Choices in Health Care: A report by the government committee on choices in health care. Executive summary-Reykjavik: Ministry of Welfare, Health and Culture, 1992.

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

Но прилагането на тази схема изисква законови регламенти, защитаващи качеството на здравните услуги и реда на ползването им. Следователно, приоритетите трябва да се определят посредством преценка на ефективността на диагностичните и лечебните технологии, както и чрез формулиране на ясни правила за правоучастие на пациентите в списъците за чакащи, а след попадане в тях-редът и условията за достъпа им до различни болнични заведения. А това означава, че лекарите трябва да застанат в челните редици на процеса, като изготвят насоки относно начина на предоставяне на здравните услуги, от позицията на ефективната клинична практика.

Третата схема за определяне на приоритетни здравни услуги се базира на следните основополагащи принципи:

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

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

При прилагането на която и да е от посочените схеми за определяне на приоритетни здравни услуги е възможно да се получи несъответствие между теоретичните заключения и това, което се случва на практика. Но заложената във всяка от тях рамка е само една от стъпките на този процес. Главното в случая е рамката да бъде приведена в действие и което е най-важно, да окаже влияние върху клиничните решения. Ако, както показва опита в много европейски

страни основната цел при определянето на приоритети е да се гарантира, че изпълнителите на медицинска помощ оползотворяват средствата ефективно и по предназначение, стратегиите за усъвършенстване на процеса при вземане на клинични решения, са не по-маловажна цел от прокламирането на общи национални принципи. Тук не става въпрос за промяна на клиничните решения или на разработената национална рамка, а за намиране на най-удачният начин на взаимодействие между двете.

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

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

Във връзка с казаното по-горе е важно да се отбележи, че специалистите отговорни за разработване на предложения за приоритетни здравни услуги според Saltman и Figueras (46) трябва да се придържат към следните принципни изисквания:

- при определяне на приоритетите да подхождат относително имплицитно, т.е. да решават кой е най-добрият начин за оползотворяване на средствата;
- да насочат средствата основно към услуги с доказана ефективност;
- да предоставят информация на потребителите, която да ги насърчи към търсене на уместни здравни услуги;
- да разработят насоки, основани на конкретни данни за определяне на достъпа до здравните услуги;
- да прибегват до използване на списъци на чакащи, с които да регулират достъпа до услуги за лечение на заболявания, не застрашаващи живота;

- да въведат поделяне на разходите при здравни услуги, определени като ниско приоритетни, с освобождаване от парично задължение групите с ниски доходи, когато това е възможно;
- да въведат система за оценяване и регулация на диагностичните, лечебните и рехабилитационните технологии;
- да предлагат на политиците рамката на процеса за установяване на приоритетни здравни услуги и принципите, върху които тя е разработена с оглед провокиране на конструктивни дебати;
- да съставят списък на услугите, които ще бъдат финансирани от системата за социално здравно осигуряване и от бюджетни източници.

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

*

Защо реформата в здравеопазването, като политическа основа на стратегията за рационално структуриране, финансиране и контрол на разходите има такова голямо значение за лечебните заведения за болнична помощ и за влизащите в съставът им клинични структури? Защото според именити автори като McKee, Healy (88) и Mossialos, Dixon, Figueras (89):

- за болнична помощ се разходва 3/5 от бюджета за здравеопазване;
- в болниците работят половината от всички лекари и 2/3 от медицинските сестри;
- комплексността на болничната помощ оказва огромно влияние на цялата здравна система;
- в болниците освен диагностика, лечение и рехабилитация на болни, профилактика на заболявания и промоция на здравето се провежда и образователна и научна дейност;
- болниците играят важна роля в националната икономика;
- реформата в системата за болнична помощ предполага внедряването на нови модели за финансиране на болниците,

нови методи за заплащане на болничните услуги и нови способности за контрол на качеството на последните;

- болничната помощ има важно психологическо значение – тя е зримо възплъщение на съвременната медицинска наука и практика.

II. ПРЕГЛЕД НА ЛИТЕРАТУРАТА ПО ПРОБЛЕМА „УПРАВЛЕНИЕ И КОНТРОЛ НА КАЧЕСТВОТО НА ЗДРАВНИТЕ УСЛУГИ”

II.1. ФИНАНСИРАНЕ И КАЧЕСТВЕНО ПРЕДЛАГАНЕ НА ЗДРАВНИ УСЛУГИ

Забележително е, че в процеса на провежданата в европейските страни здравна реформа органите, финансиращи здравеопазването и обществеността като цяло насочиха вниманието си към организацията и поведението на изпълнителите на здравни услуги на микро (институционално) ниво. т.е. на ниво лечебно заведение или негова структура (клиника, отделение лаборатория). Това внимание се съсредоточава главно към подобряване и устойчиво развитие на качеството на здравните услуги. 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 извън болнична помощ, така и с реструктуриране на вътрешната и външната организация на болниците. Свързани с този проблем са и усилията за повишаване квалификационния градиент на медицинците със съвременни форми за следдипломно обучение.

Доскоро при разработване на здравните политики в тези страни по традиция се поставяше акцент върху способите за финансиране на лечебните заведения, докато начина на предоставянето на здравните услуги и тяхното качество си оставаше проблем на отделния здравен специалист. Но сега 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 автори, като Mc Pherson (38) и Wennberg (54) формулират така:

- На лице е ограничаване на взаимоотношенията между лекаря и пациента за сметка на бързото нарастване на екипността в медицинското обслужване. Колкото по-голям е медицинският 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 цялостно качествено обслужване;
- Все повече нараства здравната култура на гражданите и съответно на това – на тяхната критичност към качеството на предоставяните им здравни услуги;
- Увеличава се броят и обемът на публикациите в средствата за масово осведомяване, относно качеството на оказана медицинска помощ;
- 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 медицинско обслужване.

Някои публични, непрофесионални анализи, показващи широки вариации в резултатите от неспешните хирургични процедури в отделни болници провокираха извършването на професионални такива, при които се отчетоха големи различия в качеството и ефекта на определени видове лечение. Тези вариации, отбелязват Wennberg (54) и Mc Pherson (38), са отражение на редица фактори, които включват правния статус на лечебното заведение и начините на заплащане на предоставяните 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, привеждането му в съответствие с най-добрите медицински

стандарти и стимулиране на подходите за устойчивото му развитие, във всички европейски страни се реализират програми за акредитация на лечебните заведения.

Тяхна концептуална основа е изграждане и развитие на „движение за качество на здравните услуги” („движение в полза на ефекта от лечението”), насочено към мониториране, анализиране и оценяване на трите, формулирани от Donabedian (17), класически координати на качеството:

- качеството на структурите, т.е. на условията, в които се произвежда здравната услуга;
- качеството на дейностите (процесите) чрез които се произвежда здравната услуга;
- качеството на резултатите от оказаната здравна услуга.

В контекста на така дефинираната концепция субектите (здравно-осигурителни, бюджетни), финансиращи здравеопазването, в своята ежегодна оперативна дейност по договарянето на здравни услуги с лечебните заведения и при контрола на тяхното изпълнение започнаха да отдават необходимото внимание както на изпълнението на компонентите за качество, съдържащи се в акредитационните програми, така и на напътствията на Европейския комитет за стандартизация (European Committee for Standardization), заложи в системите ISO 9001:2015 (29):

- достъпност (accessibility), т.е. наличие на възможности за обслужване;
- равнопоставеност (equity), т.е. предоставяне на здравните услуги на равнопоставена основа за всички;
- 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.

Отличителна особеност на „движението в полза на ефекта от лечението” според Banta (5) и Gillis (24) е, че в него:

*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.

Освен това „движението в полза на ефекта от лечението” включва систематична проверка на наличните данни по избрани теми, разпространението на данни относно ефикасните видове лечение и обстоятелствата, в които те имат ефект, както и разработването на планове за провеждане на проучвания в недостатъчно изследвани области във финансирането, организацията, начина на предоставяне и контрола по разходите за здравни услуги. В този смисъл „движението” предвижда във всяко лечебно заведение или негова структура да се създаде 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 научни работници, занимаващи се с основните принципи на медицината. Тези по-усъвършенствани форми на „движението” 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 методи 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 смисъл то е в състояние да обедини широка гама дейности в едно цяло, което включва оценка на здравните технологии и осигуряване на качество на резултатите от тяхното прилагане.

Проблемът „финансиране–качествено предлагане на здравни услуги” налага както субектите, които ги финансират така и техните изпълнители да насочат вниманието си към две ключови направления.

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

**клиничен статус* (клинично здраве);

**функционален статус* (функционално здраве);

**удовлетвореност на пациента*;

**цена на здравната услуга*, т.е. сумата, която пациента трябва лично да заплати (потребителска такса, съвместно плащане).

В най-добрия случай представа, относно тези четири елемента за качество на здравната услуга може да се получи при измерването на всеки един от тях.

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 и в различни региони. Медицинската квалитология (науката за измерване на качеството в медицината) е все още в началните етапи на своето развитие в света. Нейните основополагащи принципи обаче, формулирани от Donabedian (17) в *A Guide to Medical Care Administration*, Washington & American Public Health Association, 1969 и от Maxwell (36) в *Quality assessment in health*, Br. Med. J., 1984 намериха израз в акредитационните програми на всички европейски страни.

Тук възниква въпроса: защо трябва да се измерва качеството на здравните услуги? Отговорът се състои в това, че последващата от измерването информация е необходима за определяне:

*. Доколко населението в различните региони и в различните лечебни заведения може да ползва конституционните и здравно-осигурителните си права за достъпност до 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 човешките ресурси, както и в поведението и очакванията на пациентите. При идентифициране на значими различия обаче възложителите и изпълнителите на здравни услуги са длъжни да насочат усилията си, както за установяване на причините, които ги пораждат, така и за разработване на стратегии за тяхното отстраняване;

*.Доколко здравните услуги се отклоняват от установените акредитационни критерии, медицински стандарти, клинични протоколи, протоколи за сестрински грижи, правила за сигурност и безопасност на пациентите и на работещите в лечебното заведение и др.;

*.Доколко пациента е удовлетворен от здравната услуга и какво е функционалното му състояние. Този елемент на качеството може да бъде измерен чрез инструментариума на социологичното анкетиране;

*.Доколко цената на предоставената здравна услуга е разумна и приемлива за субекта, който я заплаща. По същество това е най-достъпния за измерване елемент на качеството, благодарение на съвременното I.T. събиране на информация по този повод.

Необходимостта от своевременна, достатъчна и вярна информация по посочените ключови направления е наложило изграждането във всяка европейска страна 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, отбелязват Donabedian (17), McKee (37) и Mant, Hicks (35) трябва да се предвидят възможности за извличане на информация по отношение на трите класически координати на качеството в здравеопазването: структура-->процеси--> резултати, както следва:

По отношение на структурата

Информацията за качеството по тази координата трябва да съдържа данни, извлечени от мониторинга и анализа на структурния капацитет на лечебното заведение.

По отношение на процесите.

Информацията за качеството по тази координата трябва да съдържа данни, извлечени от мониторинга и анализа на технологичната характеристика на дейностите свързани с диагностиката, лечението, рехабилитацията и грижите за пациентите и техният хуманен аспект.

а) технологичният аспект на процесите включва възможностите на лечебното заведение да предостави на потребителите онези здравни услуги, които са разписани в предмета на неговата дейност и афиширани сред населението.

б) хуманният аспект на процесите включва хуманното поведение при предоставянето на здравните услуги и съзнанието за отговорност към предпочитанията на пациентите

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:

а) възможностите за адекватно наблюдение и управление на биологичното състояние на пациентите (напр. минимизиране на страничните действия при лечение с антибиотици и биологични лекарствени продукти, недопускане на рискове в спешната или операционна зала и др.);

б) възможностите за нормално или асистирано физическо функциониране на пациентите;

в) възможностите за нормални емоционални изживявания на пациентите;

г) удовлетвореността на пациентите от предоставените им здравни услуги.

II.2. Избор на стратегии за управление 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 лечебните заведения. Подобни механизми обикновено се определят като стратегии за осигуряване на качество, макар да се използват и други термини като например „усъвършенстване на качеството” и „проверка/одит”.

Тук е необходимо да се уточни какво разбираме под понятието „качество на здравната услуга”? Синтезирайки най-доброто от всички определения, като например тези направени от Donabedian в А

Guide to Medical Care Administration, Washington: American Public Health Association, 1969 (17), Maxwell в Quality assessment in health, Br. Med. J., 1984 (36), Blomhoj в Continuous Quality Development: a Proposed National Policy, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1993 (8) и Black в Research, audit and education, Br. Med. J., 1992 (7) 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 три съществени измерения:

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

Първото измерение (непрекъснат характер) е свързано с това, че стратегията за осигуряване на качество не може да се основава на еднократни инициативи. Това изискване, предполага въвеждане на следния модел за непрекъсваемост на вътрешния одит на качеството :

- 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;
- осъзнаване на проблема, т.е. идентифициране на проблемните точки от областта, подбрана за самооценяване, съответно за вътрешна проверка и тяхното място в три координатната система: качество на структурите, качество на процесите (дейностите) и качество на резултатите;
- дефиниране на проблема, т.е. определяне на причините, породили идентифицираните проблемни точки в избраната за вътрешна проверка област;
- разрешаване на проблема, т.е. генериране и предлагане на подходи за разрешаване на проблема;
- повторна проверка, целяща да установи до каква степен решенията са били правилни.

Този цикъл трябва да се задейства винаги, когато е налице 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.

Второто измерение е свързано с изискването способите за оценяване на качеството да бъдат ориентирани към структурата и процесите в лечебното заведение (съответно в негова клиника, отделение, лаборатория) и към ефективността от неговата работа. При това следва да се има предвид, че:

- структурата е свързана с базата, в която лечебното заведение (клиниката, отделението, лабораторията) 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;
- процесът е свързан с процедурирането спрямо пациента в хода на диагностиката, лечението, рехабилитацията и обгрижването му;
- ефектът е свързан със степента, в която са постигнати резултатите от лечението, при уговорката, че неблагоприятния изход понякога е трудно да се определи доколко се дължи на лечението или на особеностите на заболяването.

Третото измерение е свързано с вътрешните и външните проверки на качеството в лечебното заведение или в отделни негови клинични и логистични структури. Обобщавайки публикациите, касаещи многогодишният европейски опит Saltman и Figueras (46) считат, че:

Вътрешната проверка трябва да се извършва от такива, работещи в лечебното заведение, специалисти които познават добре критериите, стандартите 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 и главна медицинска сестра -->началници на медицински и спомагателни структури -->лекари -->медицински сестри -->помощен персонал. В сърцевината на тази философия, както показва опита, 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 само към тяхната корекция;
- да се постави акцент на непрекъсваемостта на вътрешните проверки във всички медицински и спомагателни структури и процеси;
- да се организира обучение по въпросите за качеството–диференцирано по медицински структури, екипи и сервизни звена;
- да се създаде механизъм, отчитащ оценката (удовлетвореността) на потребителите на здравните услуги.

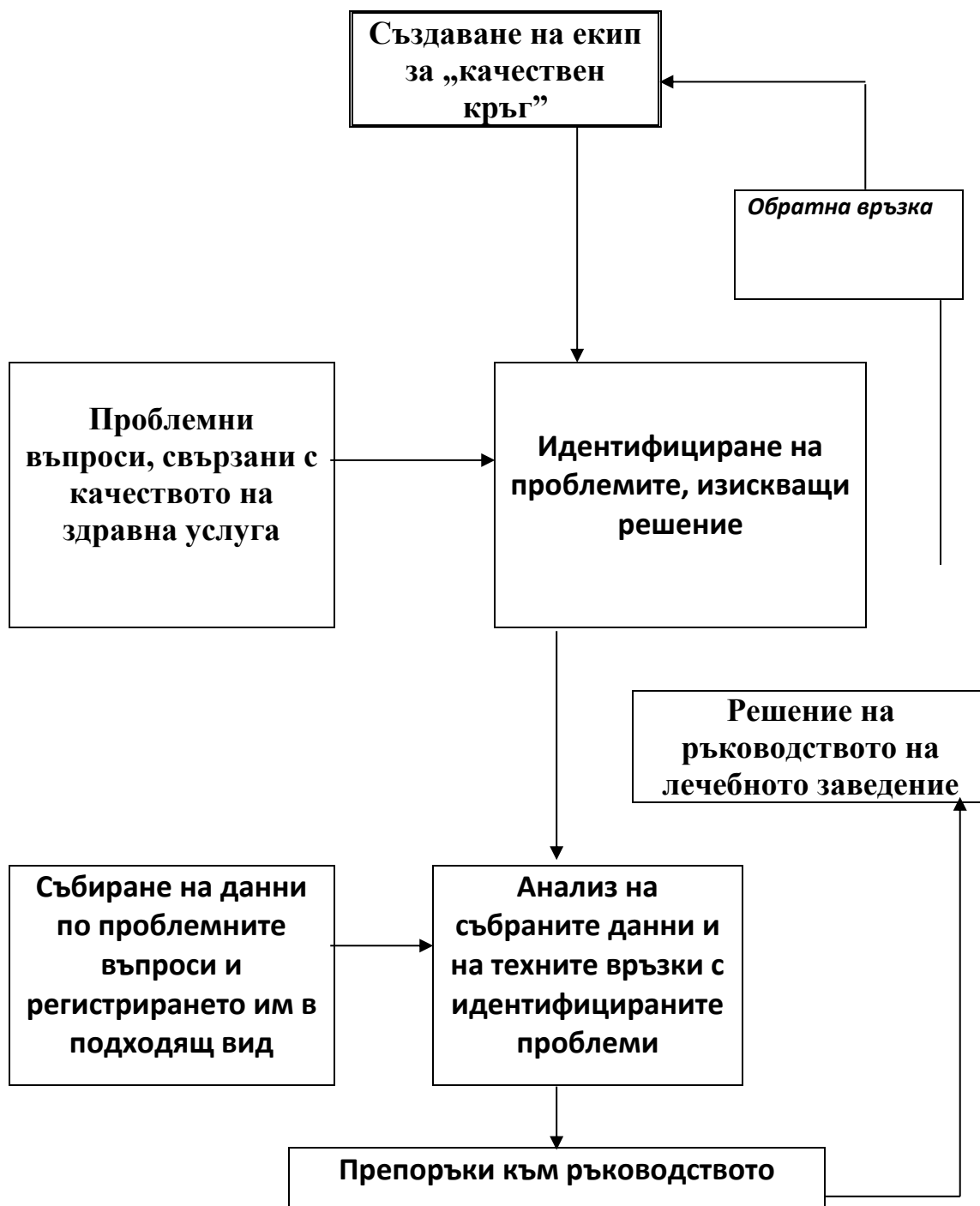
Във връзка с посочените принципни постановки възниква необходимостта от конструиране на система за управление на качеството в лечебното заведение или в отделна негова структура , отговаряща на следните изисквания:

- да се основава на стратегията, т.е. да не отчита само това, което е било в миналото, или свързано с настоящето, а да е ориентирана към стратегическите цели, които лечебното заведение (или отделна негова структура) преследва за подобряване и устойчиво развитие на качеството;
- да съдържа механизми за контрол при:
 - въвеждането на стандартите
 - сравняването на действителното състояние с това, което изискват акредитационните критерии и медицинските стандарти
 - провеждането на превантивни и/или корективни действия
- да борави с акуратна информация и да създава баланс между целевите и подцелевите база данни;
- да бъде възприета от работнещите в лечебното заведение (негова структура) и да ги мотивира към устойчиво развитие на качеството на извършваните от тях медицински или спомагателни дейности.

Идеята за включване на целия персонал в подобряване на качеството предполага използването на някои, с доказана ефективност, техники за генериране на нови идеи в областта на медицинската квалитология като:

- **Мозъчна атака (брейнсторминг).** Тази техника се използва при извършването на стратегически анализи на външната и вътрешната среда (каквито са STEP–analysis и SWOT–analysis) и за изработване на стратегически позиции на лечебното заведение (или на негова структура) в областта на качеството и свързаните с него приоритети.
- **Качествени кръгове (фиг1)** Тази техника според Иванова (83) може да се използва, когато трябва да се даде възможност на определени лица от персонала, без непосредственият си ръководител, да наблюдават ежедневната работа, да се събират периодично и да предлагат начини как даден процес, свързан с предоставянето на конкретна здравна услуга може да стане по-добър.
- **Консенсусни обсъждания.** Тази техника се използва, когато възникне необходимост от генериране на съвременни отговорни решения по процеси свързани с решаването на сложен управленски, диагностичен или лечебен казус.
- **Пациентни наблюдения.** Тази техника се използва за изучаване удовлетвореността на пациентите от качеството на оказаните им здравни услуги. Целта, която се преследва в случая е измервайки „гласът на пациента” и съпоставяйки го с „гласът на лечебното заведение” да се определят несъответствията между тях и да се предприемат мерки за оптимизиране на качеството.

фиг.1.- (83)



Външната проверка, подчертава Scrivens (47) има за цел да установи обективно състоянието на качеството на оказваните от лечебното заведение (или отделна негова структура) 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.

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 инициира у медицинските професионалисти отговорност за постигане на високо качество на медицинската помощ в лечебното заведение (или в структурата), където те работят. Тя се осъществява от експерт-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 критериите и стандартите за качество?
- какво търсим ние, за да установим равнището на постигнатото от Вас качество?
- как измерваме качеството на всяка от трите негови координати по съответните критерии, стандарти и показатели?

II.3. Водещи принципи при измерване на качеството

Европейската практика показва, че водещите принципи при оценяване на качеството трябва да се състоят в следното:

- да не се вреди;
- инициативите по оценяване на качеството не трябва да препятстват функционирането на лечебното заведение (или отделна негова структура);
- 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 оценките води до коренна промяна в тяхната философия, която

съгласно изискванията на медицинската квалитология трябва 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 нуждите и 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 от териториалната значимост на лечебното заведение;
- измерването на качеството на здравните услуги задължително да следва цикъла: постоянно самооценяване --> системни вътрешни проверки--> периодичен външен „одит“ от независими експерти-->присъждане на доверие по някоя от световно утвърдилите се системи за управление на качеството: акредитация, ISO, EFQM-excellence model, цикъла на Deming (PDCA);
- контролни „междинни“ вътрешни и външни одити.

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 недостатъчното 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 непрекъснатата оценка на качеството на здравните услуги е сравнително нова концепция. Сега лечебните заведения и отделните техни клинични и логистични структури се самооценяват или оценяват пряко чрез система от критерии и показатели, без работещите в тях професионалисти да са приобщени „*тотално*“ към движението за подобряване и устойчиво развитие на качеството. Ето защо, националните системи от лечебни заведения в Европа биха могли да увеличат ефекта от това движение, ако съответните министерства на здравеопазването увеличат намесата си по този проблем в дългосрочен план. Създаването на институционализирана структура за наблюдение и оценяване на качеството на здравните

услуги и за популяризиране на добрите резултати, вече не бива да се приема като лукс, подчертават Saltman и Figueras (46).

III. ПРЕГЛЕД НА ЛИТЕРАТУРАТА ЗА ВОДЕЩИТЕ В СВЕТОВНАТА ПРАКТИКА МОДЕЛИ ПО УПРАВЛЕНИЕ НА КАЧЕСТВОТО НА ЗДРАВНИТЕ УСЛУГИ

По литературни данни 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), превъзходния модел на European Foundation for Quality Management (EFQM–excellence model) и цикъла на Deming Plan-Do-Check-Act (PDCA).

III.1. Акредитация на лечебни заведения

Тя е въведена и развита в САЩ през 1917г. от д-р Ернест Колдман и е била насочена към „признаване на професионално доверие на онези хирургични институции, които реализират своите идеали с високи стандарти за качество, а на онези с по-ниски стандарти да се дадат препоръки за подобряване качеството на тяхната работа”. В търсене на подобрения на американския модел в някои страни се прилагат специфични 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 (17) 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 (49) 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.(57)

По света акредитацията на лечебните заведения или на техни отделни клинични структури е ясен сигнал за обществото, че качеството в тях се оценява от хора, които разбират от:

- а) същността на здравеопазването;
- б) мястото и ролята на лечебната структура в реализиране:
 - ✓ на адаптирана към пациентите политика за организиране на техния прием, обслужване, информираност и зачитане на човешките и гражданските им права;
 - ✓ на ориентирана към пациентите политика за подобряване и устойчиво развитие на качеството на 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 условията, средствата и дейностите за производство на здравни услуги и на резултатите от тях.

Shaw (48) 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, Гемания и др.), 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 взаимно конкуриращи 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 редица 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 (JCAHO). В Австралия здравно-застрахователните организации обикновено се договарят само с акредитирани лечебни заведения.

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

** 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.

** 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.

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

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

* *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.

* *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.

* *Допуска се, че изградените в резултат на акредитацията системи за управление на риска и устойчиво развитие на качеството в лечебните заведения ще доведе до намаляване на разходите за здравни услуги, т.е. до минимизиране на отношението cost/medical effect.*

Заслужава отбелязване факта, че литературата, подкрепяща тази интуитивна допустимост е твърдо ограничена. Използвайки непредубедени научно-изследователски критерии едно системно проучване, извършено от Jarlier и Chavet-Protats (31) 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.

* *Акредитационната оценка се ползва от здравно осигурителните и здравно застрахователните 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.

* *Jackson (30) 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 беше смятано за строго специфична област на медицинския професионализъм. Този интерес в отделни страни е толкова силен, че в тях акредитацията е станала част от регулативния процес на контрол от страна на правителството и гражданското общество. Основна причина за това е, че когато пазарни структури се развиват в здравните системи, правителството и обществеността се заинтересовани потребителите да получават качествени здравни услуги, основаващи се на съвременни медицински стандарти.*

* *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.

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 (ISQA)).

III.2. Управление на качеството на здравните услуги по ISO 9001:2015 като интегрална част от серията International Organization Standardization.

Международният стандарт ISO 9001:2015 за управление на качеството (27, 28) 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 и внедряването на Система за управление на качеството (СУК) на здравните услуги по ISO 9001:2015 е необходимо да се отчита, че основни цели на всяко лечебно заведение и на отделна негова лечебна структура са:

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

Практиката показва, че придържането към посочените цели при конструиране на СУК по ISO 9001:2015 осигурява не само директни ползи на лечебното заведение, но е и важен принос към управлението на рисковете при неговото функциониране.

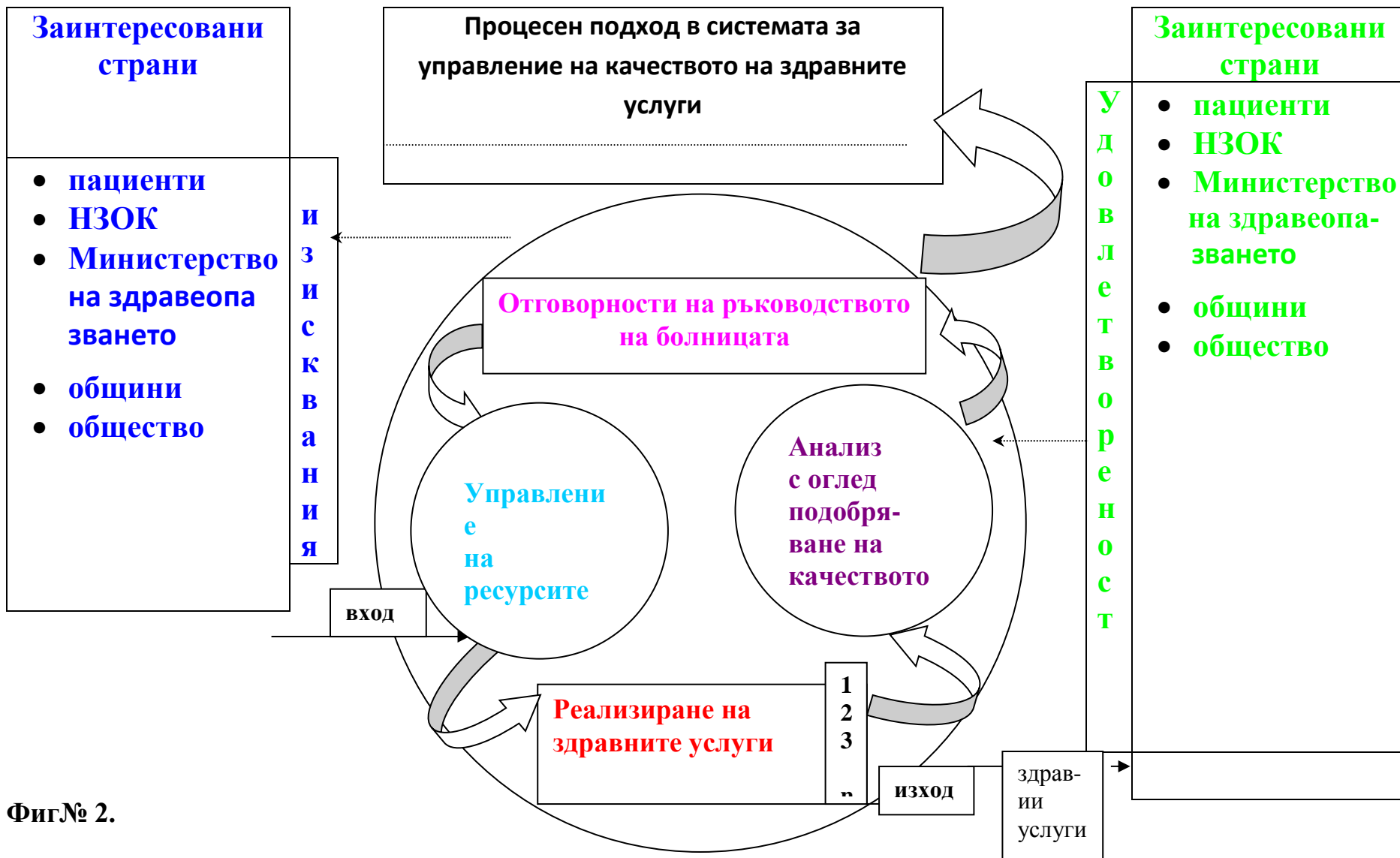
Международният стандарт ISO 9001:2015 насърчава възприемането на:

**Мислене, основаващо се на риска.*

**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. 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*”.

Фиг.2. (модификация по 29) представлява концептуална илюстрация на процесния подход по ISO 9001:2015 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 9001:2015.



Фиг.№ 2.

Процесен подход в здравеопазването(модификация по 29)

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.

СУК по ISO 9001:2015 на лечебното заведение или на отделна негова структура трябва да оперира не толкова с данни от традиционни отчети за количество извършени дейности и на техни качествени нюанси, а преди всичко с анализи от вътрешните оценки на качеството извършени от представители на различни дисциплини: клиницисти, икономисти, статистик. Този подход се основава на широка гама от наблюдения, които дават 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 по ISO 9001:2015 позволява да се обедини набора от съществуващите дейности по самооценяването, периодичния вътрешен одит и проверките на лечебно-контролната комисия в единно цяло, включващо в себе си оценка и осигуряване на качество на прилаганите в лечебните заведения диагностични и лечебни технологии и системи за грижи на болните.

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



Източник: М. Michnich. Ambulatory care evaluation. L. Angeles University of California. 1976.

е

Фиг. 3. Цикличност на самооценките и вътрешните проверки.

Придържането към цикличния подход (фиг.3)-едно от основните изисквания на системите от серията ISO при оценката на качеството позволява 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 три координатната 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.

III.3. Управление на качеството на здравните услуги по превъзходния модел на European Foundation for Quality Management (EFQM – Excellence model)

В една скромна по обем, но концептуална по съдържание студия Аталай (101) съобщава, че модела за организационно съвършенство по EFQM и свързаните него други подобни модели възникват в края на 80-те години на миналия век, като развитие на философията и инструментариума на управлението чрез TQM. Основните принципи, върху които той е изграден са извлечени от практиката на водещи фирми.

През 1988 г. 14 европейски фирми създават EFQM със следните основни цели:

*да стимулира и подпомага организациите в Европа за усъвършенстване на дейностите, водещи към удовлетворяване, както на клиентите им, така и на собствените им служители;

*да подкрепя мениджърите в ускоряване на процеса за превръщане на организационното съвършенство в решаващ фактор за постигане на глобално конкурентно предимство.

По същество, подчертава същия автор, „организационното съвършенство” е системен подход към цялостно управление на

организацията, който почива на няколко фундаментални концепции и инструментариум за адаптация към променящата се среда. Това което отличава организационното съвършенство от други управленски практики е балансираната политика към заинтересованите от дейността на организацията страни, с което се повишава вероятността от дългосрочен успех, чрез политика и стратегия за въвличане на служителите и партньорите в перфектно изпълнение на основните бизнес процеси и непрекъснато усъвършенстване.

Пионери във внедряването и сертифицирането по превъзходния модел на EFQM у нас на институционално ниво са Медицинския Университет-Варна и УМБАЛ „Св. Марина“-Варна, като технология за управление на качеството на образователните и медицинските дейности (akademika.bg/2009/11-mu-varna; www.svetamarina.com).

Съгласно подробната информация, почерпена от авторитетни литературни източници (19), (20) и (100.) превъзходния 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:

- а) има определение, което точно обяснява неговото значение;
- б) притежава собствена относителна тежест в съвкупния оценъчен комплекс на модела;
- в) получава, след проведен одит, съответен брой оценъчни (бонификационни) точки, отразяващи степента на изпълнението му.

Петте критерия „предпоставки–средства“ са: лидерство; политика и стратегия; персонал на организацията; партньорство и ресурси процеси, свързани с потребителите на услугите, предоставяни от организацията

Четири критерия „резултати“ са: резултати по отношение на потребителите; резултати по отношение на персонала; резултати по отношение на обществото; ключови резултати.

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 предоставяните от него услуги.

III.4. Управление на качеството на здравните услуги по модела Plan- Do-Check-Act (PDCA) известен като „цикъл на Deming”.

Въпреки оскъдна, литературата за управление на качеството на здравните услуги по този модел, е впечатляваща със своята актуалност, акуратност и перспективна мениджърска значимост. В този смисъл заслужава внимание, както публикациите на самия Deming (16), така и на неговите български адепти в лицето на Попов и Димова (69,70).

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 цикъла на Деминг се съчета с подхода „фокус”, който в същност е предиспозиция на модела PDCA.

Подходът „фокус” включва следните етапи:

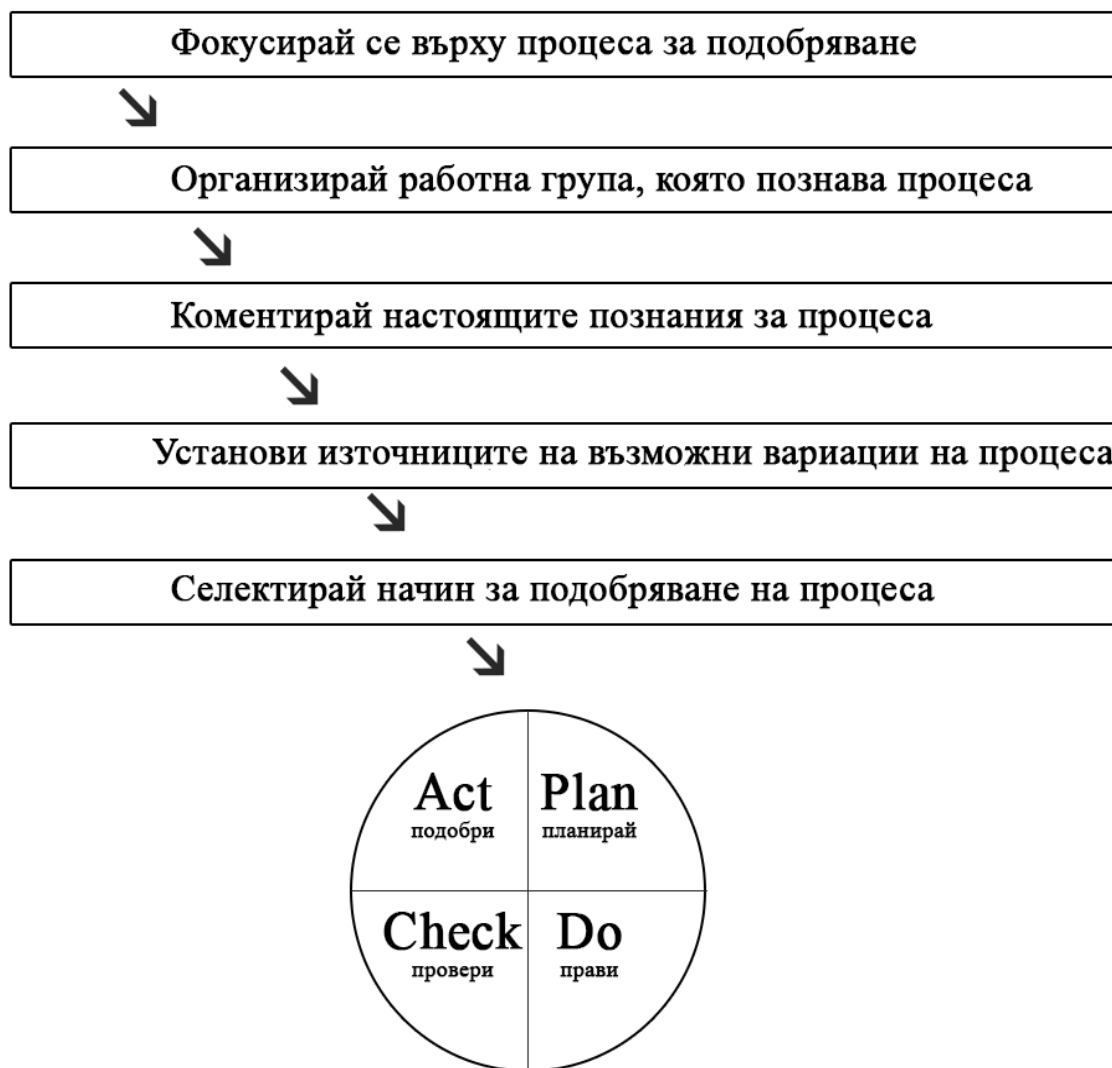
Фокусирай се върху процес за подобряване на качеството
Организирай работна група, която познава процеса
Коментирай настоящите познания за процеса
Установи източниците на възможни вариации на процеса
Селектирай начин за подобряване на процеса на качеството

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

Планирай
Прави
Провери
Подобри

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

Фокус-”Планирай-Прави-Провери-Подобри”



Фиг.4.Конфигурация на подхода „ФОКУС” с .цикъла”DEMING”(по 69)

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 посочената по-долу „мениджърска матрица“, позволяваща симетрично представяне на управленските фази с факторите на качеството.

„мениджърска матрица“ (69).

Фактори на качеството	Фази на управленския цикъл по Deming W.			
	Планиране (P)	Извършване (D)	Проверка (C)	Подобряване (A)
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 и А. Димова.

Изводи от прегледа на литературата по дисертацията на тема „Клиничен и управленски анализ на дейностите в КАИЛ за подобряване на качеството и контрола на разходите”

Прегледът на литературата по дисертационната тема за присъждане на образователна и научна степен “доктор” в обем 66 страници (в т.ч. 4 фигури и 1 таблица) обхваща 103 (101+2) литературни източници , от които 60 на латиница и 43 на кирилица .

Съдържанието на прегледа на литературата е систематизирано и се състои от три взаимно свързани раздела, включващи общо осем библиографски панели, в които се анализират публикувани концепции , съждения, обстоятелства и факти по проблеми, имащи отношение към дисертационната тема, както следва :

1. Проблемът: „*приходи/разходи*”, обуславящ необходимостта от непредубеден системен анализ на съществуващите и от проспективен системен синтез на бъдещи практики за неговото оптимално решаване в интерес, както на субектите, които финансират здравните услуги, така и на тези , които ги произвеждат. Произтичащите от диверсификацията на този проблем практики са представени в следната логическа последователност :

1.1. Практики, касаещи източниците на средства за производство на здравни услуги: социално здравно-осигурителни, бюджетни, доброволни здравно-застрахователни.

1.2. Практики, отнасящи се за определяне нивата на разходите при производството на здравни услуги и на зависимостта им от величината на брутния вътрешен продукт и паритета на покупателната способност във всяка европейска страна.;

1.3. Практики, касаещи солидарността и конкуренцията при финансирането, предоставянето и ползването на здравните услуги и тяхната връзка със здравното застраховане, данъчното облагане, социалното осигуряване и „джобните плащания”.

1.4. Реформаторски практики в системите за здравеопазване, на европейските страни, като политическа основа на стратегиите им за рационално структуриране, финансиране и контрол на разходите в лечебните заведения и нейната зависимост от стратегически значими демографски, технологични , социални фактори и новаторски инициативи за въвеждане на корпоративно управление на лечебните заведения.

Диверсификационният демарш на този библиографски панел се разпростира и върху такива важни теми, като:

а) увеличаване на средствата за финансиране на здравните услуги чрез пренасочване на такива от други пера на обществения разход, посредством увеличаване на здравно-осигурителните вноски или данъците;

б) контрол на разходите, чрез прилагане на стратегии, оказващи влияние върху търсенето и предлагането на здравни услуги ;

в) стимулиране на доброволното здравно застраховане и въвеждане на конкуренция между лечебните заведения по отношение на здравни услуги, заплащани с осигурителни или бюджетни средства;

г) контрол на разходите за материали, енергия, време и консумативи; усъвършенстване на методите за заплащане на труда на работещите в лечебната структура по правилото „според количеството, професионалната компетентност и качеството на извършените дейности“; мерки насочени към поделяне на разходите;

д) съставяне на пакети от приоритетни здравни услуги, като стратегически механизъм за рационално разпределение на средствата за тяхното финансиране и контрол на разхода.

2. Проблемът: *„управление и контрол на качеството на здравните услуги“*, включващ преглед на литературата по такива въпроси, като:

2.1. Финансиране и качествено предлагане на здравни услуги, касаещо:

а) облигатността на връзката „финансиране-качество“ в контекста на европейската инициатива “движение в полза на ефекта от лечението” ;

б) ключовите направления на рамковия периметър на проблема «финансиране-качество».

2.2. Информационното осигуряване на сложните аспекти на подходите за подобряване и устойчиво развитие на качеството на здравните услуги по трите им, формулирани от A.Donabedian, координати: структура- процеси- резултати;

2.3. Изборът на стратегии за осигуряване на качество и на тяхните измерения: непрекъснатост, способности за оценка, разграничение между вътрешни и външни одити.

3. Проблемът *„избор на модел за управление на качеството на здравните услуги“*, измежду най често използваните в световната практика такива: ”Акредитация”, ISO 9001:2015; EFQM-Excellence Model, цикъла PDCA на Deming .

Съдържанието на прегледа на литературата по дисертационната тема, неговото систематизиране и коректна интерпретация дават възможност да се направят следните по - важни изводи :

1. Популярният характер на провежданите в страните от европейския съюз реформи в системите им за здравеопазване са приоритетно насочени към контрола на разходите за здравни услуги и към мобилизиране на потенциала, с който 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 компонентите в триадата:
-„финансиране-->контрол на разходите-->качество”.
3. 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 въвеждане на корпоративна форма на управление в лечебния сектор на здравеопазването (публично-частно партньорство).
4. Мерките за контрол на разходите, както и тези за подобряване и устойчиво развитие на качеството в клиничните структури на лечебните заведения трябва да се планират, реализират и оценяват при отчитане на факта, че тези структури не са затворени „в себе си” системи , а такива които са подложена на постоянно въздействие от множество динамично променящи се фактори (демографски, технологични , културни , политически, организационни-новаторски и др.), влияещи пряко на величината и структурната характеристика на пациентите потоци и на ограниченията, налагани от социално-икономически ситуации.
5. Управлението на качеството в съвременното лечебно заведение или в негова клинична структура трябва да се основава на три съществени изисквания: непрекъснатост, способности за оценка, разграничение 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) качество на дейностите (процесите), използвани при производството на здравната услуга;
 - в) качество на резултатите от оказаната здравна услуга .
6. 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 изпълнителска верига на болничната клинична структура: „началник на клиничната структура-->старша медицинска сестра--> лекари --> професионалисти по здравни грижи--> помощен персонал “.

7. Все по-сложният характер на здравните услуги се отразява в голяма степен, както на тяхната конфигурация и на начините на предоставянето им, така и на градиента им за качество .

8. Ефективното управление на качеството в съвременно лечебно заведение, или в негова клинична структура изисква наличие на надежден механизъм за контрол върху разходите за производство на здравни услуги в т.ч. и за осъвременяване на разходите за заплащане на труда на техния персонал чрез налагане на формулата „според количеството, професионалната компетентност, сложността и качеството на извършените дейности“.

9. В Европейското здравеопазно пространство са на лице 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.

10. Основните принципи на стратегията за подобряване и устойчиво развитие на качеството в съвременно лечебно заведение, или в негова клинична структура могат да бъдат реализирани чрез внедряване на някоя от световно утвърдените системи за управление на качеството: ISO 9001:2015 (вкл. ISO 9001:2015 for healthcare), Европейската програма за управление на качеството EFQM-excellence model, цикъла на Деминг PDCA, Акредитацията.

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

1. РАБОТНА ХИПОТЕЗА НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

Ядро на работната хипотеза на изследването са недостатъчно проучените съществени проблеми на управлението и контрола на разходите и на качеството на медицинските дейности в клиника по анестезиология и интензивно лечение, и на възможните подходи за тяхното решаване.

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

- 1.1 всяка добре промислена мениджърска изява на микро институционално ниво (клиника) в болничния сектор на здравеопазването за усъвършенстване на контрола върху разходите при производството на здравни услуги и за подобряване на тяхното качество е локална проекция на едно от главните направления на интегрираната „Национална здравна стратегия 2014-2020” 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 относителния дял от обществения здравен финансов ресурс за развитие на системното клинично направление „анестезиология и интензивно лечение” е предпоставка за изоставане от европейските стандарти за качество на произвежданите от него здравни услуги и е кризисна за здравето и живота на пациенти с тежко протичащи заболявания и травматични увреждания;
- 1.3 недостатъчното финансово осигуряване на анестезиологичните и интензивните лечебни услуги, липсата на съвременна методика за контрол на разходите, свързани с тяхното производство, незадълбоченият анализ на индикаторите, характеризиращи тяхното качество, както и незадоволителния професионален дебат за дългосрочните приоритети и цели на реформата в системното клинично направление „анестезиология и интензивно лечение” са причина за

зараждащият се професионално-съсловен песимизъм към нейното осъществяване;

- 1.4 действащият модел за смесено (социално здравно осигурително + бюджетно) финансиране на услугите произведени от структурите по анестезиология и интензивно лечение и произтичащите от него смесени подходи за перспективното им програмиране и ретроспективно заплащане води до некоординираност на държавния, здравно осигурителния и професионално-съсловния контрол върху качествените еквиваленти на разходвания за тях съвкупен финансов ресурс
- 1.5 повърхностните разчети за потребностите на населението от качествени анестезни и интензивни лечебни услуги, както и финансовите бариери, пред които се изправят регламентирания от Закона договарящи се страни са причина за подценяването им в ежегодните Национални рамкови договори и в индивидуалните такива с техните изпълнители;
- 1.6 липсата на стабилна стратегическа визия за усъвършенстване на управлението, контрола на разходите и качеството на дейностите в структурите по анестезиология и интензивно лечение е причина за честата промяна на приоритетите под влияние на конюнктурни политически и корпоративни интереси и за непрекъснатата еквилибристика от страна на Министерството на здравеопазването, Националната здравно осигурителна каса и съсловната организация на лекарите в хода на тяхното реформиране;
- 1.7 субекти на качеството на анестезните и интензивните лечебни услуги са: лекарят (носител на съответна компетентност и притежаващ професионален еталон за качество) и пациента-потребител (или друго заинтересовано лице) на тези услуги, който също носи своя специфична компетентност и потребителски еталон за качество;
- 1.8 избраният модел за управление на качеството на анестезиологичните и интензивните лечебни дейности трябва да отговаря на изискванията за компетентност и капацитет за да въздейства върху неговите фактори и да осигурява системен мониторинг върху динамиката му в съвременна структура по анестезиология и интензивно лечение.

2. ЦЕЛ И ЗАДАЧИ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

Настоящото изследване на чуждестранните и българските практики за управление и контрол на разходите и качеството на анестезиологичните и интензивните лечебни дейности в условията на хроничен недостиг на публичен финансов ресурс е предназначено да подпомогне ръководствата на лечебните заведения и началниците на влизащите в състава им структури по анестезиология и интензивно лечение 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.

2.1 целта на настоящото изследване е да съставя концептуална рамка и работен модел на ефективна технология за управление и контрол на разходите и на качеството на дейностите в клиника по анестезиология и интензивно лечение, която да отговаря на:

- а) европейските тенденции и стандарти за управление на качеството на здравните услуги ;
- б) настоящото състояние на нейния човешки, финансов, технологичен и информационен ресурс;
- в) етапното ѝ развитие в средносрочен и дългосрочен план;

2.2 във връзка с постигането на тази цел си поставих следните изследователски задачи:

- а) да изуча международните практики за контрол на разходите и за системно наблюдение, оценяване, управление и устойчиво развитие на качеството в клиничните структури на лечебните заведения за болнична помощ;
- б) да изуча и анализирам факторите, оказващи влияние върху всеки компонент от триадата „финансиране---> контрол на разходите --->качество на анестезиологичните и интензивните лечебни дейности”, обуславящи удовлетвореността на пациентите от оказаната им медицинска помощ в клиниката по анестезиология и интензивно лечение при УМБАЛ „Св. Анна”
- в) да изуча и анализирам мнението на лекарите и на специалистите по здравни грижи, относно необходимостта от внедряване на основаващ се на научни доказателства модел за контрол на разходите и управление на качеството на произвеждащите се в клиниката здравни услуги;

- г) да установя доколко интегритета на клаузите на медицинския стандарт по анестезиология и интензивно лечение зависи от внедрения в клиниката модел за управление на тяхното качество;
- д) да подчертая облигатността на връзката между качеството на човешките и материалните ресурси, предлагането на качествени анестезиологични и интензивни лечебни услуги и произтичащите от това задължения на вътрешния одит на качеството в клиниката;
- е) да разработя програма за организация и управление на качеството в клиниката, ползвайки смисловата конструкция на превъзходния модел на Европейската Фондация за Управление на Качеството (EFQM-Excellence model)

3. ОБЕКТ И ПРЕДМЕТ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО.

- 3.1 *Обект на изследването* съгласно логиката на работната хипотеза, целите и задачите на същото е управлението на несъответствията на компонентите от триадата „финансиране--->контрол на разхода--->качество на анестезиите и интензивните лечебни дейности ”.
- 3.2 *Предметът на изследването* включва критериите, изграждащи цялостната конструкция на модела за:
 - а) контрол на разходите в клиниката;
 - б) управление на качеството в клиниката, близко до смисловото съдържание и структурната конфигурация на EFQM Excellence model-a.
- 3.3. Единици на изследването са:
 - а) фиксирани, полуфиксирани и променливите разходи в клиниката ;
 - б) деветте критерия (5 „предпоставки-средства” и 4 „резултати”) за оценка на качеството на дейностите в клиниката.

4. МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

- 4.1 *Материалите, върху които ще се проведе изследването* са значителни по обем и обхващат съществените проблеми на организацията и управлението на разходите и качеството на дейностите в здравеопазването. Същите условно могат да се окомплектуват в четири пакета:

а) *Чуждестранни и български литературни източници.* Това са публикувани статии, монографии, реферати и ръководства, в които се разглеждат въпроси по организацията и управлението на разходите и качеството в здравеопазването изобщо, и в частност – на способите за тяхното теоретично осмисляне и практическо приложение в съвременен 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 финансирането контрола на разходите и 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 лекарите по дентална медицина, Закон за съсловната организация на професионалистите по здравни грижи, Наредба № 13/1996 год. на МЗ за определяне на индивидуалните работни заплати на висшия персонал в здравеопазването, Наредби №1/2000 г. и №18/2005 г. на МЗ за критериите, показателите и методиката за акредитация на лечебни заведения, Наредби на МЗ за утвърждаване на медицински стандарти и други.

г) *Български документални материали:* национални здравни стратегии от 1997, 2001, 2008 и 2014 година; Национална стратегическа рамка за развитие на здравеопазването и подобряване здравето на нацията от 2012 година, Концепция „Цели за здраве 2020”, годишни отчети на министъра на здравеопазването за състоянието на здравето на гражданите, статистически сборници на НСИ и НЦОЗА и др.

4.2 *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 лекарите и специалистите по здравни грижи в клиниката „анестезиология и интензивно лечение” при УМБАЛ „Св. Анна” АД и на институциализирани потребители на нейните услуги по проблеми, съотнесими към дисертационната тема;

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, в това число и графики на индикаторите, образуващи съставните индекси.

г) логическо моделиране с цел създаване на моделни конструкции за:

*контрол на разходите в КАИЛ, съобразно тяхната „флексибилност” (фиксирана, полуфиксирана, променлива) и принадлежността им към структурните елементи на действащата в страната сметководна класификация;

*управление на качеството на дейностите в КАИЛ и зависимостта на същото от ресурсния, квалификационния и морално-волевия капацитет на нейния човешки капитал;

*усъвършенствана организация на работната заплата в КАИЛ, отчитаща количеството, професионалната компетентност, сложността и качеството на извършваните медицински и мениджърски дейности.

РАЗДЕЛ ТРЕТИ.

РЕЗУЛТАТИ ОТ ПРОВЕДЕНОТО ИЗСЛЕДВАНЕ

1. КОНТЕКСТУАЛЕН КЛИНИЧЕН И УПРАВЛЕНСКИ АНАЛИЗ НА ФАКТОРИТЕ, ОКАЗВАЩИ ВЛИЯНИЕ НА ПРОБЛЕМИТЕ-ОБЕКТ НА ДИСЕРТАЦИОННОТО ИЗСЛЕДВАНЕ.

1.А. АНАЛИЗ НА ЗДРАВНО-ПОЛИТИЧЕСКИЯ ПОРТФЕЙЛ НА КЛИНИЧНОТО РЪКОВОДСТВО

Клиничният и управленски анализ на дейностите в КАИЛ бе проведен в съответствие с :

- *провежданата от ръководството на болницата политика за реформа в нейната структура, функции, организация на дейностите и финансиране, в контекста на актуализираната стратегическа рамка за развитие на здравеопазването в България;
- *изискванията на медицинския стандарт в сферата на анестезиологията и интензивното лечение;
- *заимствани от публикувани в български, европейски и северно-американски литературни източници идеи и практики за болничен и клиничен мениджмънт на разходите и качеството на здравните услуги.

Съдържащите се в дисертационната програма приоритети, цели и задачи фокусираха вниманието на ръководството на клиниката и това на лекарите, стационарните и анестезиологичните медицински сестри към програмирана диверсификация на „съпричастността” им, т.е. на правата, задълженията и отговорностите им в контрола на разходите при осъществяването в клиниката диагностични, лечебни и образователни дейности и към устойчиво развитие на тяхното качество.

Анализа на концептуалните ориентири на здравно-политическия портфейл на клиничното ръководство бе съобразен с императивната разпоредба на чл.чл. 69, 70 и 71 от Закона за лечебните заведения и е систематизирани съгласно изискванията на класическия мениджърски подход за изготвяне на такъв род документи, в следния порядък: мисия, визия, цели и задачи.

1.А.1. МИСИЯТА на Клиниката по анестезиология и интензивно лечение е да осъществява своевременни и качествени анестезни и интензивни лечебни услуги, клинично обучение на студенти и лекари-специалисти и разработване на научно-приложна проблематика по ясно дефинирани медико-професионални образователни и научни критерии, при съчетаване на медицинските стандарти, академичната самостоятелност и отговорността пред пациентите, професионалната общност и държавата.

Дисертационното изследване потвърди, че опорни точки на така формулираната мисия на клиниката са:

- достиженията на медицинската наука и практика в областта на анестезиологията и интензивното лечение;
- най-новите световни и национални тенденции за усъвършенстване на болничния икономически и клиничен мениджмънт;

- значимостта на анестезиологията и интензивното лечение, като система от здравни услуги и интегрирани грижи за пациенти, чийто здравни проблеми не могат да се решат в други болнични структури за активно или продължително лечение, в амбулаторни или домашни условия;
- уникалността на анестезните и интензивно-лечебните дейности по отношение на всеки болен и индивидуалните професионални способности които трябва да притежават всички специалисти ангажирани в тяхното оказване.

1.A.2.. ВИЗИЯТА на клиниката по анестезиология и интензивно лечение е да утвърждава своята роля на медицинска, образователна и научна новаторска болнична структура с национална значимост.

Установено бе, че главни координати на така формулираната визия на клиниката са:

- разбирането за подобряване на икономическите и качествените параметри на процесите, произтичащи от предмета на нейната дейност, с оглед оптимизиране на отношението разход/полза в рамките на „разумната достатъчност“;
- стремежът клиниката да изпълнява своята комплексна диагностична, лечебна, образователна и научна -приложна дейност на равнището на добрите национални и европейски практики в развитието и управлението на болничните структури в интерес и полза за здравето на пациентите и жизнените цели на обществото;
- намерението за участие на клиниката в разработването и апробирането на проекти, стратегии и политики за развитие на българската анестезиология и интензивно лечение;
- амбицията клиниката да заеме престижна позиция в системното клинично направление „анестезиология и интензивно лечение“ в страната и да генерира ключови проекти за внедряване на съвременни анестезни и интензивни лечебни технологии.

1.A.3. Констатирано бе, че ОСНОВНАТА ЦЕЛ на Клиниката по анестезиология и интензивно лечение е:

- да определи и посрещне по най-добрия начин потребностите на обществото от болнични услуги в рамките на установените в предмета на нейната дейност функции;
- да постигне конкуриращо предимство на целевите пазари за болнични услуги и да направи това по ефективен и лоялен начин.

Ефективността от реализирането на така формулираната основна цел на Клиниката по анестезиология и интензивно лечение намира израз в:

- развитието на осъществяваната от нея дейност в съответствие с изискванията на едноименния медицински стандарт за ресурсно

осигуряване и с критериите на превъзходния модел на Европейската Фондация за Управление на Качеството (EFQM-Excellence model);

- заемане на престижна позиция на пазара за здравни услуги в страната чрез адекватен отговор на потребностите от висококвалифицирани анестезиологични и интензивни лечебни услуги;
- интегриране по достойнство в европейското болнично медицинско пространство и доближаване до изискванията на най-добрите стандарти за качество в областта на анестезиологията и интензивното лечение;
- целенасочено участие в изпълнението на приоритетите и целите на Националната здравна стратегия и на задачите в нейния „екшън план“, имащи отношение към анестезиологичната и интензивната-лечебна практика.

Един от важните изводи от този анализ е, че устойчивостта на развитието в цялостната изява на способностите на Клиниката по анестезиология и интензивно лечение при УМБАЛ „Св. Анна“ през следващите години изисква оптимизиране, в съответствие с нормативно определения медицински стандарт на:

- условията и средствата, в които и с които се оказват болничните услуги, съдържащи се в нейните диагностични и лечебни портфейли;
- процесите, чрез които се предоставят болничните услуги, съгласно изискванията на клиничните пътеки, клиничните протоколи, диагностично-терапевтичните алгоритми и протоколите за добри сестрински грижи;
- резултатите от контрола на разходите и управлението на качеството на анестезиологичните и интензивните лечебни услуги, изразени със съответните икономически и здравни индикатори за „успеваемост“.

Изборът на подходящи управленски интервенции за подобряване и устойчиво развитие на дейностите, които клиниката ще осъществява през следващите години, както и степента до която те могат да бъдат адаптирани във всяка нейна секторна структура ще се влияят от такива фактори, като: диверсификационния спектър на предмета на медицинската ѝ дейност; видът и съдържанието на нейната образователна и научно-приложна дейност, човешкият капитал и финансовите и технологичните ресурси, с които тя разполага.

Посочените обстоятелства, новаторското и предприемаческото поведение на специалистите в клиниката и създаването на условия за творческа изява на най-инициативните от тях, изграждането на устойчиво партньорство с други клиници в УМБАЛ „Св. Анна“ и с реномирани структури по анестезиология и интензивно лечение в страната и чужбина, въвеждането на съвременни управленски технологии и утвърждаването на новаторска организация в структурирането на дейностите ще осигурят не само директни ползи на клиниката през следващите години, но ще бъдат и

важен принос към изпълнението на формулираните в Програмата за развитие и управление на болницата задачи.

Подробно обосноваването на основна цел за развитие и дейност на клиниката по анестезиология и интензивно лечение ще бъде постигната през следващите години чрез декомпозирането ѝ на следните, реално осъществими в организационен и професионално-медицински контекст подцели и задачи.

1.А.3.1. ПЪРВА ПОДЦЕЛ: Предоставяне на достъпни, своевременни, комплексни и качествени диагностични изследвания и лечебна помощ на потребителите на съдържащите се в предмета на дейност на клиниката здравни услуги, чрез реализиране на следните задачи:

***осъществяване на своевременни и комплексни изследвания за:**
ранно откриване на: нагласа за възникване на нарушения в дихателната, сърдечно-съдовата, ендокринно-обменната и имуно-реактивната функции на пациента, дължащи се на генетични и други фактори на вътрешната среда; продромни за поява на кардио-пулмонален, ендокринно-обменен или централно-мозъчен „арест“; алергичен отговор спрямо различни видове анестезни средства.

***своевременна диагностика** на възникнали нарушения на жизнено важни функции на пациента под въздействието (самостоятелно или комбинирано) на травматични, термични, токсични, микробни, алергогенни и други фактори от външно естество, както и на такива, породени от структурни промени или функционални отклонения в дейността на различни анатомични органи и системи.

***прилагане (под егидата на авангардни апаратни комплекси за надежден контрол на жизнено важни функции) на съвременни анестезиологични технологии при хирургични, ендоскопски и др., изискващи обезболяване, интервенции:**

- *ендотрахеални;*
- *комбинирани(ендотрахеални+регионални);*
- *епидурални;*
- *спинални-спинални-регионални блокове под УЗД контрол и ел. стимулатор;*
- *TIVA;*
- *i.v.седация и мониторинг;*
- *постоперативно обезболяване-ПКА;*
- *въвеждане на PICCO монитор, невромониторинг (интракраниално налягане, мозъчна оксигенация и перфузия, BIS, EEG);*
- *решаване на проблема “трудна интубация” в операционна зала и в структурата за интензивно лечение;*

- отвикване от апаратна вентилация чрез *Smart Care* модул;
- други.

***интензивно наблюдение и лечение** на пациенти в след анестезията и след операционния (след инвазивния) период в срок специфичен за всеки отделен казус.

***извършване на ресусцитационни мероприятия** на пациенти с „арест“ на жизнено важни функции.

1.А.3.2. ВТОРА ПОДЦЕЛ: Постигане на устойчиво развитие на качеството на човешкия капитал, материалната база и икономическите параметри на клиниката и на способите за тяхното управление, чрез реализиране на следните задачи:

***осъществяване на устойчива дългосрочна финансова стабилизация** на клиниката чрез подобряване на ролевата ѝ функция в комплексното изпълнение на договорите между УМБАЛ „Св.Анна“ АД-София от една страна и НЗОК и доброволни здравно застрахователни фондове - от друга.

***провеждане на политика за целесъобразно разходване на средствата** чрез методите, инструментариума и контролните механизми на съвременния икономически (в т.ч. финансов) мениджмънт, с оглед минимизиране на отношението разход/медицинска ефективност в рамките на „разумната целесъобразност“.

***разработване и представяне на болничното ръководство на предложения за инвестиране** в авангардни образци апаратура, техника и инструментариум, необходими за изпълнението на клаузите на медицинския стандарт за качество на анестезиологичната и интензивната лечебна дейност.

***изграждане на широка мрежа взаимноизгодни отношения** с центрове за спешна медицинска помощ и болнични заведения за активно лечение за оказване на методична и консултативна диагностично-лечебна помощ.

***съставяне и въвеждане в действие на вътрешни правила за организация на трудовите възнаграждения** и допълнителни материални стимули в клиниката на основата на правилото „според количеството, професионалната компетентност, сложността и качеството на извършените дейности.“

1.А.3.3. ТРЕТА ПОДЦЕЛ: Усъвършенстване дейността на клиниката по клиничното обучение на студенти от Медицинския факултет при Медицинския университет-София, както и :

***изпълнение на образователни програми** на лекари-специализанти, съответстващи на изискванията на Наредба №1 от 2015 год. на Министерството на здравеопазването за придобиване на

специалност и чрез използвани на учебни софтуерни продукти на водещи в страната университетски клиники по анестезиология и интензивно лечение.

***преориентиране на научно-приложната дейност** към екипно изучаване на резултатите от внедрените в клиниката клинични протоколи (стандарти) за диагностика, лечение и интегрирани грижи на болните, както и към изучаване на причинните фактори за високата честота на заявките за оказване на интензивни лечебни (в т.ч. ресусцитационни) мероприятия.

Необходимо е да се подчертае, че цялата последователност от действия за успешно решаване на посочените задачи е подчинена на новаторската мениджърска идея за трансформиране на многоликата и сложна функция на клиниката от „система за декретирано търсене” в „система за коректно професионално качествено предлагане” на съдържащите се в нейните продуктови портфейли диагностични, лечебни, образователно-квалификационни и научно-приложни услуги

1.Б. АНАЛИЗ НА ПРЕДМЕТА НА ДЕЙНОСТ, УСТРОЙСТВОТО, УПРАВЛЕНИЕТО И ОРГАНИЗАЦИЯТА НА ВЪТРЕШНИЯ РЕД НА КЛИНИКАТА ПО АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И ИНТЕНЗИВНО ЛЕЧЕНИЕ.

1.Б.1. ПРЕДМЕТЪТ НА ДЕЙНОСТ, на Клиниката по анестезиология и интензивно лечение е представен изчерпателно в преследваните от нея цели и задачи, надлежно описани в анализа на здравно-политическия портфейл на клиничното ѝ ръководство.

Широко разгънатото предметно портфолио на клиниката, изпълнявано от медицински специалисти с висок професионален градиент му придава облик на една от водещите в страната болнични структури за анестезиологични и интензивни лечебни услуги.

1.Б.2. ОРГАНИЗАЦИОННА СТРУКТУРА

Клиниката по анестезиология и интензивно лечение е интегрална част на УМБАЛ „Св.Анна”АД-София. Нейната организационна структура е определена със заповед на Изпълнителния директор на болницата. Тя позволява да се осъществяват безпроблемно посочените в предмета на дейността ѝ диагностични, лечебни, образователни и научни продуктови портфейли.

В организационно-структурен план Клиниката по анестезиология и интензивно лечение се състои от:

***.Консултативно-диагностична структура „кабинет за преданестезиологични консултации”** в който след интервю с пациента, физикален преглед и задълбочен анализ на извършени клинично-лабораторни, образно-диагностични, функционални и алергични изследвания се определя степента на анестезния риск по ASA.

***Стационарни структури**

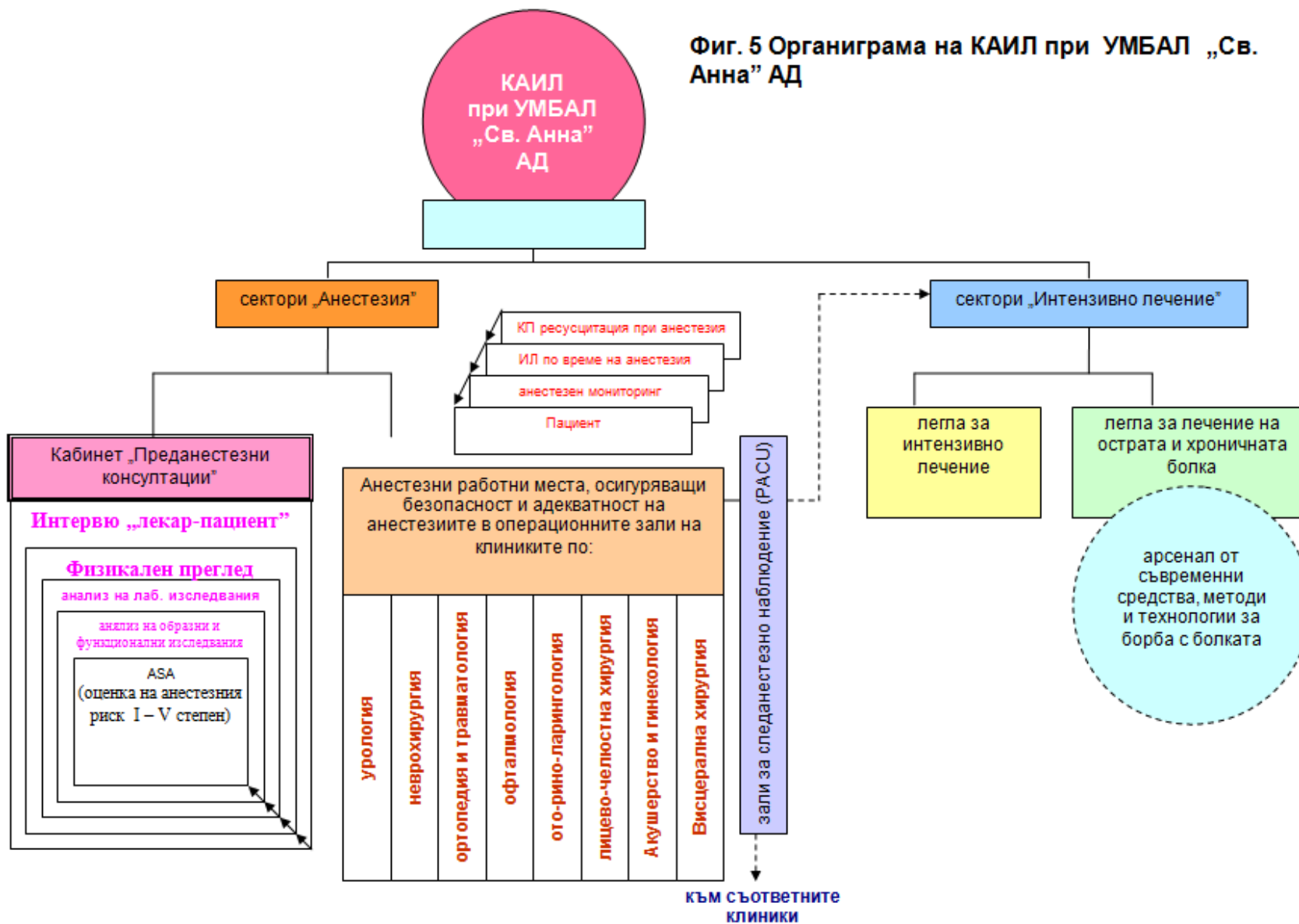
а) сектор „анестезиологичен” с анестезни работни места (анестезни зони) в операционните зали на клиниките по висцерална хирургия, акушерство и гинекология, неврохирургия, урология, ортопедия и травматология, лицево-челюстна хирургия, офталмология и ото-рино-ларингология;

б) сектор „интензивно лечение” с легла и с апаратурно-инсталационна съоръженост, съгласно клаузите на медицинския стандарт.

Структурният конгломерат (органиграма) на Клиниката по анестезиология и интензивно лечение е показан на фиг.5. По всяка вероятност той ще се нуждае от обсъждане с оглед оптимизирането му, както във вътрешно клиничен, така и във вътрешно болничен контекст.

Това ще позволи да се формулират решения, насочени към по пълно оползотворяване на материално-техническите и кадровите й възможности и повишаване на рентабилността и качеството на извършващите се нея медицински, образователни и научни дейности.

Фиг. 5 Органиграма на КАИЛ при УМБАЛ „Св. Анна” АД



1.Б.3. УПРАВЛЕНИЕ И УПРАВЛЕНСКА СТРУКТУРА НА КЛИНИКАТА ПО АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И ИНТЕНЗИВНО ЛЕЧЕНИЕ.

Управлението на клиниката е субординирано на управлението на болницата. То се упражнява по ред и начин в съответствие с разпоредбите на Закона за лечебните заведения. В този смисъл ръководството на клиниката:

- а) предлага на Изпълнителния директор и дава съгласие за назначаването и освобождаването на кадрите в клиниката;
- б) планира, организира, контролира и отговаря за цялостната медицинска дейност на клиниката;
- в) отговаря за икономическата ефективност на клиниката;
- г) отговаря за информационната дейност на клиниката;
- д) подпомага Ръководителя на катедрата по анестезиология и интензивно лечение при Медицинския университет-София при планирането, организирането и изпълнението на програмните задачи, касаещи учебния процес със студенти и следдипломното обучение на лекари-специализанти;
- е) създава условия за изпълнение на научни програми на УМБАЛ „Св. Анна” в клиниката;
- ж) отчита своята дейност пред Изпълнителния директор на болницата.

При упражняване на предоставените му от Закона правомощия ръководителя на клиниката се подпомага от отговарящите за секторите „анестезиология” и „интензивно лечение”, отговорниците на болничните операционни блокове, (посочени в органиграмата на фиг.5) и старшите медицински сестри на двата сектора. Особено важни в случая са правомощията на двете старши медицински сестри на клиниката, разписани в длъжностните им характеристики или делегирани им от главната медицинска сестра на болницата, състоящи се в :

- организиране, ръководство и контрол върху качеството на интегрираните сестрински грижи на болните в клиниката;
- ежедневен контрол върху хигиенното състояние на клиниката и върху изпълнението на дезинфекционната програма;
- планиране и организиране на следдипломното обучение на медицинските сестри;
- периодично представяне на ръководството на клиниката информация за изпълнението на протоколите и техническите фишове за добри сестрински грижи в сектора „интензивно лечение”, операционните зали, залата за след анестезно

наблюдение (PACU) и в пред анестезния консултативен кабинет.

Периодично, не по рядко от един път месечно, ръководството на клиниката организира административни колегииуми с участието на всички лекари и старши медицински сестри, на които се обсъждат въпроси, отнасящи се до качествените аспекти на диагностично-лечебната дейност, грижите за болните и изпълнението на учебните и научни програми.

Дисертационното изследване установи, че посочената конструкция на управлението на клиниката по анестезиология и интензивно лечение и на управленските компетенции на ангажираните в него лица:

- спомага за разпределението на отговорностите при формирането, организирането, координирането, изпълнението и оценката на резултатите от програмните и оперативни решения в медицински, икономически, клинично-образователен и научно-приложен контекст;
- въвлича в руслото на т. нар. „*споделена отговорност*” всички лица от организационно-управленската пирамида на клиниката (началник и зам. началник, отговорници на секторите „анестезиологичен” и „интензивно лечебен”, ст. мед. сестри) при изпълнение на задачите за подобряване и устойчиво развитие на качеството на диагностичните, лечебните, образователните, научните дейности и грижите за болните;
- участва в провеждането на взискателен контрол на разходите по отделни клинични звена и дейности с оглед тяхното рационално минимизиране.

Извършеният контекстуален управленски анализ обаче показва, че наред с многото положителни страни така конструираната система за управление на клиниката по анестезиология и интензивно лечение съдържа и следните недостатъци:

- не катализира в необходимата степен въвеждането на мотивиращи, свързани с крайните резултати, схеми за работа в клиниката;
- стимулира „затварянето” на някои клинични структури и „нежното” им опониране към управленчески, продуктови и технологични иновации;
- затруднява ускореното въвеждане на иновативни проекти за управление и устойчиво развитие на качеството.

Налага се следователно, при отчитане на тези имплицитни за управленската конструкция на клиниката препятствия, да се поставят на дневен ред следните акценти:

- подобряване на информационно-аналитичната дейност с оглед подготовка на ефективни оперативни и програмни решения;
- разработване и внедряване на съвременен управленски модел за контрол на разходите и за подобряване и устойчиво развитие на качеството, съобразен с принципите на науките „икономика на здравеопазването” и „медицинска квалитология”;
- провеждането на информационни кампании, съвместно с пациентски организации с цел мобилизирани на обществени сили и средства за подпомагане на клиниката с финансови средства, апаратура и медицински консумативи.

1.Б.4. ВЪТРЕШЕН ОБМЕН НА НА ИНФОРМАЦИЯТА В КЛИНИКАТА ПО АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И ИНТЕНЗИВНО ЛЕЧЕНИЕ.

Ръководството на КАИЛ е създадо условия за добри организационни и междуличностни комуникации, за да могат нейните ръководни и изпълнителски кадри да си съобщават факти, чувства и отношения, когато решават проблеми, произтичащи от Управленския модел за контрол на разходите и подобряване качеството на дейностите.

Установените в клиниката канали и методи за организационна комуникация трасират протичащата в нея информация в два основни потока: вертикален („отгоре-надолу” и „отдолу-нагоре”) и хоризонтален .

А Комуникационният поток „отгоре надолу”(фиг.5.А.), т.е. от ръководител към подчинени има за цел:

* да даде специфични нареждания и инструкции, свързани със изпълнението на задачи по подобряване на качеството;

* да предостави информация за организационните процедури, които трябва да се съблюдават при изпълнението на задачите;

* да даде известна информация за смисъла на работата, която трябва да се извърши;

* да разкаже на изпълнителските кадри какви са резултатите от тяхната работа в контекста на политиката за контрол на разходите и подобряване качеството на дейностите.

Обикновено по комуникационния канал „отгоре надолу” ръководството предоставя на служителите такива писмени документи като: нормативно уредени изисквания за качество на здравните услуги (медицински стандарти, акредитационни критерии и показатели); административни и технико-технологични документи, свързани с

безопасността на пациентите и служителите и с правилата за работа с апаратурата; копия от длъжностни характеристики и др. Ръководството на клиниката отчита, че информацията предавана по комуникационният канал „отгоре надолу” трябва да бъде дозирана по обем, честота и интензивност и същевременно да бъде предоставена на ясен и разбираем език, тъй като пренастищането с информация може да доведе до нейното пренебрегване или неразбиране.

Б. *Комуникационният поток „отдолу нагоре”*, т.е. от подчинените към ръководителя има за цел да предостави на ръководителите на различните равнища в управленческата структура на клиниката такава и толкова по вид и обем информация, каквато им е необходима за по-пълно изясняване на проблемите, свързани с контрола на разходите и качеството на дейностите с цел предприемане на адекватни по време и място мениджърски действия за тяхното решаване.

Използваните в клиниката методи за организационна комуникация „отдолу нагоре” са много, но главният от тях е този, който кореспондира с особеностите на управленската структура на КАИЛ (фиг.5.А.).



Фиг.5.А. Комуникационен поток в посока „отдолу-нагоре” и „отгоре-надолу“, следващ йерархичността на управленската структура на КАИЛ.

В този комуникационен поток ръководството на КАИЛ е включило следни задължителни компоненти:

* *Процедура за оплаквания*, даваща възможност на всеки служител да се оплаче от произволните действия на непосредствения му ръководител и особено такива, нанасящи вреди на качеството на здравните услуги (несъблюдаване изискванията на медицинските стандарти, подценяване на правилата за борба с вътреболничните инфекции, насаждане на недоверие към вътрешните одиторски процедури за акредитационно съответствие и др.)

* *Политика на отворената врата*, даваща възможност на всеки, или на група служители да предложат на непосредственият си началник свои виждания за подобряване качеството на здравните услуги. Особено полезни в случая се оказаха създадените в клиниката неформални „качествени кръгове”, дейността на които схематично е показана на фиг. 1 в раздел „литературен обзор“ т. II.2.

* *Съвещания и интервюта*, организирани от определеното от ръководството на клиниката лице, отговарящо за вътрешното одитиране, на които служителите на болницата могат да предлагат за обсъждане свои виждания и препоръки за подобряване качеството на здравните услуги. Паралелно с това особено полезни са и обсъжданията на проблеми по качеството на разширени заседания на общоболничните съвети и комисии с контролни и консултативни функции (Лечебно контролна комисия, Комисия за борба с вътреболничните инфекции, на Съвет по здравни грижи, на Комисия по лекарствена политика и др.)

В. Хоризонтални комуникационни потоци между специалистите от КАИЛ и тези от другите болнични структури на УМБАЛ „Св. Анна“ (клиники, отделения, лаборатории, административно-стопански служби, болнична аптека и др.). Те се осъществяват посредством регулярно провеждани клиничко-образно диагностични, клиничко-медицински лабораторни, клиничко-микробиологични, клиничко-патоанатомични и клиничко-фармакологични срещи, на които в колегиална атмосфера се създават възможности на непосредствените изпълнители на анестезните и интензивните лечебни дейности да координират действията си по изпълнението на целите и задачите, произтичащи от Управленския модел за контрол на разходите и подобряване качеството в КАИЛ.

Отчитайки, че понякога хоризонталните комуникационни методи могат да породят проблеми, свързани с пресичането на линиите на установената в клиниката иерархична управленска структура ръководството ѝ е препоръчало:

* преди да се предприеме хоризонтална комуникация да се уведоми вишестоящия ръководител;

* ако има някакви значими резултати от проведената кръстосана хоризонтална комуникация, да се информира вишестоящия ръководител.

2. КЛИНИЧЕН ИНФОРМАЦИОННО-СТАТИСТИЧЕСКИ АНАЛИЗ НА ФАКТОРИТЕ НА СРЕДАТА, В КОЯТО ЩЕ СЕ РЕАЛИЗИРА МОДЕЛА ЗА КОНТРОЛ НА РАЗХОДИТЕ И ПОДОБРЯВАНЕ КАЧЕСТВОТО НА ДЕЙНОСТИТЕ В КЛИНИКАТА ПО АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И ИНТЕНЗИВНО ЛЕЧЕНИЕ

Дисертационното изследване показва, че перспективата клиниката по анестезиология и интензивно лечение при УМБАЛ „Св. Анна“ да заеме стабилна позиция в регионалната институционална структура на анестезиологичната и интензивната лечебна помощ в ще се определя в значителна степен от умението на ръководството ѝ да подлага на коректен системен анализ факторите, които оказват влияние върху количествените и качествени параметри на нейните дейности и на резултатите от тях.

2.А. АНАЛИЗ НА СОЦИАЛНИТЕ, ТЕХНОЛОГИЧНИТЕ, ИКОНОМИЧЕСКИТЕ И ПОЛИТИЧЕСКИТЕ ФАКТОРИ (STEP analysis)

Анализът на комплекса от:

социалните	S	ocial
технологичните	T	echnological
икономическите	E	conomic
политическите	P	olitical

фактори (STEP–анализ) дава възможност за по-пълна оценка на въздействието на средата върху развитието и дейността на клиниката и на възможностите ѝ за устойчивост в професионално–медицински, ресурсен, хуманитарен и етичен план.

Какво показва STEP анализа при проведеното дисертационно изследване?

***Социален фактор**

Социалният фактор, по-специално динамиката на здравно-демографските процеси и социо-културния статус на населението, оказва съществено влияние върху количествените и качествени параметри на клиничната дейност. На фона на незадоволителния общ здравен статус на

населението (висока обща заболяемост, висока обща смъртност) са на лице повишени комплексни потребности на „масовия“ пациент от достъпна и своєвременна комплексна болнична помощ. Често срещаното се отсъствие на условия за провеждане на интензивно лечение в другите клинични болнични структури е причина за наличие на значителни групи потенциални потребители на услугите, съдържащи се в продуктовите портфейли на клиниката по анестезиология и интензивно лечение.

***Технологичен фактор**

Клиниката по анестезиология и интензивно лечение при УМБАЛ „Св.Анна“ АД-София има голям опит от внедряването на съвременни диагностично-лечебни технологии, съчетан с натрупан не малък материално-технически ресурс за развитие. Акцент в изпълняваната досега иновационна програма е поставен върху мероприятията за повишаване качеството на анестезните и интензивните лечебни дейности чрез подобряване на съоръжеността на клиниката със съвременна и с надеждна експлоатационна ефективност медицинска апаратура и техника. Опитът до сега показва, че „традиционните“ форми и методи за привличане на необходимия за технологично обновяване и развитие финансов ресурс са недостатъчни. Ето защо както преди, така и сега се използва набор от нетрадиционни, но разрешени от Закона мениджърски подходи за технологична иновация на отделението.

Налага се обаче с ускорени темпове да се разработи информационно-управленска технология за целите на новаторския модел за контрол на разходите и подобряване качеството дейностите в клиниката. Особено внимание заслужава потребността от по-пълно вплитане на данните за дейността на клиниката в интегрираната болнична информационна система на УМБАЛ „Св.Анна“.

***Икономически фактор**

Действието на икономическия фактор върху развитието и дейността на клиниката може да се прецени в два аспекта:

- първо: чрез влиянието, което той оказва на потребителското поведение при основни групи потенциални пациенти;
- второ: по отношение на други многопрофилни и специализирани болници за активно лечение в Софийска област и Столицата, с които клиниката е в професионална колаборация.

Основен белег на икономическата среда, в която се осъществява развитието и дейността на клиниката сега е нейната относителна нестабилност. Това би оправдало предприеманите в бъдеще от ръководството на клиниката на мерки за формиране на определена

финансова сигурност при утвърждаване на нейното място в националната здравно икономическа среда, моделирана от НЗОК, републиканския бюджет и доброволните здравно застрахователни фондове.

Анализът показва, че клиниката е в състояние да посрещне потребителското търсене на здравни услуги, съдържащи се в диагностичните и лечебните пакети на нейното портфолио.

В контекста на установяващата се у нас нова личностна и популационна ценностна система подобряването на индивидуалното здраве и качеството на предстоящия живот все повече се осъзнава като фактор за по-добра реализация в интензивно променящата се битова, социална и бизнес среда.

Важен аспект от действието на икономическия фактор са установените от УМБАЛ „Св.Анна” договорни отношения с НЗОК, доброволните здравно застрахователни фондове, други юридически лица и лечебни заведения. В този смисъл Клиниката по анестезиология и интензивно лечение при УМБАЛ „Св.Анна” отговаря на изискванията за коректен, надежден и предпочитан партньор за качествени здравни услуги.

На лице са и условия, позволяващи клиниката да инициира инвестиционен интерес към себе си, както от страна на ръководството на болницата „майка”, така и от страна на стопански субекти и организации от неправителствения сектор, които реализират проекти или осъществяват трансфер на финансови ресурси по Европейски или Световни здравни програми.

*** Политически фактор**

Действието на политическия фактор върху развитието и дейността на клиниката се извява в рамките на Националното здравно законодателство и свързаните с него подзаконовни нормативни актове.

Паралелно с това обаче, с напредването на процесите на евроинтеграцията в клиниката ще се въвеждат нови норми за регулиране качеството на анестезните и интензивните лечебни дейности и правата на пациентите за справедлив достъп до тях.

Важен инструмент за налагане на определена политика в развитието и дейността на клиниката е системата от договори на УМБАЛ „Св.Анна” с НЗОК и МЗ за извършване на специализирани диагностични изследвания и лечение на хоспитализирани болни. Положителните признаци на тази политика са:

- нормативно гарантиран баланс на интереси;
- дефанс от нелоялна конкуренция;
- защита на правата на потребителите на анестезни и интензивни лечебни услуги и на клиниката, като производител на такива услуги.

Клиниката по анестезиология и интензивно лечение при УМБАЛ „Св. Анна” АД-София, като част от публичен стопански субект, собственост на държавата и на общините от Софийска област в своето развитие и дейност е под пряката зависимост на националната социална, здравна и здравно-осигурителна политика. И тъй като по принцип на публичната собственост в здравеопазването се гледа и като на инструмент за реализиране и на социални ангажименти, може да се каже, че Клиниката по анестезиология и интензивно лечение е един от примерите за това, изпълнявайки следните три основни функции:

- привличане на общественото внимание и мобилизиране усилията на гражданите и пациентските организации за решаване проблемите на болницата;
- оптимизиране на отношението разход/ефективност в областта на анестезиологията и интензивното лечение ;
- гарантиране на високо качество на извършващите се в клиниката медицински, образователни и научни дейности.

Веднага следва да се отбележи, че мястото и ролята на тези функции при изпълнението на управленския модел за контрол на разходите и подобряване качеството на дейностите в клиниката ще се определят от динамично-променящите се параметри на здравно-политическата, здравно-осигурителната и здравно-демографската среда.

2.Б. КЛИНИЧЕН ИНФОРМАЦИОНЕН АНАЛИЗ НА ФАКТОРИТЕ, ОПРЕДЕЛЯЩИ ВИДА, ВЕЛИЧИНАТА И СТРУКТУРАТА НА ПОТРЕБИТЕЛСКОТО ТЪРСЕНЕ НА ПРОИЗВЕЖДАНИТЕ ОТ КАИЛ ПРИ УМБАЛ “СВ. АННА” АД ЗДРАВНИ УСЛУГИ.

Изпълнението на тази сложна по обхват и съдържание задача бе планирана, организирана и проведена в два изследователски панела, както следва:

2.Б.1. АНОНИМНО АНКЕТИРАНЕ НА ЛЕКАРИТЕ ОТ КЛИНИКИТЕ–БЕНЕФИЦИЕНТИ В БОЛНИЦАТА ЗА МНЕНИЕТО ИМ ОТНОСНО ОРГАНИЗАЦИЯТА И КАЧЕСТВОТО НА ПРЕДОСТАВЯНИТЕ ОТ КАИЛ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧНИ И РЕАНИМАЦИОННИ УСЛУГИ.

Анкетирането обхваща 121 лица. Формулировката на въпросите в анкетната карта, отговорите по тях и коректната им, представена в синтетичен контекст, итерпретация са илюстрирани подробно в съдържанието на следващата таблица и графика.

РЕЗУЛТАТИ ОТ АНКЕТИРАНЕТО НА 121 ЛЕКАРИ ОТ УМБАЛ „СвАнна” ЗА ОРГАНИЗАЦИЯТА И КАЧЕСТВОТО НА ПРЕДОСТАВЯНИТЕ ОТ КАИЛ АНЕСТЕЗНИ И ИНТЕНЗИВНИ ЛЕЧЕБНИ УСЛУГИ

1. Ползвате ли услугите на кабинета за пред анестезни консултации ?

да 57 =85 %	не винаги 25=25,6%	не 20 . =16,5 %
----------------	-----------------------	--------------------

2. В процедурите „клиничен преглед на оперативния риск” участва ли лекар-анестезиолог?

да 93 =77,8%	не винаги 24=19,8%	не 4 3,3 %
-----------------	-----------------------	---------------

3. Удовлетворява ли Ви качеството на прилаганите от лекаря анестезиолог анестезии по време на операции или при други инвазивни процедури?

111 =91,7%	не винаги 10 =8,3%	не 0.
---------------	-----------------------	-------

4. Удовлетворява ли Ви професионализма на лекаря-анестезиолог при наблюдението, интерпретацията и оценката на жизнено важни хомеостазни индикатори по време на оперативна интервенция?

да 110 = 91%	не винаги 11= 9%	не 0
-----------------	---------------------	------

5. Считате ли, че наложилите се по време на оперативна интервенция интензивни лечебни, в т.ч. ресусцитационни въздействия от страна на лекаря анестезиолог се подбират и прилагат професионално отговорно и с вещина?

да 111 =91,7%	не винаги 10=8,3%	не 0
------------------	----------------------	------

6. Каква е оценката Ви за участието на лекаря-анестезиолог по време на пребиваването на оперирания пациент в PACU (залата за ранно следоперативно наблюдение)?

отлична 72 =59.5%	добра 47 =38,8%	Незадоволителна 2=1,6%
----------------------	--------------------	---------------------------

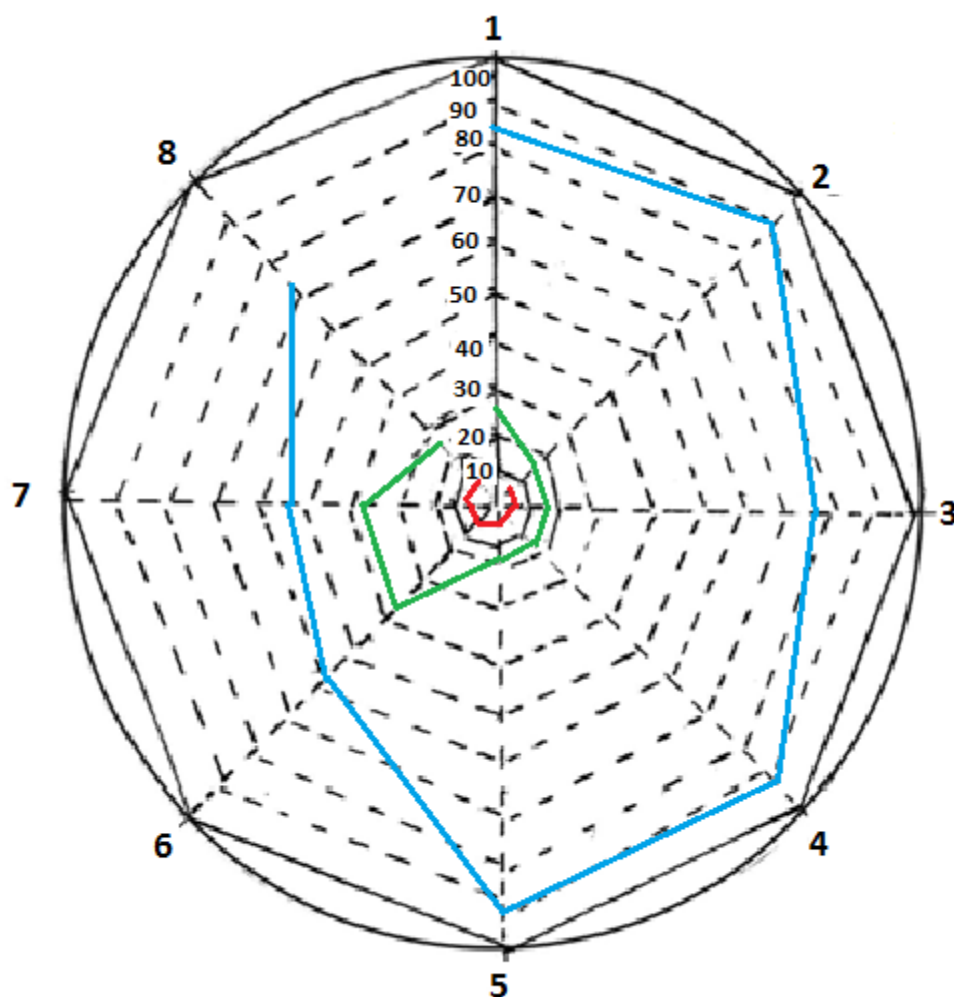
7. Търсено ли е компетентното Ви участие в диагностичното и лечебно осмисляне на проблемни пациенти, които в предоперативния или следоперативния период са хоспитализирани в клиниката по Анестезиология и интензивно лечение?

винаги 71=57.7%.	понякога 50=40,6%	не 2=1,6%
---------------------	----------------------	--------------

8. Считате ли, че двустранното Ви колегиално партньорство с лекаря анестезиолог, основаващо се на принципите на професионалната етика е предпоставка и гаранция за устойчиво развитие на качеството на взаимната Ви дейност?

да 88=72.7%.	не винаги 32=26,4%.	не 1 =0,9%
-----------------	------------------------	---------------

Графика на индикаторите, образувачи съставния индекс (в %) на мнението на лекарите от клиниките-бенифициенти за организацията и качеството на предоставяните им от КАИЛ здравни услуги.



Пояснение 1

Цифрите от 1 до 8 в точките на най-външния периметър на графиката означават номера на въпроса от анкетната карта

Пояснение 2

- положителен отговор
- отговор „не винаги“
- отрицателен отговор

2.Б.2. КЛИНИЧЕН СТАТИСТИЧЕСКИ АНАЛИЗ НА ПОТРЕБИТЕЛСКОТО ТЪРСЕНЕ НА ПРОИЗВЕЖДАНИТЕ ОТ СИСТЕМОТО КЛИНИЧНО НАПРАВЛЕНИЕ „АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И ИНТЕНЗИВНО ЛЕЧЕНИЕ” ЗДРАВНИ УСЛУГИ В СТРАНАТА, ПО АДМИНИСТРАТИВНИ ОБЛАСТИ И УМБАЛ „СВ. АННА”

Резултатите от този многообемен изследователски панел показва, че средно годишно през периода 2012-2014 год.в страната се извършват около 586804 анестезии или 815 на 10000 население (фиг.6) по повод на оперативни интервенции, от които 456113 или 77.72 % по повод на хирургичните дейности, застъпени в предмета на дейност на клиничните структури по висцерална хирургия, акушерство и гинекология, урология, неврохирургия, ортопедия и травматология, офталмология, ото-рино-ларингология и лицево-челюстна хирургия(табл. 2, колона 2 и 3).

Средно годишно през периода 2012-2014 год. в лечебните заведения на Софийска област се извършват около 18600 анестезии по повод на оперативни интервенции, от които 14385 или 77.24 % по повод хирургични дейности, застъпени в предмета на дейност на болничните структури по хирургия, акушерство и гинекология, урология, неврохирургия, ортопедия и травматология, офталмология, ото-рино-ларингология и лицево-челюстна хирургия (табл.2. колона 4 и 5).

Средно годишно през периода 2012-2014 год. в УМБАЛ „Св.Анна” АД-София са извършени 7090 анестезии по повод оперативни дейности в клиниките по урология, неврохирургия, ортопедия и травматология, акушерство и гинекология, офталмология, ото-рино-ларингология, висцерална хирургия и лицево-челюстна хирургия (табл.2, кол.6 и 7)

фиг. 6. Средно годишен брой анестезии по повод хирургични интервенции на 10000 население в страната и

по области през предшестващ тригодишен период (2012-2014 год.).

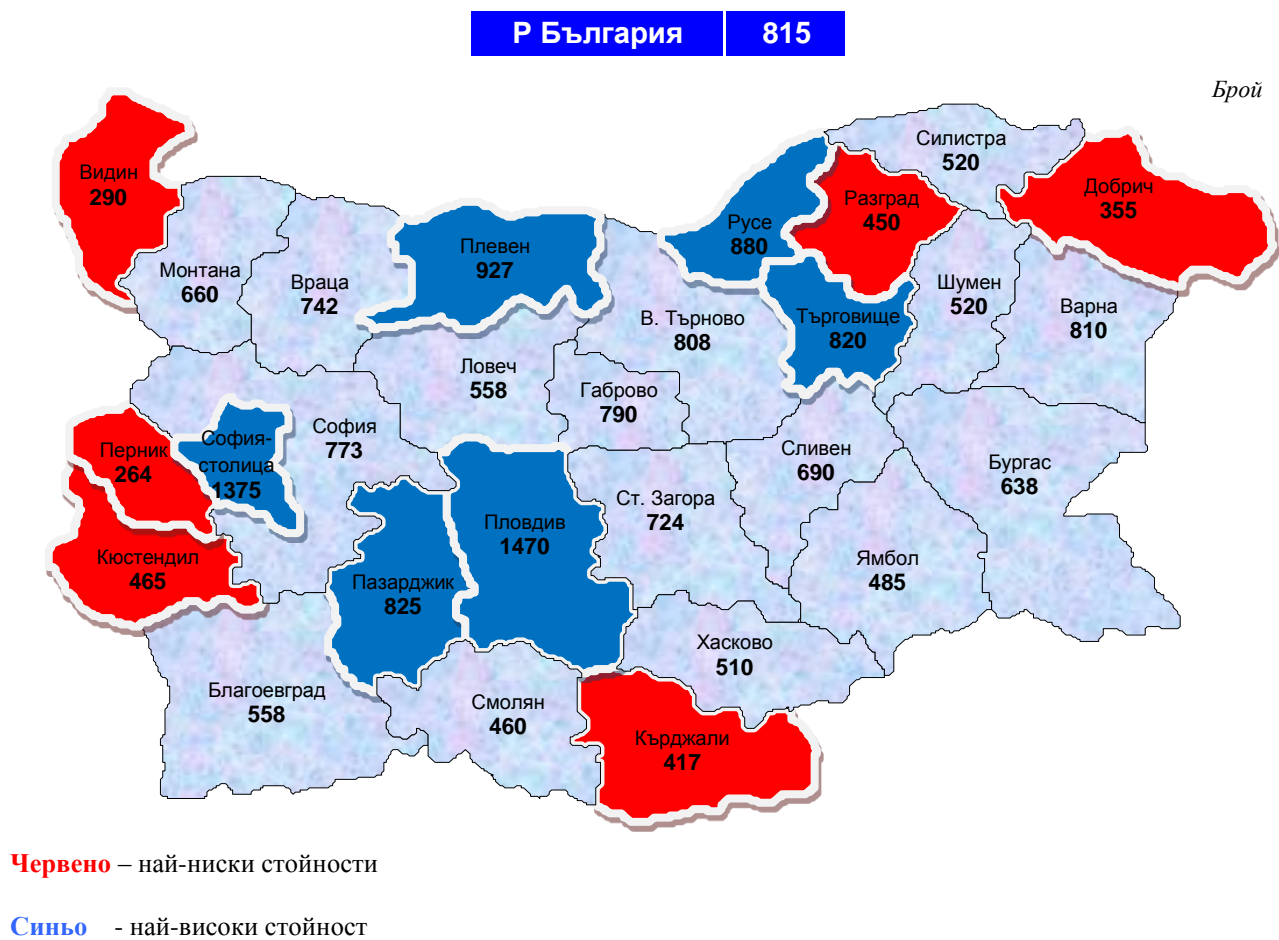


Табл. 2 Анестезии – общо и по видове в страната, Софийска област и УМБАЛ „Св.Анна”

Брой на анестезиите и относителния им дял в общата съвкупност	Средногодишен брой анестезии в страната през периода 2012-2014г.		Средногодишен брой анестезии в Софийска област през периода 2012-2014 г.		Средногодишен брой анестезии в УМБАЛ „Св. Анна” през периода 2012-2014 г.	
	Брой	Относителен дял от общата съвкупност в %	Брой	Относителен дял от общата съвкупност в %	Брой	Относителен дял от общата съвкупност в %
1	2	3	4	5	6	7
ОБЩО	456113	100	14385	100	7090	100
В това число по повод на:						
1. Урологични операции	57700	12.65	2400	16.7	1009	14,2
2. Неврохирургични операции	9644	2.11	505	3.5	62	5,1
3.Ортопедо.травматологични..опера.	91117	20.0	2550	17.7	717	10,1
4.Акушеро.гинекологични..операции	120783	26.48	3100	21.6	886	12,5
5. Офталмологични операции	55095	12.0	1520	10.6	984	13,9
6.У,НГ операции.	35047	7.68	750	5.2	830	11,7
7.Операции.на.храносмилат.с/ма	77083	16.9	2710	18.8	1813	25,6
8.Лицево-челюстни операции	9644	2.11	850	5.9	489	6,9

Тази впечатляваща по обем анестезна дейност се извършва в страната от 1505 лекари–анестезиолози или 2,1 на 10000 население (фиг.7) , от които 23 лекари– анестезиолози в КАИЛ при Университетска многопрофилна болница за активно лечение „Св.Анна”АД.

Средно годишно на един лекар–анестезиолог в страната се падат 390 анестезии или средно дневно(след приспадане на почивните и празничните дни и тези за редовен годишен отпуск) 1,69 анестезии. За лекарите – анестезиолози от Софийска област средногодишната натовареност с анестезии е 300, а средно дневната – 1,3. За лекарите от клиниката по анестезиология и интензивно лечение при в УМБАЛ „Св.Анна”АД-София, осъществяващи анестезна дейност средногодишно през периода 2012-2014 год. тези величини са 546 **съответно – 2,36.**

По окупнени показатели анестезната дейност в страната, Софийска област и УМБАЛ „Св.Анна” е показана в табл.3

Средногодишни(за периода 2012-2014 г.) показатели за анестезна дейност в болниците за активно лечение Табл.3

показатели болници за активно лечение	в страната	в Софийска област	УМБАЛ „Св.Анна”	
			в КАИЛ	
1	2	3	4	
1. общ брой на лекарите анестезиолози	1505	62	13	
2. общ брой на извършените анестезии	586804	18600	7090	
3.Средно годишен брой анестезии на един лекар – анестезиолог	390	300	546	
4. Средно дневен брой анестезии на един лекар – анестезиолог.	1,69	1,3	2,36	

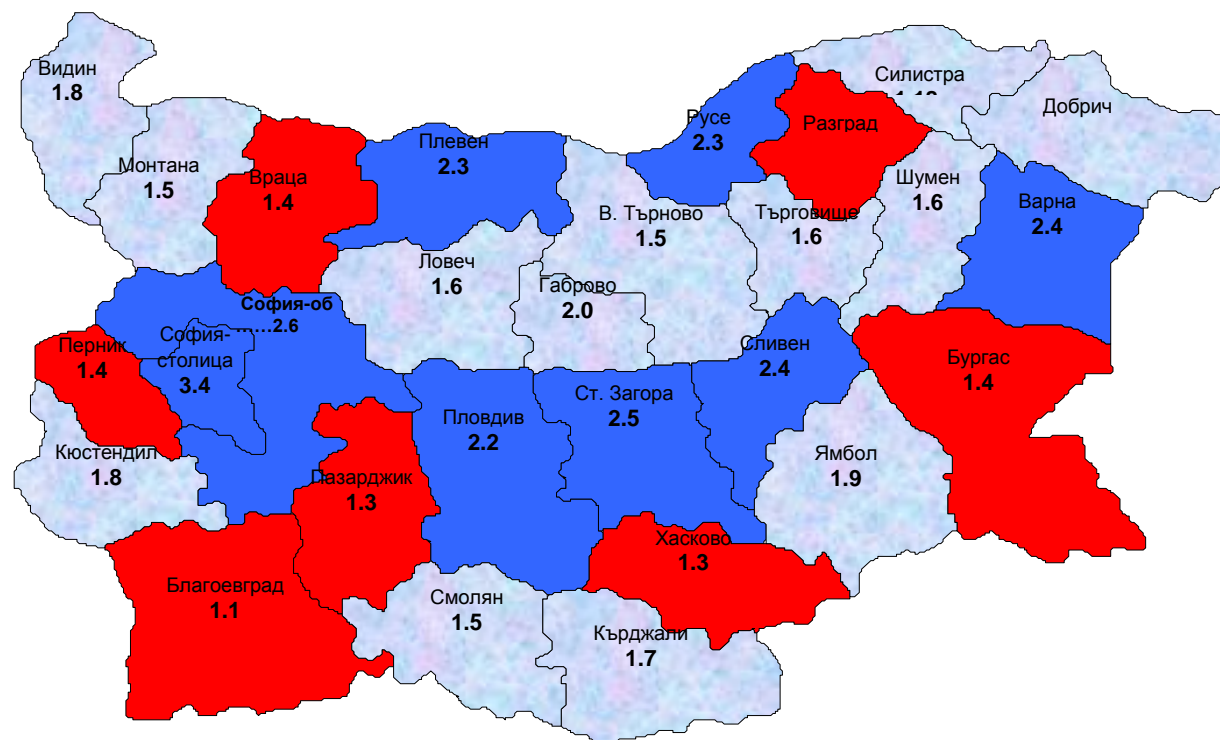
Средно годишно през периода 2012-2014 год. леглата за интензивно лечение в страната са 2405 (5,6% от общия брой на болничните легла) Осигуреността на 10000 население бѣзлиза на 3,33 от този вид легла (фиг.8).

фиг. 7. Средногодишен брой лекари – анестезиолози на 10 000 население в страната и по области през предшестващ три годишен период (2012-2014 г.)

Р България

2.1

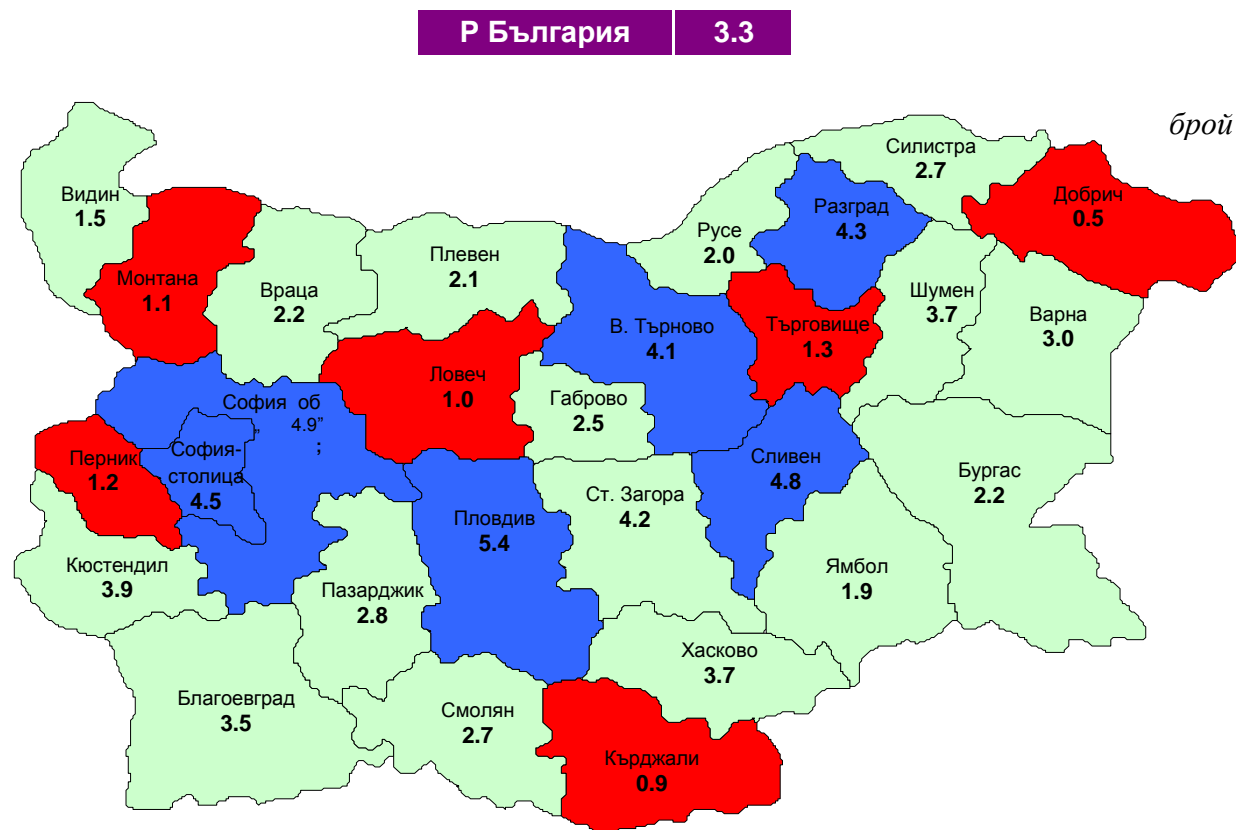
Брой



червено – най-ниски стойности

синьо - най-високи стойности

фиг. 8. Средногодишен брой легла за реанимация и интензивно лечение на 10 000 население за страната и по области през предшестващ три годишен период (2012-2014 г.)



Червено – най-ниски стойности

Синьо - най-високи стойности

В Софийска област броят на леглата за интензивно лечение е 118 (7,7% от общия брой на болничните легла), а осигуреността на 10000 население от този вид легла е 4,9.

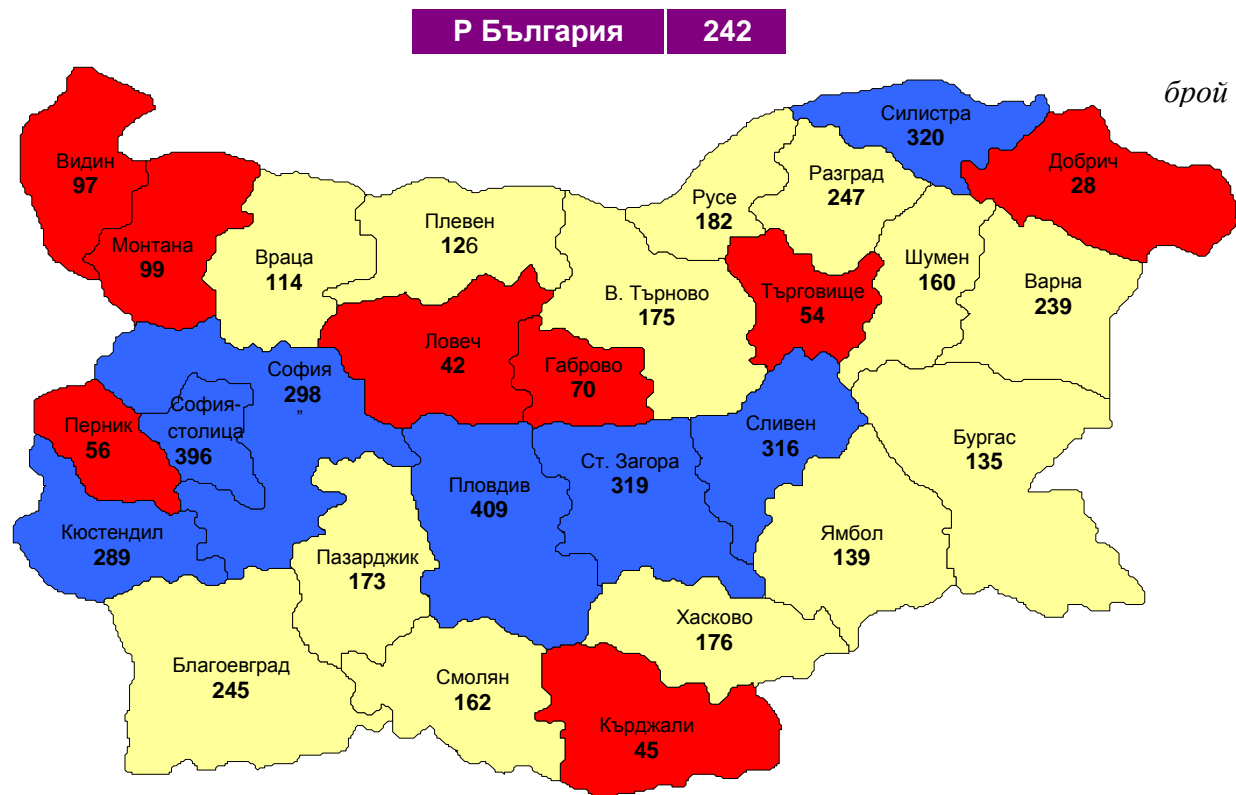
Видно от табл.4 средно годишно. през същия период в болничните структури за интензивно лечение в страната са лекувани 174180 пациенти (8,12% от всички лекувани в болниците лица) или 242 хоспитализации на 10000 население (фиг.9). В тях са проведени общо 501150 легло дни или 696 на 10000 население (фиг.10).

Средногодишната използваемост на едно легло в структурите за реанимация и интензивно лечение в страната през периода 2012-2014 год. е 209 дни или 57,3%, средния болничен престой 2,9 дни, а оборота средно на едно легло 73. В болничните структури за интензивно лечение в Софийска област средногодишно през същия период са лекувани 7110 пациенти (10% от всички лекувани в болниците лица). В тях са проведени 22500 легло дни или 945 на 10000 население. Средната използваемост на едното болнично легло е 190 дни или 52,1%, средния болничен престой е 3,2 дни, а оборота средно на едно болнично легло 60.3. По окрупнени показатели дейността на структурите за интензивно лечение в страната, Софийска област и УМБАЛ „Св.Анна” е показана на табл.4.

Табл.4 Средногодишни (за периода 2012-2014 год.) показатели за дейността на болничните структури за интензивно лечение

показатели	болници за активно лечение	
	в страната	в Софийска област
1	2	3
1.общ брой на леглата за интензивно лечение	2415	118
2. осигуреност на 10000 население с легла за ИЛ	3,3	4,9
3. брой на лекуваните в структурите за ИЛ	174180	7110
4. относителен дял на лекуваните в структурите за ИЛ от общия брой на лекуваните в болниците	8,12%	10%
5. проведени легло-дни в структурите за ИЛ	501150	22 500
6. среден болничен престой в структурите за ИЛ	2,9	3,2
7. средно годишна използваемост на леглата за ИЛ в дни (т.5:т.1)	209	190
8. използваемост на леглата за ИЛ в % (т.7 x 100/365)	57,3	52,1
9. оборот на леглата за ИЛ (т.3:т.1)	72.	60

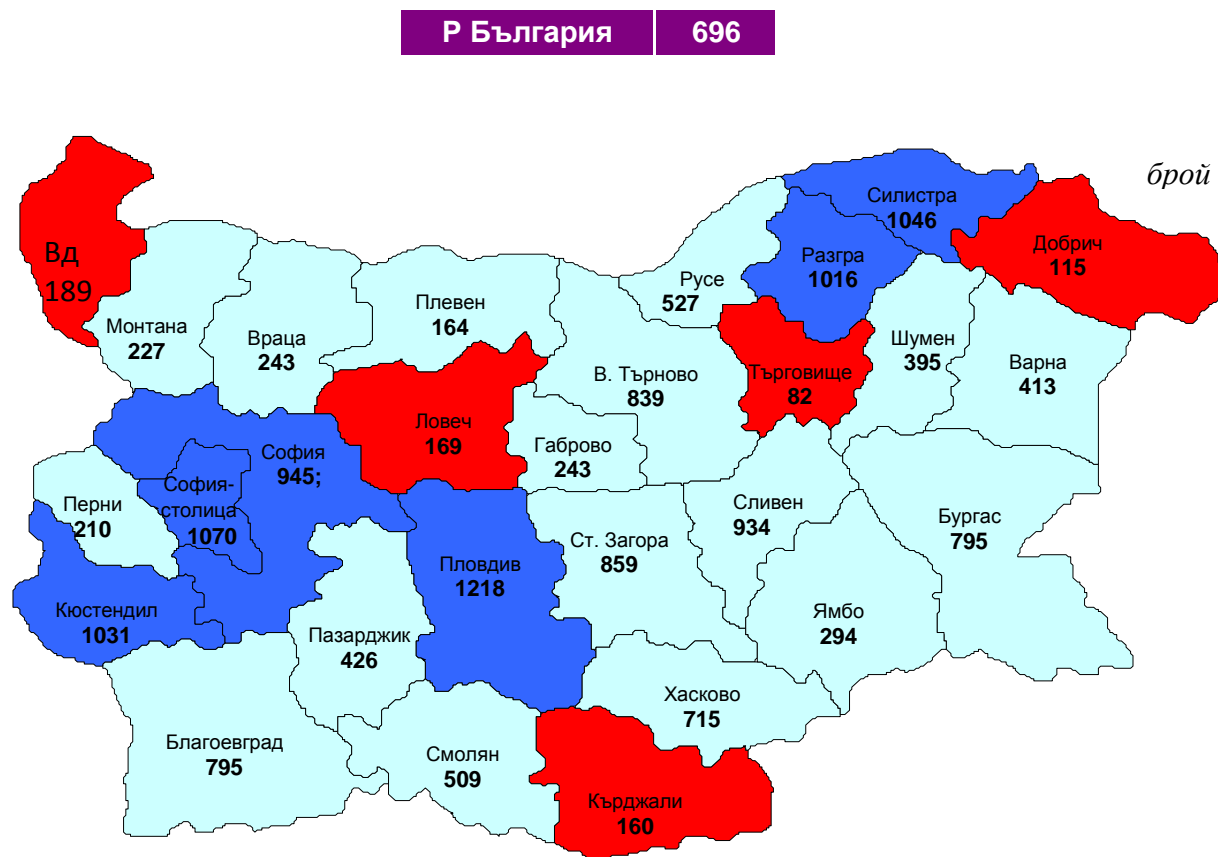
фиг. 9. Средногодишен брой на преминалите (лекуваните) болни в структурите за реанимация и интензивно лечение на 10 000 население за страната и по области през предшестващ тригодишен период (2012-2014 г.)



Червено – най-ниски стойности

Синьо - най-високи стойности

фиг. 10. Средногодишен брой на проведените леглодни в структурите за реанимация и интензивно лечение на 10 000 население в страната и по области през предшестващ три годишен период (2012-2014 г.)



Червено – най-ниски стойности

Синьо - най-високи стойности

*

Анализът на факторите на средата, в която се осъществява развитието и дейността на Клиниката по анестезиология и интензивно лечение при УМБАЛ „Св.Анна” показва, че както през предшестващия тригодишен период (2012-2014 год.), така и през следващите години тя ще продължава да заема важен сегмент в системата за болнична помощ в страната и следователно–облигатна позиция в Националната здравна карта.

Същевременно данните от анализа на факторите на средата съдържат необходимата базова информация за бъдещото развитие на клиниката и за усъвършенстване на дейностите, съдържащи се в нейните диагностични, лечебни, образователни и научноизследователски портфейли.

2.В. КЛИНИЧЕН АНАЛИЗ НА ИЗПОЛЗВАЕМОСТТА НА РЕСУРСИТЕ НА КЛИНИКАТА ПО АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И ИНТЕНЗИВНО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ УМБАЛ „Св.Анна” АД.

2.В.1. Материалната и кадрова осигуреност на влизащите в състава на клиниката (фиг.5) сектори и на анестезните зони в операционните зали е адекватна на медицинския стандарт по анестезиология и интензивно лечение, на специфичните акредитационни критерии за такъв вид болнични структури и на извършващите се в нея образователни и научни дейности.

*. **Болничните леглата** (средно 25 през периода 2012-2015 год.) са оборудвани с необходимите медицински аксесоари и осигурени с терминални устройства на централната болнична кислородна и аспирационна инсталации.

*. **Медицинската апаратура**, техника, инсталационни съоръжения и инструментариум в сектора за интензивно лечение и в анестезните работни места на операционните зали отговарят на клаузите на медицинския стандарт по анестезиология и интензивно лечение и на изискванията на внедрените клинични протоколи, диагностично-терапевтични алгоритми, технологични фишове за добри сестрински грижи и договорените с НЗОК клинични пътеки.

Профилактичната поддръжка на посоченото материално-техническо оборудване се осигурява на абонаментен принцип от специализирани сервизни организации. При необходимост същите извършват и ремонт на повредени (аварирали) апарати и технически съоръжения.

*. **Кадровият потенциал на клиниката** се представя от:

- **Лекари**, на брой 23, от които със специалност по анестезиология и интензивно лечение 11 или 47,8%. В отделението няма лекари с повече от една специалност. С втора магистратура 1 лекар С научна степени са 1 и с научни звания 1 лекари.
- **Медицински сестри**, на брой 48, от които с бакалавърска образователно-квалификационна степен 7 или 14%.
Посочените цифрови данни недвусмислено говорят за достатъчен по вид и брой висококвалифициран кадрови арсенал, който е в състояние да отговори в пълен обем на различни по сложност предизвикателства от анестезия и интензивно-лечебния портфейли, съдържащи се в комплексния предмет на дейност на клиниката.

2.В.2. Анализ на извършващите се в клиниката дейности.

*. **Медицинска дейност.**

Поради спецификата на продуктовите портфейли на двата сектора (анестезиологичен и интензивно-лечебен) и на индикаторите за

използваемостта на капацитета на техните професионално-интелектуални и материално-технически ресурси, анализът на тяхната медицинска дейност е представен по отделно.

2.В.2.1.ПОЛЗВАЕМОСТТА НА КАПАЦИТЕТА НА СЕКТОР

„АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ” е показана в колона 6 и 7 на табл. 2, колона 5 на табл. 3 и на табл. 4 . От същите е видно, че общия брой на анестезиите по повод на хирургични интервенции в клиниките по „висцерална хирургия”, „акушерство и гинекология”, „урология”, „неврохирургия”, „ортопедия и травматология”, „офталмология”, „ото-рино-ларингология” и „лицево-челюстна хирургия” е със слаба тенденция за намаляване: 7588 през 2012 год., 6835 през 2013 год. и 6845 през 2014 год.

Табл.5 Брой на анестезиите, извършени от КАИЛ при УМБАЛ „Св.Анна”АД през предшестващите три години и тяхната сложност в зависимост от тежестта на състоянието на пациентите (по ASA).

показатели \ години	2012 год.		2013 год		20 14год		общо за периода	
	Брой	%	брой	%	брой	%	брой	%
общ брой на анестезиите в т. ч. по степен на анестезен риск:	7588	100	6835	100	6845	100	21268	100
1. ASA I	1094	14.4	999	14.6	1042	15.2	3125	14.7
2. ASA II	2347	30.9	1972	28.9	1825	26.7	6144	28.9
3. ASA III	3045	40.1	2537	37.1	2345	34.3	7927	37.3
4. ASA IV	1023	13.5	1252	18.3	1570	22.9	3845	8.1
5. ASA V	79	1.1	75	1.1	63	0.9	217	1.02

От табл. 5 обаче, е видно, че броя на анестезиите в зависимост степента на анестезния риск през последните три години се променя в полза на тези от IV ст. по ASA.

Тази тенденция се нуждае от допълнителен системен анализ с оглед формулиране на адекватни управленски решения.

Анализът на данните в табл. 6 показва, че показателя за средния брой анестезии на една анестезиологична длъжност през анализирания три годишен период е със слаба низходяща тенденция: 584 през 2012 год., 526 през 2013 год. и 526 през 2014 год.

Същата тенденция се наблюдава и при средно дневната натовареност с анестезии на една анестезиологична длъжност: 2,52 през 2012 год., 2,27 през 2013 год. и 2,27 през 2014 год.

табл. 6

Година	2012 г.	2013 г.	2014 г.	средно за периода 2012-2014 г.
Показатели				
1.средногодишен брой на анестезии на една заета анестезиологична длъжност*	584	526	527	546
2.средно-дневен брой анестезии една заета анестезиологична длъжност**	2,52	2,27	2,28	2,36

Забележки 1. * броят на анестезиологичните длъжности в КАИЛ е 23

**** броят на работните дни е 231 (365—134 почивни, празнични дни и дни за редовна годишна отпуски)**

2. средногодишният и среднодневният брой анестезии на един анестезиолог са изчислени на 13 анестезиологични длъжности поради факта, че останалите 10 са били изцяло заети с изпълнението на интензивни лечебни дейности на увеличеният (видно от табл. 7) през визирания период с:

а) 83 % брой на леглата в сектора за интензивно лечение;

б) 32,2 % брой на лекуваните болни;

в) 52,2 % брой на проведените лечебни легло—дни.

2.В.2.2. ИЗПОЛЗВАЕМОСТТА НА КАПАЦИТЕТА НА СЕКТОР- „ИНТЕНЗИВНО ЛЕЧЕНИЕ” през анализирания период по официално приетите статистически показатели е показана в табл.7.

табл. 7

Показатели	Години		
	2012 г.	2013 г.	2014 г.
1.брой на леглата за ИЛ	18	24	33
2.преминали болни	2270	2892	3001
3.реализирани легло-дни	6728	9546	10307
4.среден болничен престой	2.96	3.30	3.43
5.използваемост на леглата в %	102.4	109	85.6
6.оборот на леглата	126.1	120.5	90.9

Анализът на медицинската дейност на Клиниката по анестезиология и интензивно лечение през анализирания тригодишен период (2012, 2013 и 2014 год.) показва основните направления на клиничния мениджмънт, към които трябва да насочи вниманието си през следващите години нейното ръководство.

***. Образователна дейност.**

В качеството си на клинична база на катедрата по анестезиология и интензивно лечение при Медицинския университет-София за клинично обучение на студенти и специализанти по дисциплината „анестезиология и интензивно лечение”, клиниката е приведена в изискуемата за целта готовност, както по отношение на необходимите за това преподавателски кадри, така и по отношение на материално-техническата база (учебни зали и кабинети, аудиовизуална апаратура и техника, учебен софтуер и др.)

***. Научна дейност.**

До сега научно-приложната дейност на клиниката е била съсредоточена главно към изучаване на ранните и отдалечените резултати от внедрени в нея уникални анестезни и ресусцитационни технологии, каквито например са логистичните такива при много сложните висцерални-хирургични, акушеро-гинекологични, урологични, неврохирургични, ортопедо-травматологични, лицево-челюстни, ото-рино-ларингологични и офталмологични оперативни интервенции.

в. Икономически анализ на клиничната дейност

Данните за най-важните показатели, характеризиращи икономическите процеси в Клиниката по анестезиология и интензивно лечение през периода 2013– 2014 год. са били, както следва: (табл.8)

табл.8

показатели \ години/сектори	2013 год.		2014 год		средно за периода 2013 – 2014 г.	
	АС*	ИС**	АС	ИС	АС	ИС
среден разход на едно легло	х	108280	х	122649	х	115465
среден разход на лекуван болен	54,8	1235	55,6	1348	55,2	1293
разход за „легло-ден”	х	374	х	392,7	х	383,6
разход за „лекарство ден”/ „лекарство-анестезия”	39	148	36,9	179,9	38	164,6
разход за „храно-ден”	х	1,63	Х	1,54	Х	1.58

****интензивен сектор**

***анестезен сектор**

Посочените данни показват, че клиниката по анестезиология и интензивно лечение е с впечатляващо висока издръжка на диагностичната и лечебната дейност и на грижите за болните. Без съмнение това се дължи на прилаганите в нея уникални, скъпоструващи анестезиологични и интензивни лечебни технологии, свързани с големи разходи на медицински консумативи за еднократна употреба, на сложни лекарствени комбинации, на кръв и кръвни продукти и т.н. Но независимо от тези обективни предпоставки за високи разходи, ръководството на клиниката разработи и внедри, в контекста на дисертационната тема, през втората половина на 2016 год., основаващ се на научни доказателства (46), (64), (66), (68), (89) управленски модел за техния контрол, насочен към разумното им минимизиране, но без негативно отражение върху качеството на медицинските дейности.

*

Анализът на показателите, характеризиращи дейността на Клиниката по анестезиология и интензивно лечение при УМБАЛ „Св. Анна” АД-София в медицински и икономически контекст, насочва вниманието на нейното ръководство към следните две проблемни зони, в които задължително трябва да се извършат промени:

- **Зона „увеличаване на паричните постъпления”** от НЗОК, републиканския бюджет и от други юридически и физически лица, като в резултат на това се постигане:

- превръщане на клиниката във флексибилна болнична структура с променящ се пълнеж на продуктивния й портфейл, съобразно вида и величината на потребителските заявки към произвежданите от нея анестезиологични и интензивни лечебни услуги;
 - висок брой на лекуваните в клиниката пациенти, т.е. поддържане използваемостта на легловия фонд над 70% при запазване на достигнатата средна продължителност на болничния престой през периода 2012-2014 г. (3.4 дни).
- **Зона „включване в работа на пълни обороти професионално-интелектуалните и материално-техническите ресурси”** на клиниката чрез:
 - максимално натоварване с анестезиологична дейност с оглед надхвърляне изискванията на медицинския стандарт по анестезиология;
 - запазване на пропорциите в структурата на анестезната активност, като относителния дял на анестезиите по ASA III и IV ст. се движат в диапазона 70-80% от общият им брой.

3. ПРОСПЕКТИВНИ КЛИНИЧНИ И УПРАВЛЕНСКИ ОРИЕНТИРИ ЗА РАЗВИТИЕ НА ДЕЙНОСТИТЕ В КЛИНИКАТА ПО АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И ИНТЕНЗИВНО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ УМБАЛ „Св. Анна” АД -София.

Още в началния етап на дисертационното изследване бе изяснено, че усъвършенстването на организацията и качеството на диагностичните, лечебните, образователните и научно-приложните дейности и оптимизирането на тяхната ресурсна и информационна осигуреност е условие без което не може да се реализират приоритетните цели и задачи на Клиниката по анестезиология и интензивно лечение през следващите години.

3.А. УСЪВЪРШЕНСТВАНЕ НА ОРГАНИЗАЦИЯТА НА ДЕЙНОСТИТЕ

Функциите на клиниката и техните технологични параметри са професионалната и организационна проекция на нейното развитие и дейност в оперативен, средносрочен и дългосрочен план.

Потребността от превенция, ранна диагностика и своевременно комплексно лечение на заболяванията, формиращи висок анестезиологичен риск, както и на тези, нуждаещи се от интензивно лечение е задоволена частично. Особено важно е това за тези от тях, които поради диагностицирането им в напреднали стадии са причина за лични и семейни трагедии и значителни обществени загуби (смъртност, инвалидност, временна неработоспособност).

Така например мащабният десант върху здравето на нацията от злокачествени новообразувания през последните години се дължи не само на нездравословен стил на живот и генетични фактори, но и на инсуфициентността на действащата у нас система за диагностицирането и лечението им в техните ранни стадии.

Във връзка с горното и в отговор на предизвикателствата към диагностичните, лечебните, образователните и научно-приложните дейности на клиниката се налага нейното ръководство да реализира през следващите години оптимално дозирани мениджърски интервенции за тяхното развитие и усъвършенстване.

3.Б. УСЪВЪРШЕНСТВАНЕ ОРГАНИЗАЦИЯТА НА СТРУКТУРИТЕ.

Развитието на структурите (секторите) в клиниката трябва да намери израз в:

- адаптиране на стационарните площи и пространства към изискванията за подобряване на нейните диагностични лечебни, образователни и научни функции;
- осъвременяване на апаратурната екипировка чрез програмирана иновация;
- оптимална флексибилност, позволяваща създаване на необходимите възможности за рационални предислокации на болничните легла съобразно потребителското търсене и недопускане на свръхнатоварване (над 100%) или ниско натоварване на легловия фонд в сектора „интензивно лечение”;
- комфортабилност, осигуряваща съвременни интегрирани интензивни грижи на пациентите и ергономично-естетични условия за качествена работа на персонала.

3.В. ТЕХНОЛОГИЧНИ ИЗИСКВАНИЯ КЪМ ОРГАНИЗАЦИЯТА ЗА РЕАЛИЗИРАНЕ НА ПРИОРИТЕТНИТЕ ЦЕЛИ НА КЛИНИКАТА

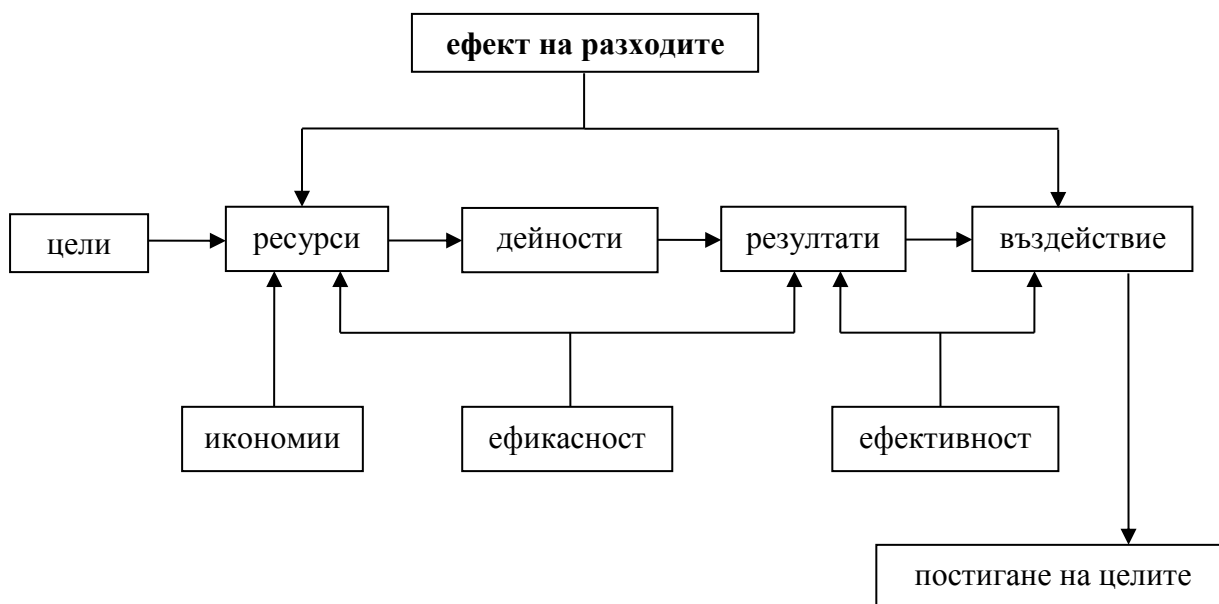
Дисертационното изследване доказва, че водещи технологични параметри, върху които ще се изгражда и прилага организацията за развитие на дейностите и структурите на клиниката през следващите години трябва да бъдат:

- удовлетворяване потребностите на пациентите от високо специализирани анестезиологични услуги и съвременни интензивно-лечебни, антидолорозни и ресусцитационни болнични технологии, които се покриват частично от наличните в Софийска област и страната други лечебни заведения за болнична помощ;
- създаване на технологични линии с констелационни схеми за експедитивен и качествен скрининг по на граждани по тяхна инициатива или по силата на договори между УМБАЛ „Св.Анна” и работодатели, НЗОК, доброволни здравно-застрахователни фондове и други юридически лица;
- максимално автоматизиране и конвееризиране на диагностичните изследвания и процедури с оглед намаляване до минимум загубата на решаващо за живота на пациентите време но не в ущърб на качеството на ресусцитационните процедури;
- осигуряване на висококвалифицирано медицинско участие при съставянето на индивидуалните планове и програми за анестезия, лечение, аналгезия и сестрински грижи и при назначаването и извършването на:
 - всички видове диагностични изследвания;
 - диференциално-диагностичните интерпретации;

- провеждане на високо взискателен контрол за недопускане на диагностична или лечебна „полипрагмазия” и на грешки по вина на персонала;
- осъществяване на постоянно самооценяване и периодичен вътрешен одит за контрол на разходите и на качеството на условията и дейностите, с които се оказва медицинската помощ в клиниката и качеството на лечебните резултати.

4. РАЗРАБОТВАНЕ И ВНЕДРЯВАНЕ НА УПРАВЛЕНСКИ МОДЕЛ ЗА КОНТРОЛ НА РАЗХОДИТЕ И ПОДОБРЯВАНЕ ОРГАНИЗАЦИЯТА НА ДЕЙНОСТИТЕ ЗА РЕСУРСНО ОСИГУРЯВАНЕ НА КЛИНИКАТА ПО АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И ИНТЕЗИВНОЛЕЧЕНИЕ

Дисертационното изследване показва, че реализацията на приоритетните цели и задачи на Клиниката по анестезиология и интензивно лечение изисква програмиране и провеждане на добре разчетени във времето мениджърски интервенции за нейното оптимално осигуряване с финансови и материални ресурси и за системно проследяване на сумарния целеви ефект от тяхното разходване (фиг.11).



фиг. 11.

4.А. ДЕЙНОСТИ ЗА ПОДОБРЯВАНЕ НА ФИНАНСОВИТЕ ПОСТЪПЛЕНИЯ И ЗА РАЦИОНАЛНО РАЗХОДВАНЕ НА ФИНАНСОВИЯ РЕСУРС.

4.А.1. Основни източници за финансиране на клиниката, като структура на лечебно заведение със статут на търговско дружество и през следващите години ще бъдат преди всичко Националната здравноосигурителна каса и Републиканския бюджет, а алтернативни-доброволните здравнозастрахователни фондове и други юридически и физически лица.

Във връзка с това каналите за формиране на нейните приходи ще бъдат:

- ежегодните постъпления по договори, сключени от УМБАЛ „Св.Анна” с НЗОК, размерът на които ще се определя от броя на лекуваните болни по договорени с нея „клинични пътеки” или за извършени високо специализирани медицински изследвания;
- постъпления от републиканския бюджет за извършени „спешни” лечебни услуги извън договорените такива по „клинични пътеки” с НЗОК;
- постъпления от доброволните здравно-застрахователни фондове за изпълнението на договорени с тях:
 - „пакети” здравни услуги за доброволно здравно застраховани лица;
 - „клинични пътеки” за задължително здравноосигурени лица (ако се реализира идеята за предоставяне на част от публичните здравноосигурителни средства на лицензирани по определени критерии доброволни здравно-застрахователни фондове)
- постъпления от други юридически и физически лица за поискани от тях здравни услуги извън нормативно установения ред и условия на достъп на гражданите до болнична помощ.

Ето защо планирането и управлението на клиничния финансов ресурс и в бъдеще ще се основава на принципите и техниките на смесеното (mix) финансиране.

4.А.2. Дисертационната разработка предвижда организацията за оптимизиране на финансовия ресурс на клиниката да бъде в тясна връзка със задачата за неговото ефективно разходване.

Това изискване наложи замисъла за разработване на мениджърски инструментариум за контрол на разходите да бъде насочен към техния анализ, към оптимизиране на медицинските и помощните дейности и оценката на резултатите от тях. Поради това в него са включени:

- компоненти, базиращи се на функциите, с оглед създаване на стимули за по-ефективно използване на капацитета на финансовия ресурс;
- компоненти, служещи като основа за развитието на договорни ценови инициативи с доброволни здравно-застрахователни фондове и други юридически лица;

- контролни механизми.

За целта, ползвайки теоретичния модел на Хр. Грива (64) съвместно с експерти-икономисти от финансово-счетоводната служба на болницата бе разработена гъвкава вътрешна бюджетна организационна система базирана на следните данни:

- анализ на извършените разходи по клинични сектори и дейности в съответствие с аналитичния критерии „*флексибилност*” на разхода (*фиксиран, полуфиксиран, птоменлив*);
- конструиране на контролен инструментариум, основан на постоянен мониторинг на разходите във всяка клинична структура, съгласно критериите за флексибилност на разхода и неговата принадлежност към съответната сметка на разходната класификационна схема по икономически елементи, така както е показано в Списъка за разходните пера в клиниката (каре №1) и в таблица № 9, представляваща проект на контролните сумарни разходи по клинични структури, критерии за флексибилност и икономически елементи.

Конструирането на така посочената гъвкава вътрешна бюджетна организационна схема предяви към ръководството на клиниката следните изисквания:

- да планира и контролира разходите по структури (звено за борба с хроничната болка, сектор „анестезиологичен”, сектор „интензивно лечение”);
- да реформира действащата в клиниката информационна система с оглед ориентирането ѝ към вземане на адекватни икономически решения за приходите, разходите и ползите.

Очакваният резултат от въвеждането на гъвкава вътрешно-клинична бюджетна организационна схема ще се изрази в следното:

- по-ефикасно и ефективно разходване на финансовите средства;
- предоставяне на възможности за оптимизиране на клиничните структури;
- адекватност при договаряне на дейности, финансирани от НЗОК, доброволни здравно-застрахователни фондове и други юридически лица.

Списък на разходните пера в Клиниката по анестезиология и интензивно лечение по критерии за флексибилност и разходно-счетоводни икономически елементи.

I. Критерий „фиксираност” на разхода

- 1.електрическа енергия (счетоводен източник за информация – сметка 601,3)
- 2.топлинна енергия (счетоводен източник за информация – сметка 601,3)
- 3.поддръжка на инсталации и съоръжения (счетоводен източник за информация – сметка 602,1)
- 4.поддръжка на сградния фонд-текущи ремонти (счетоводен източник за информация –сметка 602,2)
- 5.капиталови вложения (счетоводен източник за информация –сметка 601,3)
- 6.амортизационни разходи (счетоводен източник за информация –сметка 603).

II. Критерий „полу фиксираност” на разхода

- 1.заплати (счетоводен източник за информация – сметка 604)
- 2.социално осигуряване (счетоводен източник за информация – сметка 605)
- 3.надбавки към заплатите (счетоводен източник за информация – сметка 605)
- 4.болнична храна (счетоводен източник за информация – сметка 601,3)
- 5.униформено облекло (счетоводен източник за информация – сметка 601,3)
- 6.постелочен инвентар за многократна употреба (счетоводен източник за информация – сметка 601,3)
- 7.телекомуникации (счетоводен източник за информация – сметка 602,1)
- 8.канцеларски материали (счетоводен източник за информация – сметка 601,3)
- 9.програмно осигуряване (счетоводен източник за информация – сметка 602,1).

III. Критерий „променливост” на разхода

- 1.лекарства (счетоводен източник за информация – сметка 601,1)
- 2.медицински газове (счетоводен източник за информация – сметка 601,2)
- 3.медицински консумативи (счетоводен източник за информация – сметка 601,2)
- 4.превързочен материал (счетоводен източник за информация – сметка 601,2)
- 5.постелочен инвентар за еднократна употреба (счетоводен източник за информация – сметка 601,3).

Структури на КАИЛ	Дейност				Фиксирани разходи в лв.						Полуфиксирани разходи в лв.									Променливи разходи в лв.					Всичко разходи по структури
	случаи	анестезни часове	легло-дни	амбулаторни прегледы	Съгласно № по списъка / № на разх.с-ка						Съгласно № по списъка / № на разходната сметка									Съгласно № по списъка / № на разходната сметка					
					1 с/ка 601. 3	2 с/ка 601. 3	3 с/ка 602. 1	4 с/ка 602. 2	5 с/ка 601. 3	6 с/ка 603	1 с/ка 604	2 с/ка 605	3 с/ка 605	4 с/ка 601.3	5 с/ка 601.3	6 с/ка 601.3	7 с/ка 602.1	8 с/ка 601.3	9 с/ка 602. 1	1 с/ка 601. 1	2 с/ка 601. 2	3 с/ка 601. 2	4 с/ка 601. 2	5 с/ка 601. 3	
1. Анестезен сектор-общо			X	X	X	X		X				X		X		X						X	X		
т.ч. анестезни работни места в:																									
1.1. урология			X	X	X	X		X				X		X		X						X	X		
1.2. неврохирур- гия			X	X	X	X		X				X		X		X						X	X		
1.3. О Г			X	X	X	X		X				X		X		X						X	X		
1.4. офталмоло- гия			X	X	X	X		X				X		X		X						X	X		
1.5. ОРЛ			X	X	X	X		X				X		X		X						X	X		
1.6. Л Ч Х			X	X	X	X		X				X		X		X						X	X		
1.7. А Г			X	X	X	X		X				X		X		X						X	X		
1.8. Висцерална хирургия			X	X	X	X		X				X		X		X						X	X		
2. Сектор ИЛ - общо в т.ч. звено за:		X		X																					
2.1. същинско инт. лечение		X		X																					
2.2. лечение на болката		X		X																					
Всичко разходи по критерии и икономически елементи																									

Табл. №9 Периодичен (ежемесечен) контрол върху стойностите на сумарните разходи във КАИЛ

Структури на КАИЛ	Дейност				Фиксирани разходи в лв.						Полуфиксирани разходи в лв.								Променливи разходи в лв.					Всичко разходи по структури		
	случаи	анестезни часове	легло-дни	амбулаторни прегледи	Съгласно № по списъка / № на разх.с-ка						Съгласно № по списъка / № на разходната сметка								Съгласно № по списъка / № на разходната сметка							
					1 с/ка 601. 3	2 с/ка 601. 3	3 с/ка 602. 1	4 с/ка 602. 2	5 с/ка 601. 3	6 с/ка 603	1 с/ка 604	2 с/ка 605	3 с/ка 605	4 с/ка 601.3	5 с/ка 601.3	6 с/ка 601.3	7 с/ка 602.1	8 с/ка 601.3	9 с/ка 602. 1	1 с/ка 601. 1	2 с/ка 601. 2	3 с/ка 601. 2	4 с/ка 601. 2		5 с/ка 601. 3	
1. Анестезен сектор-общо	584	1018	X	X	X	X	112	X	-	4442	73863	9980	-	X	56	X	-	X	48	16146	1158	36342	X	X	142149	
т.ч. анестезни работни места в:																										
1.1. урология	91	97	X	X	X	X	14	X	-	548	9233	1250	-	X	8	X	-	X	6	1803	78	3518	X	X	16458	
1.2. неврохирургия	58	188	X	X	X	X	14	X	-	861	9233	1250	-	X	8	X	-	X	6	1977	100	8405	X	X	21854	
1.3. ОТ	75	170	X	X	X	X	14	X	-	834	9233	1250	-	X	8	X	-	X	6	1862	125	5977	X	X	19309	
1.4. офталмология	79	56	X	X	X	X	14	X	-	201	9233	1250	-	X	8	X	-	X	6	64	136	509	X	X	11421	
1.5. ОРЛ	17	34	X	X	X	X	7	X	-	502	4616	615	-	X	4	X	-	X	3	315	59	4670	X	X	10791	
1.6. ЛЧХ	16	21	X	X	X	X	7	X	-	560	4616	615	-	X	4	X	-	X	3	773	59	7749	X	X	14388	
1.7. АГ	79	111	X	X	X	X	14	X	-	312	9233	1250	-	X	8	X	-	X	6	770	78	356	X	X	12028	
1.8. Висцерална хирургия	169	341	X	X	X	X	28	X	-	614	18466	2500	-	X	8	X	-	X	12	8582	523	5167	X	X	35900	
2. Сектор ИЛ - общо в т.ч. звено за:	276	X	926	X	2150	3946	101	-	-	6611	86283	14168	-	1728	126	-	-	478	114	83590	1488	92773	-	-	293561	
2.1. същинско инт. лечение	267	X	926	X	2150	3946	101	-	-	6611	86283	14168	-	1728	126	-	-	478	114	83590	1488	92773	-	-	293561	
2.2. лечение на болката	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
табл. 9-а всички разходи по критерии през м. II 2016 год.	X	X	X	X	2150	3946	213	-	-	11053	160146	24148	-	1728	182	-	-	478	162	99736	2646	129115	-	-	435703	

Структури на КАИЛ	Дейност				Фиксирани разходи в лв.						Полуфиксирани разходи в лв.								Променливи разходи в лв.					Всичко разходи по структури	
	случаи	анестезни часове	легло-дни	амбулаторни	Съгласно № по списъка / № на разх.с-ка						Съгласно № по списъка / № на разходната сметка								Съгласно № по списъка / № на разходната сметка						
					1 с/ка 601. 3	2 с/ка 601. 3	3 с/ка 602. 1	4 с/ка 602. 2	5 с/ка 601. 3	6 с/ка 603	1 с/ка 604	2 с/ка 605	3 с/ка 605	4 с/ка 601.3	5 с/ка 601.3	6 с/ка 601.3	7 с/ка 602.1	8 с/ка 601.3	9 с/ка 602. 1	1 с/ка 601. 1	2 с/ка 601. 2	3 с/ка 601. 2	4 с/ка 601. 2		5 с/ка 601. 3
1. Анестезен сектор-общо	580	991	X	X	X	X	128	X	-	4442	7684 7	1121 6	-	X	56	X	-	X	48	1382 9	1368	1743 9	X	X	1251 07
т.ч. анестезни работни места в:																									
1.1. урология	69	59	X	X	X	X	16	X	-	548	9606	1402	-	X	8	X	-	X	6	1523	93	2418	X	X	1561 2
1.2. неврохирургия	43	155	X	X	X	X	16	X	-	861	9606	1402	-	X	8	X	-	X	6	1354	118	2961	X	X	1604 0
1.3. ОТ	84	169	X	X	X	X	16	X	-	834	9606	1402	-	X	8	X	-	X	6	2334	135	4227	X	X	1856 8
1.4. офталмология	93	62	X	X	X	X	16	X	-	201	9606	1402	-	X	8	X	-	X	6	523	144	607	X	X	1251 7
1.5. ОРЛ	34	38	X	X	X	X	8	X	-	502	4803	701	-	X	4	X	-	X	3	619	59	650	X	X	7349
1.6. ЛЧХ	15	32	X	X	X	X	8	X	-	560	4803	701	-	X	4	X	-	X	3	118	59	117	X	X	6373
1.7. АГ	84	131	X	X	X	X	16	X	-	312	9606	1402	-	X	8	X	-	X	6	669	83	1096	X	X	1322 8
1.8. Висцерална хирургия	158	345	X	X	X	X	32	X	-	624	1921 1	2804	-	X	8	X	-	X	12	6689	677	5363	X	X	3542 0
2. Сектор ИЛ - общо в т.ч. звено за:	280	X	95 2	X	2122	954	725	-	-	6611	9606 0	1508 6	-	1074	117	-	-	415	114	7402 5	1995	6469 6	-	-	2639 94
2.1. същинско инт. лечение	280	X	95 2	X	2122	954	725	-	-	6611	9606 0	1508 6	-	1074	117	-	-	415	114	7402 5	1995	6469 6	-	-	2639 94
2.2. лечение на болката	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
табл. 9-б всичко разходи по критерии и икономич. елементи през м. IV. 2016 год.					2122	954	853	-	-	1105 3	1729 07	2630 2	-	1074	173	-	-	415	162	8785 4	3363	8213 5	-	-	3893 70

Структури на КАИЛ	Дейност				Фиксирани разходи в лв.						Полуфиксирани разходи в лв.								Променливи разходи в лв.					Всичко разходи по структури	
	случаи	анестезни часове	легло-дни	амбулаторни прегледи	Съгласно № по списъка / № на разх.с-ка						Съгласно № по списъка / № на разходната сметка								Съгласно № по списъка / № на разходната сметка						
					1 с/ка 601. 3	2 с/ка 601. 3	3 с/ка 602. 1	4 с/ка 602. 2	5 с/ка 601. 3	6 с/ка 603	1 с/ка 604	2 с/ка 605	3 с/ка 605	4 с/ка 601.3	5 с/ка 601.3	6 с/ка 601.3	7 с/ка 602.1	8 с/ка 601.3	9 с/ка 602. 1	1 с/ка 601. 1	2 с/ка 601. 2	3 с/ка 601. 2	4 с/ка 601. 2		5 с/ка 601. 3
1. Анестезен сектор-общо	514	956	X	X	X	X	208	X	-	444 2	755 76	107 68	-	X	56	X	-	X	90	136 47	112 0	131 12	X	X	119 019
т.ч. анестезни работни места в:																									
1.1. урология	73	109	X	X	X	X	26	X	-	548	944 7	134 6	-	X	8	X	-	X	11	126 4	72	198 5	X	X	147 07
1.2. неврохирургия	53	131	X	X	X	X	26	X	-	861	944 7	134 6	-	X	8	X	-	X	11	269 7	58	109 2	X	X	155 46
1.3. ОТ	72	171	X	X	X	X	26	X	-	834	944 7	134 6	-	X	8	X	-	X	11	145 4	101	197 6	X	X	152 03
1.4. офталмология	51	42	X	X	X	X	26	X	-	201	944 7	134 6	-	X	8	X	-	X	11	315	124	293	X	X	117 71
1.5. ОРЛ	6	9	X	X	X	X	13	X	-	502	471 3	673	-	X	4	X	-	X	6	816	55	123 6	X	X	614 7
1.6. ЛЧХ	10	11	X	X	X	X	13	X	-	560	471 3	673	-	X	4	X	-	X	6	-	55	181	X	X	620 5
1.7. АГ	92	153	X	X	X	X	26	X	-	312	944 7	134 6	-	X	8	X	-	X	11	741	71	303	X	X	122 65
1.8. Висцерална хирургия	157	330	X	X	X	X	52	X	-	624	188 94	269 1	-	X	8	X	-	X	23	636 0	584	604 6	X	X	352 85
2. Сектор ИЛ - общо в т.ч..звено за:	281	X	959	X	254 0	333	126 9	693	-	661 1	106 653	169 94	-	534	135	101 5	-	106	18 0	860 90	136 7	899 35	-	-	314 445
2.1. същинско инт. лечение	281	X	959	X	254 0	333	126 9	693	-	661 1	106 653	169 94	-	534	135	101 5	-	106	18 0	860 90	136 7	899 35	-	-	314 445
2.2. лечение на болката	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
табл. 9-в всичко разходи по критерии и икономически елементи през м. VII 2016 год.					254 0	333	147 7	693	-	110 53	182 229	277 62	-	534	191	101 5	-	106	27 0	997 37	248 7	103 047	-	-	433 474

Табл. 9-г

Усреднен месечен разход в лева в случайно избрани на лотариен принцип три месеца (февруари, април, юли 2016) за лекуван пациент и за легло-ден по **НЯКОИ** от основните критерии за флексибилност в КАИЛ при УМБАЛ „Св. Анна” – София

за лекуван пациент								за легло-ден							
общо	по основни критерии за флексибилност							общо	по основни критерии за флексибилност						
	I.1	I.2	II.1	II.2	III.1	III.2	III.3		I.1	I.2	II.1	II.2	III.1	III.2	III.3
1053	8,22	6,3	349	55,8	294,3	5,9	298,8	307,2	2,4	1,8	101,8	16,3	85,9	1,7	87,2
100%	0,8%	0,6%	33,1%	5,3%	27,9%	0,5%	28,4%	100%	0,8%	0,6%	33,1%	5,3%	28%	0,5%	28,4%

Табл. 9 Д

Усреднен месечен разход в лв. в случайно избрани по лотариен способ три месеца (февруари, април, юли 2016) за анестезиологичен епизод (анестезиран пациент) и за анестезиологичен час по **НЯКОИ** от основните критерии за флексибилност в клиниките–бенефициенти на анестезиологични услуги при УМБАЛ “Св. Анна”- София

НА АНЕСТ РАБОТНИ МЕСТА В КЛИНИКИТЕ БЕНЕФИЦИЕНТИ НА АНЕСТ. УСЛУГИ		За анестезиологичен епизод – лв.				за анестезиологичен час – лв.			
		общо	по основни критерии за флексибилност (каре № 1)			Общо	по основни критерии за флексибилност (каре № 1)		
			II.1	III.1	III.3		II.1	III.1	III.3
1. Урология		202,9	123,4	19,7	33,6	189,8	117	16	29,8
		= 100%	= 60,8%	= 9,7%	= 16,6%	= 100%	= 61,6%	= 8,4%	= 15,7%
2. Невро-хирургия		350	168,9	37,8	79,8	135,8	60,7	13,6	23,4
		= 100%	= 48,3%	= 11,1%	= 22,8%	= 100%	= 44,7%	= 10%	= 17,2%
3. КОТ		229,8	132,5	20,4	52,4	103,9	55,4	11,1	23,9
		= 100%	= 57,6%	= 8,9%	= 22,8%	= 100%	53,3%	= 10,7%	= 23%
4. Офтал-мология		170	136,3	4,1	7,1	228,7	167,2	5,7	6,6
		= 100%	= 80,2%	= 2,4%	= 4,2%	= 100%	= 73,1%	= 2,5%	= 2,9%
5. ОРЛ		625,2	399,4	55,9	120,8	397,9	261,9	33,3	97,2
		= 100%	= 63,9%	= 8,9%	= 19,3%	= 100%	= 66,8%	= 8,4%	= 24,4%
6. ЛЧХ		648,2	345,5	5,8	170	482,6	266,2	20,2	129,7
		= 100%	= 53,2%	= 0,82%	= 26,2%	= 100%	= 55,2%	= 4,2%	= 26,9%
7. АГ		147,9	89,4	6,5	6,1	96,5	72,7	5,6	4,5
		= 100%	= 57,7%	= 4,4%	= 4,1%	= 100%	= 75,3%	= 5,8%	= 4,7%
8. КОЕХ		227,1	118	44,5	34,3	105	55,7	21,3	16,3
		= 100%	= 52%	= 19,6%	= 15,1 %	= 100%	= 53%	= 20,3%	= 15,5%
на К А И Л	в абсл. стойност	325	188,7	24,4	63	217,5	132,1	15,8	43,5
	в %	100	58	7,5	19,4	100	60,7	7,3	20

Окрупнените данни от проведените контролни одити на сумарните разходи в три случайно подбрани по лотариен способ месеци (февруари, април, юли-2016 год.), посочени в таблиците 9-а, 9-б и 9-в, както и детайлния вариационен и алтернативен анализ на същите в табл. 9-г и 9-д показва, че:

1. 69% от разходите на КАИЛ се формират от дейностите за интензивно лечение и 31% от проведени анестезни дейности;
2. средно за един интензивно лекуван пациент се изразходват 1053 лв., от които:
 - а) по критерия „фиксиран разход“:
 - *8,22 лв., или 0,8% за ел. енергия;
 - *6,3 лв., или 0,6% за топлинна енергия.
 - б) по критерия „полуфиксиран разход“:
 - *349 лв., или 33,1% за труд на клиничния персонал;
 - *55,8 лв., или 5,3% за социално осигуряване на клиничния персонал.
 - в) по критерия „променлив разход“:
 - *294,3 лв., или 27,9% за изразходвани лекарствени средства;
 - *5,9 лв., или 0,5% за медицински газове;
 - *298,8 лв., или 28,4% за медицински консумативи.
3. средно за един лечбен легло-ден се изразходват 307,2 лв., от които:
 - а) по критерия „фиксиран разход“:
 - *2,4 лв., или 0,8% за ел. енергия;
 - *1,8 лв., или 0,6% за топлинна енергия.
 - б) по критерия „полуфиксиран разход“:
 - *101,8 лв., или 33,1% за труд на клиничния персонал;
 - *16,3 лв., или 5,3% за социално осигуряване на клиничния персонал.
 - в) по критерия „променлив разход“:
 - *85,9 лв., или 28% за изразходвани лекарства;
 - *1,7 лв., или 0,5% за медицински газове;
 - *87,2 лв., или 28,4% за медицински консумативи.
4. средно за един анестезен епизод (анестезия средно на един пациент) се изразходват 325 лв., от които:
 - а) по критерия „полуфиксиран разход“ 188,7 лв., или 58% за труд на участващите в анестезиологичния екип;
 - б) по критерия „променлив разход“:
 - *24,4 лв. или 7,5% за използвани лекарствени средства;
 - *63 лв., или 19,4% за използвани медицински консумативи.
5. средно за един анестезен час се изразходват 217,5 лв., от които:
 - а) по критерия „полуфиксиран разход“ 132,1 лв., или 60,7%

за труд на участващите в анестезния екип;

б) по критерия „променливи разходи“:

*15,8 лв., или 7,3% за използвани лекарствени средства;

*43,5 лв., или 20% за използвани медицински консумативи.

Но ако финансовия натиск върху реанимационните и анестезиологичните дейности на КАИЛ са важен стимул за рационално икономическо реструктуриране на ресурсното им осигуряване, не бива да се забравя, както показва дисертационното проучване, че съществуват и други фактори, които имат пряко отношение към тяхното финансиране, като например напредъкът в използването на скъпоструващи интензивни лечебни и анестезиологични технологии, нарастващите изисквания на пациентите и др. И тъй като приходите, които формира клиниката се осъществяват по смесената система (здравно осигурителна+бюджетна) се наложи в контекста на дисертационната тема да се постави акцент върху някои ключови въпроси, отнасящи се до финансирането на осъществяваните от нея здравни услуги.

***Компонентът „финансиране със средствата от НЗОК“** ще се основава на извършените разходи за пациенти лекувани по „клинични пътеки“ или за предоставени високоспециализирани диагностични изследвания. Това ще доведе до обвързване на финансовите средства с конкретни болнични услуги и до увеличаване на възможностите за оценяване и повишаване на диагностичната и лечебната ефективност на структурните компоненти на клиниката.

***Компонентът „финансиране от републиканския бюджет на спешни състояния“**, извън обхвата на „клиничните пътеки“, ще се осъществява чрез осигуряване на определена сума за лекувано заболяване, по класовете на МКБ-X-та ревизия, чийто размер ще се определя от действителните разходи за положения труд и приложените (използваните) лекарствени продукти и медицински консумативи. Вероятно този компонент ще се усъвършенства чрез отчитане не само на усреднени материални разходи и работна часова натовареност на персонала, но и чрез въвеждане на корективи, отчитащи тежестта на лекуваните заболявания (например по адаптирана за целта ASA).

Макар, че подреждането на приоритетите за придобиване на здравноосигурителни и бюджетни приходи от клиниката „анестезиология и интензивно лечение“ и в бъдеще ще се определя от много фактори (икономически, технологични, социални, хуманитарни, научни и др.), следва да се отчете, че основното, което трябва да се има предвид в случая е:

- подобряване качеството на анестезиологичните и интензивните лечебни дейности, посредством по-ефективното им предлагане и осигуряване на безотказен, медицински обоснован достъп до тях;
- непрекъснато осъвременяване на диагностичните, лечебните и специалните ресусцитационни и анестезиологични технологии на

основата на най-новите постижения на анестезиологичната и реанимационната наука и практика;

- усъвършенстване на механизмите, съдържащи се в управленския модел за контрол на разходите (каре 1 и табл.9) във всяка от структурите на клиниката;
- финансовият натиск упражняван от ограниченията в обществения финансов ресурс, предназначен за здравеопазване, от една страна и нарастващите изисквания на медицинската практика-от друга.

Ето защо умелото комбиниране на постъпленията от различните източници на финансиране и осъвременения контрол на техния разход е по същество рационален прагматичен отговор на един дежурен проблем на икономическата политика, която ръководството на клиниката е длъжно да провежда-политика за обвързване на разходите с вида, обема и качеството на извършващите се в клиниката дейности, а не като налагане на определени теоретичен икономически шаблон.

И тъй като медицинските услуги предоставяни от всички структури на клиниката са видим значителен елемент на цялата ѝ дейност те ще бъдат основен катализатор за усъвършенстване на нейния клиничен, здравно-икономически и финансов мениджмънт. В този смисъл, както показва дисертационното изследване, упражняването на постоянно действащ контрол върху разходите, съпроводен със задълбочен анализ на постигнатата медицинска ефективност (cost/medical effect) във всички структури на клиниката трябва да е универсално, отчитайки същевременно, че подобна мениджърска технология понякога ще влиза в конфликт с други приоритетни цели, каквато е например целта за осъвременяване на действащите в клиниката клинични протоколи и диагностично-терапевтични алгоритми.

Без съмнение, при финансирането на различните клинични структури ще се появят различия, продиктувани от такива индикатори, като: реализиран обем дейности, заплащани от доброволни здравно-застрахователни фондове, брой лекувани болни по „клинични пътеки” и др. Но тези различия ръководството на клиниката ще оценява по скоро, като възможност за намиране на континуум, а не за дихотомия.

4.Б. ДЕЙНОСТИ ЗА ОПТИМИЗИРАНЕ НА ЧОВЕШКИЯ КАПИТАЛ НА КАИЛ

Най-важният компонент на комплекса от обективни условия за адекватност към приоритетните цели на управленския модел за контрол на разходите и подобряване качеството на медицинските дейности в клиниката по анестезиология и интензивно лечение е количествената и качествената характеристика на нейния човешки капитал.

Към 31.12.2015год. броят и квалификационният градиент на персонала в клиниката са показани в табл. 10.

табл. 10.

№ по ред	професионална характеристика на персонала в клиниката	щат	заети	научна степен	
				ДМ	ДМН
1.	Висш медицински персонал общо	23			
	А. в т. число:	2			
	а)лекари с две и повече специалности или магистратури от профес.с направление „медицина”	х		х	х
	б)лекари с една специалност	11		х	
	в)лекари без специалност	12		х	х
	Б. в т. число:НПП общо:	х	1	1	х
	от тях:	х			х
	а)професори	х	-	х	х
	б)доценти	х	1	1	х
	в)гл.асистенти	х		х	х
	г)ст.асистенти	х		х	х
	д)асистенти	3	3	х	х
2.	Висш немедицински персонал	1	1	х	х
3.	Професионалисти по здравни грижи	48	48	х	х
4.	Друг персонал	14	14	х	х
	Обща численост на персонала в клиниката	86	86	1	х

Анализът показва, че независимо от впечатлителните цифри в таблицата, е необходимо ръководството на клиниката да провежда съвременна политика по отношение на човешкият й капитал основаващ се на триадата:

- прецизен качествен подбор на всички ново постъпващи служители;
- полагане на грижи за непрекъснато повишаване квалификацията на всички служители;
- осигуряване на оптимални условия за качествена изява на техния професионализъм и изкуство.

4.Б.1. Подборът на медицинските и други специалисти да се извършва по критерии, даващи представа за техните професионални, делови и нравствени качества:

- професионален опит и знания;
- умение за вземане на бързи и правилни решения при сложни професионални ситуации;
- отсъствие на склонност към професионален волунтаризъм;

- колегиалност в отношенията към другите служители на клиниката;
- уважение към пациентите и спазване на изискванията на Хартата за техните права.

От медицинските специалисти ще се изисква умение за работа в екип, годен да реши по най-добрия начин, както разходните, така и качествените параметри на произведените в клиниката анестезиологични и интензивни лечебни услуги.

Това наложи за всяко длъжностно наименование да се състави **актуализирана** длъжностна характеристика, с оглед разписаните в нея задължения и отговорности да послужат за основа на периодичното атестиране на служителя.

4.Б.2. Изискването за екзактност на дисетационното проучване на качествената изява на професионализма и изкуството на служителите в КАИЛ наложи да се проведе анонимно анкетирание на мнението им за състоянието на качеството на дейностите, работните условия и психологическия климат в клиниката.

Анкетата обхваща 61 лица. Формулировката на въпросите в анкетната карта, отговорите по тях и коректната им, представена в синтетичен контекст, итерпретация са илюстрирани подробно в табл. 10-а и съпътстващата я графика.

Изводите от анкетата показаха, че професионалното поведение на служителите в КАИЛ се предопределя в значителна степен от редица обективно действащи мотивационни фактори от информационно, управленско, трудово-защитно и материално естество. Във връзка с това за целите на управленския модел за контрол на разхода и подобряване качеството на дейностите в клиниката бяха предприети следните мениджърски мерки:

- Мотивационните фактори от информационно естество да се основават на конституционното право на служителите за прозрачност на взетите от ръководството на клиниката решения, касаещи нейното развитие и дейност. Това наложи да бъде осигурена публичност на тези решения и на тяхното етапно изпълнение.
- Мотивационните фактори от управленско естество да се насочват в позитивна посока, чрез включване на служителите на клиниката във формирането на нейната политика лично или чрез представителните им органи (началници на сектори, старши мед. сестри);
- Мотивационните фактори от трудово-защитно естество да бъдат решавани чрез участието на техни представители във формирането на общо болничния колективен трудов договор;

Резултати от проведената анкета с лекарите и медицинските сестри в КАИЛ при УМБАЛ „Св. Анна“ за състоянието на качеството на дейностите, работните условия и психологическия климат в клиниката (брой на анкетираните лица 61=84,7% от общия брой)

Нуждаете ли се от подобряване и развитие на Вашите:

1. Професионални знания и компетенции?

да 41=67,2%,..не 20=32,8%.

2. Умения за комуникации да 41=67,2%, не 20=32,8%

3. Умения за социални дейности?

да 23=37,7%, не.38=62

4. Нуждаете ли се от подкрепа за подобряване на ежедневните ви дейности?

да 34 =55,7% , не 27=44,3%

5. Имате ли личен принос в подобряване качеството на анестезните и интензивните лечебни дейности и на грижите за болните? да 40=65,5% , не 21=34,4%.

6. Подпомагате ли колегите си за подобряване качеството на работата в клиниката?

да 39=63,9% , не 22=36,1%

7. Професионално надзиравани и зависими ли сте по време на работа от други Ваши колеги клиниката?

да 34=55,7%, не 27=44,3%

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

да 47=77%, не 14=23%

9. Притежавате ли добри междуличностни умения и готови ли сте да окажете морална и/или емоционална подкрепа на вашите колеги, когато това се налага? да 50=80%, не 11=18%

10. Имате ли съзнание на независима личност и

можете ли да отстоявате идейната святост и моралната чистота на медицинската професия?

да 43=70,5%, не 18=29,5%

11. Ведър ли е психологичния климат в клиниката и можете ли спокойно и планомерно да се захванете с работата си още в началото на работния ден? да 37=60.7%., не 24=39.3%

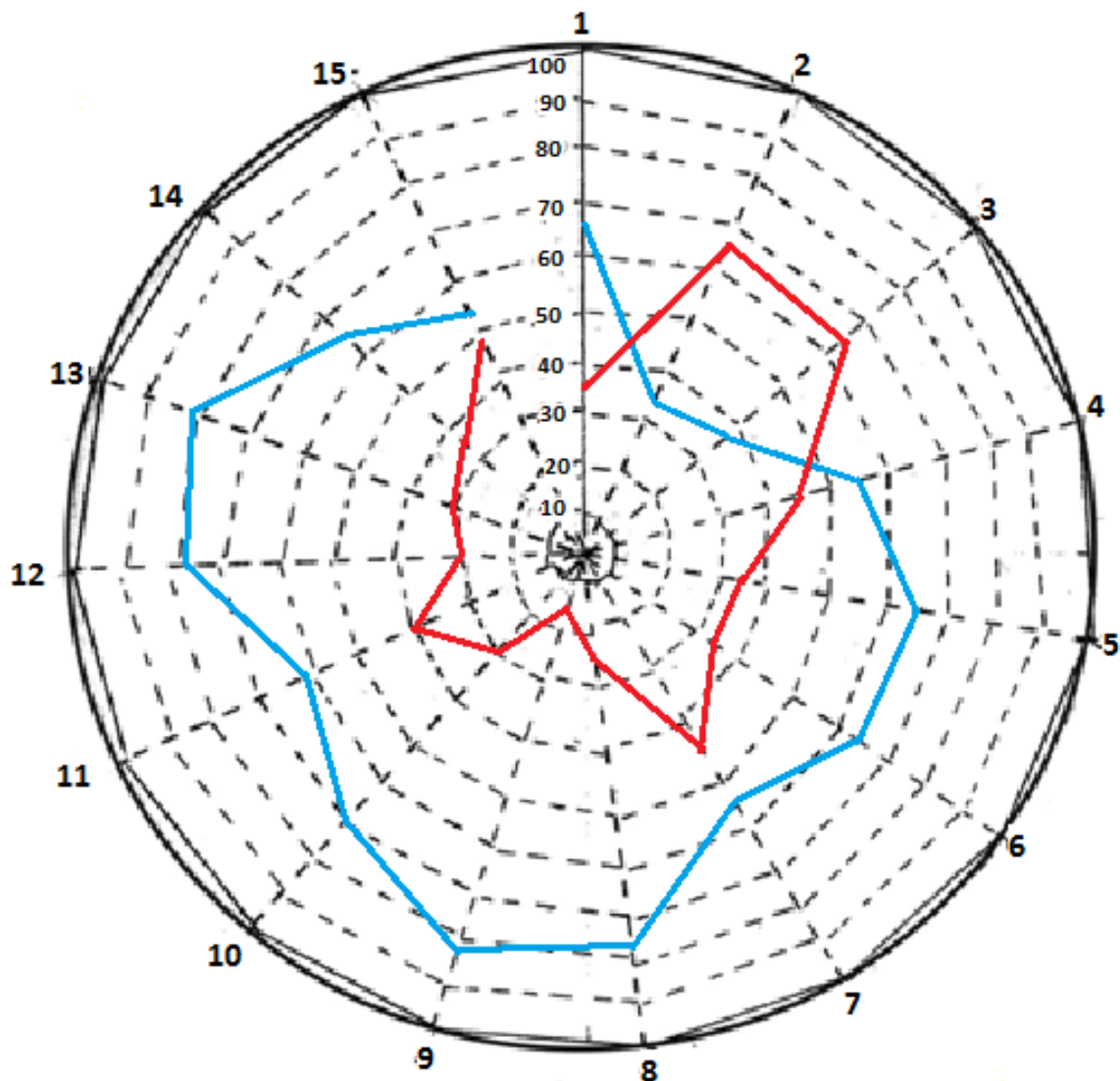
12. Съумявате ли да използвате добрия си морално-волеви потенциал за привличане на пациентите Ви към активно сътрудничество при провеждането на диагностичните и лечебните им процедури? да 48=78.7%, не 13=21.3%

13. Готов ли е началникът ви да обсъди с Вас проблеми, свързани с работата, която извършвате? да 49=80.3% не 12=19.7%.

14. Готов ли е началникът ви да Ви изслушва за лични проблеми, които влияят на работа Ви да 40=65,6%, не 21=34,4%

15. Смейте ли да критикувате началника ви, без да се страхувате от последствията? да 31=50,8%, не 30=49.2%.

Графика на индикаторите, образуващи съставния индекс (в %) на мнението на персонала в КАИЛ при УМБАЛ „Св. Анна“ за състоянието на качеството на дейностите, работните условия и психологичния климат в клиниката



Пояснение 1

Цифрите от 1 до 15 в точките на най-външния периметър на графиката означават номера на въпроса от анкетната карта

Пояснение 2

- положителен отговор
- отрицателен отговор

- Мотивационните фактори от материално естество да се решават чрез формиране на работни заплати и допълнителни материални стимули в зависимост от критериите „количество, професионална компетентност и сложност“ на извършваните дейности.

Това наложи да се разработи и предложи на ръководството на болницата за утвърждаване и експериментално внедряване на посочената по-долу логическа моделна конструкция, съответстваща на тези критерии.

ЛОГИЧЕСКА МОДЕЛНА КОНСТРУКЦИЯ

за формиране на месечните трудови възнаграждения на работещите в КАИЛ, състояща се в нарастване на основната им (по трудов договор) заплата с коефициенти (K_n) за размера на допълнителните месечни материални стимули към нея.

1. НАЧАЛНИК НА КЛИНИКА/ОТДЕЛЕНИЕ-коефициент К-1:

К.1.1. за брой на анестезните работни места, както следва:

до 4	0,2
от 5 до 8.....	0,4
от 9 до 12.....	0,6
>12.....	0,8

К.1.2. за брой легла за интензивно лечение, както следва:

до 5.....	0,2
от 6 до 10.....	0,3
от 11 до 15.....	0,5
от 16 до 20.....	0,7
>20.....	0,9

2. ЛЕКАРИ-ВСИЧКИ, НЕЗАВИСИМО ОТ УПРАВЛЕНСКИТЕ ИМ ФУНКЦИИ-коефициент К-2

К.2.1. без специалност по АИЛ (специализиращи)

до 1 година.....	0,0
от 1 до 4 години.....	0,05

К.2.2. със специалност по АИЛ и професионален стаж след нейното придобиване, както следва:

до 5 години.....	0,4
от 6 до 10 години.....	0,6
>10 години.....	0,8

К.2.3. за единица извършена анестезна дейност по класификационната система ASA, както следва:

по ASA 1.....	0,01.
по ASA 2.....	0,04
по ASA 3.....	0,06
по ASA 4.....	0,10
по ASA 5.....	0,12

3. МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ-коэффициент К-ЗК.3.1.

К.3.1. старша анестезиологична медицинска сестра за брой анестезни работни места, както следва:

до 4.....	0,2
от 5 до 8.....	0,3
от 9 до 12.....	0,4
>12.....	0,5

К.3.2. анестезиологична медицинска сестра за асистенция на единица анестезна дейност по класификационната система ASA, както следва:

ASA 1.....	0,00.
ASA 2.....	0,01.
ASA 3.....	0,02.
ASA 4.....	0,03.
ASA 5.....	0,04.

К.3.3. старша реанимационна сестра за брой легла за интензивно лечение, както следва:

до 5.....	0,2
от 6 до 10.....	0,3
от 11 до 15.....	0,5
от 16 до 20.....	0,7
>20.....	0,9

4. СЛУЖИТЕЛИ НА КЛИНИКАТА (ЛЕКАРИ, МЕД.СЕСТРИ, САНИТАРИ), които през отчетния месец са взели участие в лечението и обгрижването на болни в сектора за интензивно лечение, съобразно тежестта на състоянието им (Коефициент К.4.), оценено по адаптирана за целта система ASA (табл. 10.а.)

Коефициента К.4 се изчислява върху сбора „основни заплати по трудов договор“ на тези служители. В съответствие със сумарния брой точки, регистрирани в табл.10.а., неговата величина е както следва:

до 50 точки.....	0,00
от 51 до 100 точки.....	0,10
от 101 до 150 точки.....	0,20
от 151 до 200 точки.....	0,30
от 201 до 250 точки.....	0,40
от 251 до 300 точки.....	0,50
от 301 до 400 точки.....	0,60
>400 точки.....	0,70

Получената сума се разпределя съобразно трудовото участие и размера на основните заплати на служителите, работели през отчетния месец в сектора „интензивно лечение“ на клиниката.

Таблица за оценка тежестта на състоянието на постъпил в клиниката пациент.

диагноза:.....

ЕГН

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Дата на постъпване:.....

показател	точки	0	1	2	4	8	16	брой точки
1	2	3	4	5	6	7	8	
1. възраст		1-69 г.	1м. – 1г.; 70 – 79 г.	0 – 1м.; 80+ г.	-	-	-	
2. артериално налягане		нормотония	диастолично 90-120	диастолично > 120 систолично 160-200	систолично >200	-	-	
3. сърдечно-съдова функция		нормална	компенсирана сърдечна инсуфициенция NYCA-ФК-1	I-ва степен сърдечна инсуфициенция NYCA- ФК-2	II-ра степен сърд. инсу- фициенция NYCA-ФК- 3	III-та степен сърд. инсу-фициенция NYCA-ФК-4	шок	
4. ЕКГ		нормална	AV блок I-II ст.; миокарден инфаркт > 2 г.; надкамерни ES до 7/мин.	AV блок III-та ст.; миокарден инфаркт преди 1-2 г.; над- камерни ES 7/мин; камерни ES < от 5/мин	абсолютна аритмия; миокарден инфаркт преди 6м.-1г.; предсърдно трептене; кам. ES 5-12/мин	камерни ES >12/min; миокарден инфаркт през последните 6 м.		
5. дихателна функция		нормална	обструктивен тип и рестриктивен тип ДН; белодробен възпалителен процес в един квадрант	диспнея при натовар- ване; белодробен въз- палителен процес в два квадранта	белодробен възпалителен процес в три квадранта	диспнея при покой; из- разена цианоза; бело- дробен възпалителен процес в 4 квадранта	изкуствена белодробна вентилация	
6. бъбречна функция		нормална	креатинин 150-300 μ mol/L	креатинин >300 mol/L		остра бъбречна недостатъчност	-	
7. черендробна функция		нормална	повишени до 100% трансаминази	повишени над 100% трансаминази	клинични и лаборат. данни за черн. инсуф.	-	-	
8. съзнание по GCS		15/15	13-14/15	10-12/15	8-9/15	5-7/15	3-4/15	
9. въглеродна обмяна		нормогликемия	орално регулиран диабет	инсулиново регулиран диабет	декомпенсиран диабет	-	-	
10. йонограма		нормална	хиперкалимия > 5 mmol/L хипонатриемия < 135 mmol/L	хипокалимия 3- 2,5mmol/L; хипонатри- емия < 125 mmol/L	хипокалимия <2,5 mmol/L; натрий < 120 и > 160 mmol/L	-	-	
11. хемоглобин		Hb>115 g./L	Hb 115 – 90 g/L	Hb 90-75 g./L	Hb 75-50 g/L	Hb < 50 g/L		
12. температура		нормална	37,1 – 38 С	38 – 40 С	< 36 С; > 40 С	-	-	

13. Медик. Алергия	-	Кожна	системна	-	-	-		
14. двигателна функция	нормална	частично ограничена или пълен двигателен дефицит на един крайник	пълен двигателен дефицит на два крайника	пълен двигателен дефицит на четири крайника	-	-		
15. психично състояние	нормално	лека форма на умствена изостаналост	средна форма на умствена изостаналост	тежка форма на умствена изостаналост; органични и/или симптоматични психични разстройства; поведенчески, налудни, афективни разстройства	абстинентно състояние с припадъци или делир; налудни разстройства с агресия или автоагресия; кататонна възбуда; афективни разстройства с дълбока депресия или манийна възбуда; депресивен ступор			
16. инфекциозни увреди	няма	на кожата и лигавиците	на подкожна тъкан	-	перитонит; особено опасни инфекции	сепсис		
общ брой:								

Лекуващ лекар:

Н-к на клиника (отделение):.....

- Пояснение:**
1. Таблицата е заимствана от Наредба № 13/1996 год. на МЗ и е неразделна част от листа „ИЗ”. Попълва се за всеки новоприет болен, като за всеки показател от № 1 до № 16 се отбелязват (подчертават) получените данни от анамнезата, обективните и лабораторните изследвания, посочени в колоните № 2 до № 7
 2. Лабораторните, инструменталните и апаратните изследвания се назначават съобразно работната диагноза.
 3. По всеки показател могат да се отбележат (подчертаят) данни само от една колона.
 4. Резултатите (броят на точките) по показателите се вписват в колона 8, а общият им брой – в последното дясно поле долу на таблицата най-късно до третия ден след постъпването на пациента.

4.Б.3. Грижите за повишаване професионалната квалификация на персонала, бяха поставени в центъра на ползрението на клиничното ръководство Във връзка с това:

- Бяха разработени и реализирани индивидуални и групови програми за продължителната следдипломна квалификация на лекарите, стационарните и анестезиологичните медицински сестри, т.е. на всички участващи в диагностично-лечебния процес и в интегрираните грижи за болните. Контролът по изпълнението на програмите е възложен на отговорниците на секторите и на старшите медицински сестри
- Създадена бе организационна и документална готовност през четвъртото тримесечие на 2016 год. в клиниката да се внедри система за периодична професионална атестация на лекарите и медицинските сестри. Резултатите от атестацията да бъдат използвани за актуализация на програмите за продължителна квалификация;
- Уточнено бе ръководството на клиниката да отдели особено внимание на практическото обучение по изпълнението на „клиничните протоколи”, „диагностично-терапевтичните алгоритми” и „техническите фишове за добри сестрински грижи”.

5. РАЗРАБОТВАНЕ И ВНЕДРЯВАНЕ НА УПРАВЛЕНСКИ МОДЕЛ ЗА ПОДОБРЯВАНЕ И УСТОЙЧИВО РАЗВИТИЕ НА КАЧЕСТВОТО НА ДЕЙНОСТИТЕ В КЛИНИКАТА ПО АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И ИНТЕНЗИВНО ЛЕЧЕНИЕ, ОСНОВАВАЩ СЕ НА МОДЕЛА ЗА ОРГАНИЗАЦИОННО СЪВЪРШЕНСТВО НА ЕВРОПЕЙСКАТА ФОНДАЦИЯ ЗА УПРАВЛЕНИЕ НА КАЧЕСТВОТО

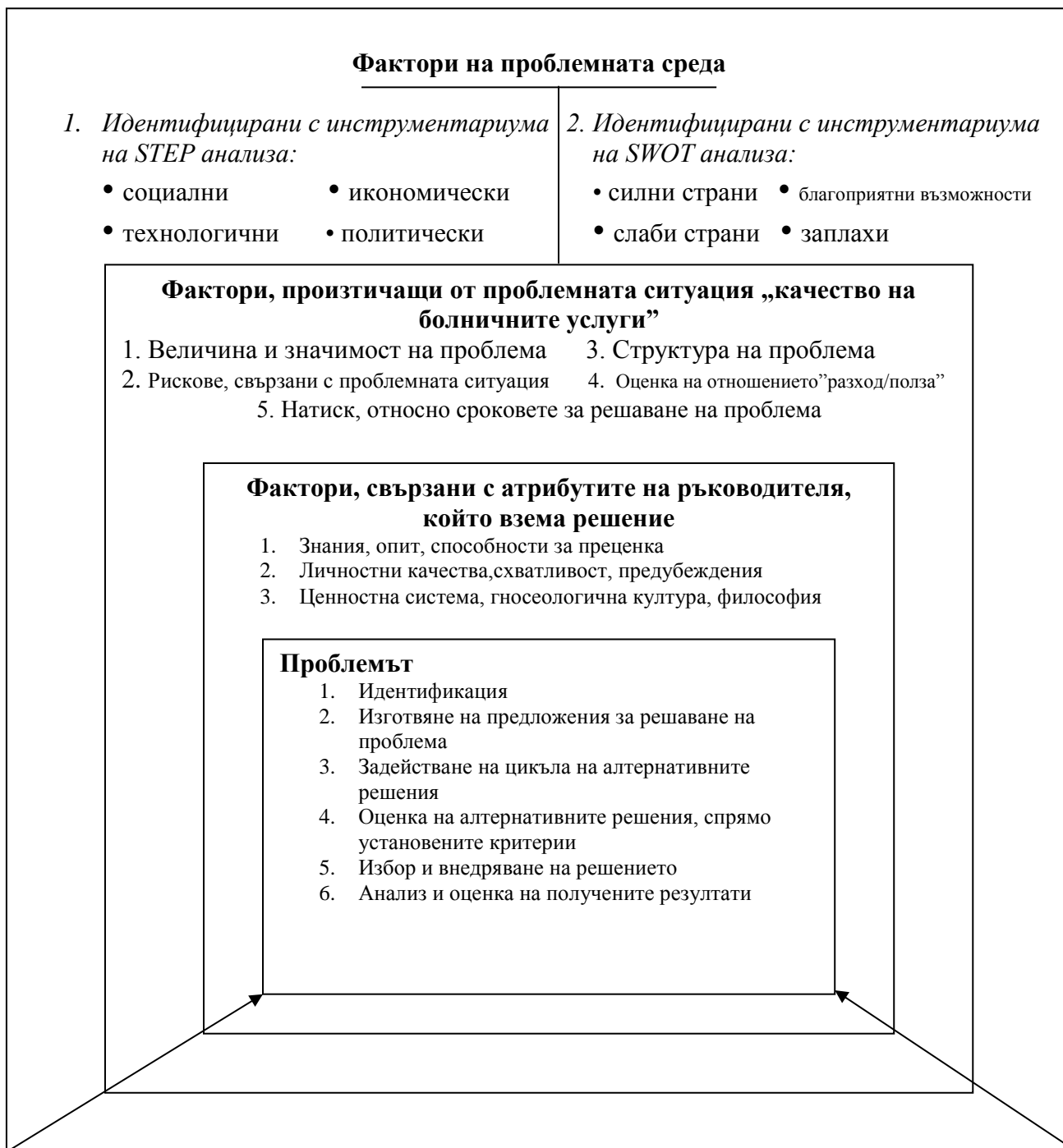
Намирането на решение на проблемите, свързани с качеството на дейностите в Клиниката по анестезиология и интензивно лечение е процес, който позволява на нейното ръководство да осъществява промени, чрез които работните качествени резултати да се приближат максимално до желаните такива. Този процес в по-малка или голяма степен оказва влияние върху разпределението и използването на ресурсите, с които клиниката разполага .

Дисертационното изследване показва че намирането на адекватно решение на проблема, свързан с качеството на определени или взаимосвързани анестезиологични или интензивни лечебни дейности е трудоемка и изискваща продължително време работа. Причина за това са често възникващите комплексни, неструктурирани, нерутинни, а понякога и извън управленския обсег на клиничното ръководство ситуации. Но въпреки това, както показват основаващи се на научни доказателства практики (17), (57), (16), (20), (29) процесът за намиране решение на подобни проблеми е един и същ: *процесен подход, критериен алгоритъм, вътрешни и външни одити, присъждане на оценка*, независимо от различията на вида и обхвата им. Различия в повечето случаи се проявяват в обема, интензивността и времевите параметри на процеса, но не и в алгоритъма на самия процес.

Фиг.12. илюстрира съдържанието на четирите основни групи фактори, които оказват влияние върху решаването на проблем, свързан с неговото качество:

- фактори на проблемната (външна и вътрешна) среда;
- фактори, произтичащи от естеството на ситуацията свързана с качествените аспекти на определена анестезна или интензивно-лечебна дейност;
- фактори, свързани със знанията, опита и личностните качества на ръководителя на клиниката;
- фактори, оказващи влияние на алгоритъма за търсене на подходящо решение на проблема „подобряване и устойчиво развитие на качеството”.

Съдържанието на посочените групи фактори и взаимовръзката помежду им за всеки конкретен случай ще се установява с помощта на методите STEP-анализ и SWOT-анализ, които ръководството на клиниката възнамерява да използва при упражняване на мениджърските си функции



Фиг.12. Фактори на проблемната среда,оказващи влияние върху качеството на дейностите в КАИЛ

5.1. КОНТЕКСТ

5.1.А. ДИСЕРТАЦИОННОТО ИЗСЛЕДВАНЕ ПОКАЗА, ЧЕ ПОДОБРЯВАНЕТО И ПОДДЪРЖАНЕТО НА КАЧЕСТВОТО в цялостната изява на способностите на Клиниката по анестезиология и интензивно лечение при УМБАЛ „Св. Анна”-София изисква оптимизиране, в съответствие с нормативно определения медицински стандарт и акредитационни критерии, на :

- условията, в които и средствата с които се осъществяват дейностите в нейните клинични сектори (анестезен и интензивно-лечебен);
- процесите, чрез които се провеждат необходимите, съгласно изискванията на алгоритмите на „клиничните пътеки” диагностични и лечебни процедури и грижи за болните;
- резултатите от проведеното лечение изразени, както с конвенционалните показатели за успеваемост, така и с тези за качество на предстоящия живот(QALY, DALY) след приключване на контакта „клиника-пациент”

Изборът на подходящи мениджърски интервенции, свързани с подобряване и устойчиво развитие на качеството в клиниката се влияе от такива фактори, като съдържанието на нейния клиничен портфейл, човешкият капитал и техническите ресурси , които тя притежава.

Проведеното в хода на дисертационното изследване „*консенсусно обсъждане*” с фокусна група от работещи в клиниката лица показва, че отчитайки посочените обстоятелства и опирайки се на новаторското поведение на лекарите и професионалистите по здравни грижи и създаването на условия за творческа изява на най-добрите от тях; внедряването на съвременен управленски модел за подобряване и устойчиво развитие на качеството в клиниката ще й осигури не само директни ползи, но ще бъде и важен принос към управлението на рисковете при нейното функциониране.

Паралелно с това бяха изразени становища, че подобен управленски модел ще насърчи въвеждането на процесния подход в усилията за подобряване и устойчиво развитие на качеството на осъществяваната от клиниката дейност. Това е важно защото „*процесния подход*” е обща водеща теза на Международната организация за стандартизация (ISO) и Европейската фондация за управление на качеството (EFQM) и защото и двете организации (ISO и EFQM) фокусират вниманието си главно върху съдържанието на процесите, на тяхното управление и планирани резултати. Изключително полезно бе предложението на фокусната група за съставяне на „*лътна карта*”, очертаваща времевите етапи на работата по конструирането на управленския модел за подобряване на качеството и задачите, които трябва да решат на всеки от тях. В резултат на тази препоръка бе изготвена шест компонентна програма (табл. № 11 до № 16.)

Етапи при конструирането и внедряването на управленския модел за подобряване качеството на
.....дейностите в Клиниката по анестезиология и интензивно лечение при УМБАЛ „Св. Анна” АД-София.

Табл. 11. Етап 1 : Формулиране на целите на модела

основни задачи	важни въпроси	необходими действия	помощни средства
<p>1. Определяне на целите на модела.</p> <p>2. Определяне на ангажиментите на ръководството на клиниката</p>	<p>1. Какви изисквания се поставят за качеството на анестезиите и интензивните лечебни услуги?</p> <p>2. Какви последици за клиниката ще има недостатъчно доброто и непостоянното качество на предоставяните от нея анестезни и интензивни лечебни услуги?</p> <p>3. По какво се различава КАИЛ при УМБАЛ „Св. Анна”-София от аналогични структури в други лечебни заведения по отношение на качеството?</p>	<p>1. Формулиране на основните цели и приемане на специфична за клиниката политика по качеството.</p> <p>2. Документиране, утвърждаване, разпространяване, огласяване и поддържане на политиката по качеството от целия персонал.</p> <p>3. Организиране на срещи с персонала в онези клинични структури на болницата, с които КАИЛ е в професионална колаборация, за разясняване на обявената от нейното ръководство политика по качеството.</p>	<p>1. Изучаване на специализирана литература по въпросите на качеството в здравеопазването.</p> <p>2. Анализ на местото, което заемат предоставяните от клиниката анестезни и интензивни лечебни услуги на целевите здравни пазари и на тяхната конкурентоспособност.</p> <p>3. Концептуалната рамка на дисертанта за изграждане на управленски модел за подобряване качеството на медицинските дейности в КАИЛ.</p> <p>4. Изводите от прегледа на литературата по проблема “качество на здравните услуги”.</p>

Табл. 12. Етап 2 : Специфициране на изискванията към модела

основни задачи	важни въпроси	необходими действия	помощни средства
<p>1. Съставяне на контролен списък на всички изисквания, изведени при реализиране на задачите от Етап 1</p> <p>2. Специфициране на важните изисквания към модела, произтичащи от формулираните цели.</p>	<p>1. От кого се поставят изискванията, относно модела?</p> <p>2. Как са документирани или регистрирани тези изисквания?</p> <p>3. Кое е най-същественото в тези изисквания, например :</p> <ul style="list-style-type: none"> • деклариране на съответствието със стандарти; • вътрешни изисквания за избягване на загуби и пропуснати ползи • отговорност за щети, причинени от дефекти на предоставените здравни услуги и др. 	<p>1. Обобщаване и структуриране на препоръките , направени от участващите във фокусната група.</p> <p>2. Оценка на препоръките и степенуването им по важност.</p> <p>3. Избор на подходящ модел за конструиране на управленски модел за подобряване н качеството:</p> <ul style="list-style-type: none"> • EFQM (European Foundation for Quality Management)- Excellence Model. • ISO 9001:2008. • PDCA(Plan-Do-Check-Act) Deming . Аредитация по ANAES (57) 	<p>1. Изисквания на потребителите към предоставяните от клиниката услуги.</p> <p>2. Обществени изисквания</p> <p>3. Изисквания на законовите разпоредби в областта на дравеопазването</p> <p>4. Изисквания, изведени от анализите на фокусната група.</p> <p>5. Специфичните изисквания на избрания модел за управление на качеството на медицинските дейности в КАИЛ .</p>

Табл. 13. Етап 3 : *Анализ на съществуващото положение

основни задачи	важни въпроси	необходими действия	помощни средства
<p>1.Избор на EFQM-Excellence Model(Модел за организационно съвършенство на Европейската фондация за управление на качеството),като еталон за конструиране на подобен на него Модел в КАИЛ при УМБАЛ„Св.Анна”</p> <p>2.Извършване на вътрешен одит за оценка на документите и действията спрямо избрания модел и разкриване на слабите места.</p> <p>3.Документиране на несъответствията и класифицирането им по степен на значимост.</p>	<p>1.Предоставяните от лечебното заведение услуги отговарят ли на изискванията на избрания модел?</p> <p>2.Описано ли е в достатъчна степен изпълнението на всяко от изискванията ?</p> <p>3.Отговаря ли описаното на практическото изпълнение ?</p> <p>4.Ефективно ли е изпълнението на отделните изисквания ?</p>	<p>Създаване на експертна група от работещи в клиниката специалисти и външни консултанти за извършване на вътрешен одит.</p>	<p>Писмени указания на директора на болницата за организиране и провеждане на вътрешен одит и за реда за обсъждане на резултатите от него.</p>

Табл.14. Етап 4 : Определяне на мерки

основни задачи	важни въпроси	необходими действия	помощни средства
<p>1.Формулиране на управленски решения за отстраняване на констатираните от вътрешния одит несъответствия спрямо изискванията на избрания модел.</p> <p>2.Документиране на предприетите мерки.</p> <p>3.Създаване на реални предпоставки за разработване на Процедурни правила за вътрешно одитиране на качеството, като необходимо условие за внедряване на модела .</p>	<p>1. Какво показва анализа на ситуацията при извършения вътрешен одит ?</p> <p>2. Къде и какво трябва да се направи?</p> <p>3. Кой е отговорен за отстраняване на всяко конкретно несъответствие ?</p> <p>4. В какви срокове трябва да се изпълнят предприетите мерки ?</p> <p>5. Какви цели от продуктивния портфейл на КАИЛ трябва да се постигнат : медицински, образователни, научни?</p>	<p>1. Управленските решения за отстраняване на несъответствията да отчитат :</p> <ul style="list-style-type: none"> • степента на значимост; • степента на възможния риск; • необходимите ресурси; • квалификацията и професионалните умения на персонала и др. <p>2. Стартиране на разработката на Процедурните правила за вътрешно одитиране на качеството .</p>	<p>1. Решения на ръководството на клиниката по въпросите на качеството.</p> <p>2. Записи по качеството от проведените анкети с потребителите на предоставяните от клиниката анестезни и интензивни лежечни услуги.</p> <p>3. Матрица на отговорностите за отстраняване на несъответствията.</p> <p>4. Концептуална рамка на дисертанта за внедряване на управленския модел за подобряване качеството на медицинските дейности в КАИЛ.</p>

Табл. 15. Етап 5 : Реализиране на мерките

основни задачи	важни въпроси	необходими действия	помощни средства
<p>1. Завършване на работата по разработването на Процедурните правила за вътрешно одитиране на качествот и утвърждаването им от ръководството на КАИЛ.</p> <p>2. Изготвяне на план-график за обучение на персонала по 9-те критерии съгласно разработения модел, по подобие на тези, съдържащи се в EFQM.-модела.</p>	<p>Изпълняват ли се набелязаните мерки за изпълнение на основните задачи през този етап ?</p>	<p>1. Реализиране на комплекса от мерки, по възможност веднага след тяхното определяне.</p> <p>2. Документиране на реализираните мерки и на резултатите от тях.</p> <p>3. Утвърждаване на план-графика за обучение на персонала по управленския модел за подобряване на качеството на медицинските дейности в КАИЛ..</p>	<p>1. Анализи и оценки на състоянието на качеството на предоставяните от клиниката услуги, през предшестващи периоди и в аналогични лечебни структури.</p> <p>2. Разработки, касаещи мисията, целите и приоритетните задачи на клиниката и стратегиите за тяхното реализиране.</p> <p>3. Разпоредби на климичното ръководството за превенция и коригиране на несъответствията в качеството на предоставяните услуги от областта на медицинската , образователната и научната дейност на клиниката.</p>

Табл. 16.Етап 6 : Внедряване на СУК и тотално включване на персонала в нейното изпълнение

основни задачи	важни въпроси	необходими действия	помощни средства
<p>1. Размножаване на процедурните правила за вътрешно одитиране на качеството. Предоставяне на същите на предварително уточнени абонати, бключително и на такива от онези структури на болницата, с които КАИЛ е в професионална колаборация.</p> <p>2. Приключване на обучението на персонала в КАИЛ по 9-те критерии на модела.</p> <p>3. Подготовка за извършване на външен одит по качеството в КАИЛ.</p>	<p>1. Дали всички документи на модела са правилни и пълни по отношение изискванията на модела за организационно съвършенство на Европейската фондация за управление на качеството ?</p> <p>2. Отстранени ли са своевременно и в задоволителна степен констатираните несъответствия ?</p> <p>3. Какво е постигнато в резултат на реализираните мерки ?</p> <p>4. Включени ли са лекарите и медицинските сестри от КАИЛ в подготовката за външен одит ?</p>	<p>1. Изготвяне от дисертанта на информация за реализираните дейности по внедряването на модела.</p> <p>2. Оценка на реализираните дейности от професионално-експертна и длъжностно необвързана с КАИЛ комисия (външен одит).</p> <p>3. Обсъждане на констатациите от външния одит и формулиране на адекватни на тях управленски решения.</p>	<p>1. Критериите за качество на EFQM-Excellence Model.</p> <p>3. Доклади за резултатите от проведените вътрешни и външен одити по качеството на медицинските дейности в КАИЛ</p> <p>4. Анализи от анкетите за удовлетвореността на пациентите за качеството на предоставяните от КАИЛ здравни услуги..</p> <p>5. Анализи от анкети за удовлетвореността на специализирани в КАИЛ лекари и професионалисти по здравни грижи , относно качеството на придобитите от тях знания и умения.</p>

Ефективното функциониране на клиниката предполага да се определят и управляват многобройни и разнообразни по характер вътрешно свързани процеси. Ежедневната анестезиологична и интензивна лечебна практика е богата на примери, когато приносът на даден процес директно се проектира върху качеството на следващ процес. Ето защо системното определяне и управление на протичащите в клиниката процеси е дефинирано в Модела за управление на качеството, като „процесен подход”, подчертавайки по този начин значението на:

- изискванията (очакванията) на потребителите към предоставяните от клиниката анестезни и интензивни лечебни услуги и удовлетвореността им от тях;
- необходимостта от разглеждане на дейностите, осъществявани от клиниката от гледна точка на получаваната от тях добавена стойност;
- измерването на резултатите по отношение на производителността на процесите (диагностични, лечебни, интегрирани сестрински грижи);
- непрекъснатото подобряване на качеството на базата на измервания;

От фиг. 2. в раздела „литературен обзор” на дисертацията е видно, че пациентите и другите заинтересовани страни (здравно осигурителни и здравно застрахователни организации, държава, общество) играят основна роля при определяне на изискванията за качество и че мониторирането на удовлетвореността им е необходимо за да се оцени дали са посрещнати тези изисквания.

Разработеният Управленски модел за подобряване качеството на дейностите в Клиниката по анестезиология и интензивно лечение при УМБАЛ „Св. Анна”-София, ядро на който е Евромодела на EFQM за организационно съвършенство, (а пионери за неговото внедряване в системата на медицинското образование и болничната помощ у нас МУ-Варна, съответно УМБАЛ „Св.Марина”-Варна) подчертава, че управлението на процесите включва постигането на стабилност и способност за прицелване, което е особено важно и за управлението на текущите проблеми, установени при контрола върху качеството на отделни клинични и/или логистични дейности.

Модела за управление на качеството в клиниката допуска при решаване на отделни проблеми, свързани с качеството на дадена клинична или логистична дейност да се ползват и някои от европейските програми за болнична акредитация, напр. тази на ANAES-Франция (57); модела на W. Deming, известен като „цикъл PDCA”; ISO 9001:2008 и др.

5.1.Б. ПОНЯТИЕ ЗА КАЧЕСТВО

В условията на динамично променяща се демографска, информационно-технологична и отворена социална среда, в която Клиниката по анестезиология и интензивно лечение осъществява своя предмет на дейност, всяко статично и недиференцирано определение на качеството, като абсолютен общ стандарт за нейната функция би било неадекватно.

Съвременните реалности изискват по-гъвкаво разбиране на качеството в клиничния мениджмънт, при което то да се дефинира като съответствие с постигането на определена цел и да се обвързва с доказателства за непрекъснато усъвършенстване. Това разбиране на качеството е в съзвучие с основните положения на Концепцията на Европейското Регионално Бюро на СЗО „Здраве 2020” (74).

В контекста на горното наличие на тясна връзка между качество и медицински стандарт по анестезиология и интензивно лечение е от съществено значение, защото тя:

- утвърждава професионализма и отговорността на еднимената клиника;
- стимулира иновациите и научно-приложната дейност в клиниката;
- отчита многообразието от интереси и очаквания към дейността на клиниката в условията на функциониращата у нас социално отговорна система за здравеопазване;
- действа като механизъм за повишаване на отговорността по отношение на постигнатите резултати.

Модела за управление на качеството в Клиниката по анестезиология и интензивно лечение, изграден върху основните принципи на модела EFQM, поставя специален акцент върху съдържанието на пакета от критерии (пет критерия „предпоставки-средства”+четири критерия „резултати”), показатели и методики за оценяване качеството на процесите, свързани с производството на анестезиологични и интензивни лечебни услуги.

Дисертационното изследване потвърди, че качеството на осъществяваните от клиниката дейности е изключително сложна за разбиране, анализиране и моделиране област–от една страна поради сложността на тяхния обект и предмет и от друга–поради бързия информационно–технологичен и практически напредък на медицината. Ето защо и управлението на качеството в такава болнична структура е трудна задача. Основна причина за това е нарастващата сложност на медицината като наука, практика и изкуство, както и факта, че управлението на качеството на „равнище клиника” е все още

недостатъчно и непълно разработена област от гледна точка, както на изследователската, така и на практическата работа.

Независимо от това, дисертационното изследване установи че в Клиниката по анестезиология и интензивно лечение са налице три съществени причини, които императивно налагат сериозно внимание към този проблем.

- *Едната* се състои в самата природа на клиниката. Продуктът „медицинска помощ”, който се създава от нея, може да бъде само с определено необходимо качество, тъй като ако е с ниско качество, той би бил съдбоносен за неговия потребител. Ето защо в исторически план високото качество на дейността на лекаря анестезиолог-реаниматор е предмет, както на морални задължения, контролирани от етичните комисии на съсловие, така и на законови разпоредби, контролирани от държавната администрация и одиторските органи на здравно-осигурителните и здравно-застрахователните организации.

- *Другата* причина е нарастващата култура и възискателност на гражданите, които все повече се превръщат *от обект на здравни грижи в партньори на лекаря*. Защото гражданина плаща данъци, здравноосигурителни или застрахователни вноски и има право да получава срещу тях медицинска помощ в определен обем и с високо качество, на което оценител е той.

- *Третата* произтича от провеждаща се у нас реформа на здравеопазването. Последната има няколко аспекта, като един от тях е фокусиране към пациента, независимо от това доколко той е възискателен. Задължение на клиниката в случая е да му осигури най-добрата здравна услуга, като продукт на нейната комплексна медицинска дейност.

Качествените характеристики на този продукт е онова, което гражданина-пациент трябва да получи като резултат от един действащ и непрекъснато подобряван модел за управление на качеството на анестезиологичните и интензивните лечебни услуги.

Управлението на качеството на дейностите в Клиника по анестезиология и интензивно лечение означава да се прилагат:

- общите принципи, подходи и правила при управлението на който и да е обект;
- общите изисквания за управление на качеството на каквато и да е услуга;
- специфичните принципи за качество и неговото управление в областта на анестезиологията и интензивното лечение.

5.1.В. ПО-ВАЖНИ ТЕРМИНИ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ, КОИТО СЕ ИЗПОЛЗВАТ В МОДЕЛА ЗА УПРАВЛЕНИЕ НА КАЧЕСТВОТО В КЛИНИКА ПО АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И ИНТЕНЗИВНО ЛЕЧЕНИЕ

5.1.В.1. Термини и определения, свързани с качеството

* *качество*:

- „свкупността от свойства на продукцията, обуславяща нейната пригодност да удовлетворява определени потребности в съответствие с предназначението си” (БДС 9577-83);
- „възможността на свкупността от присъщи характеристики на продукт, процес или система да изпълнява изисквания на потребителя или други заинтересовани страни” (ISO 9000: 2000);

* *качество в здравеопазването* „свкупността от същностни характеристики на здравна дейност или услуга, позволяваща на нейния потребител да задоволи определени здравни потребности от физическо, психическо или социално естество”;

* *политика по качество*: „официално изразени от ръководството на лечебното заведение (директор, медицински съвет) възгледи, стремежи и реално осъществими цели за подобряване на качеството”;

* *система за управление на качеството*: система за оперативно ръководство на дейностите в клиничните и логистичните структури на лечебното заведение, съставена съгласно изискванията на Европейската фондация за управление на качеството (EFQM), Международната организация за стандартизация (ISO), цикъла “Деминг”.(PDCA) или акредитационен орган;

* *непрекъснато подобряване и устойчиво развитие на качеството*: „тенденция от удовлетворяване на потребителя (Customer Satisfaction) към неговото възхищение (Customer Delight) от оказаната му болнична помощ или образователна услуга”;

* *тотално управление на качеството (Total Quality Management)*: „управленски метод, който акцентира върху участието на всички служители на лечебната структура в изпълнението на политиката по качество”;

5.1.В.2. Термини и определения, свързани с процес или здравна услуга

* *процес*: „всяка дейност, в която са вложени ресурси, които тя превръща в резултати е процес”;

- * *здравна услуга*: „резултат от процеси, обикновено свързани с планиране, програмиране и осъществяване на дейности основаващи се на фундаментални и специфични медицински знания и умения”;
- * *зравна процедура*: „точно определен начин (алгоритъм) за осъществяване на конкретна здравна дейност с оглед придобиване от потребителя на определени здравни ползи”.

5.1.В.3. Термини и определения, свързани с изискването за съответствие на здравната дейност с нормативно определени стандарти за качество.

- * *международни стандарти за управление на качество*: „изисквания на EFQM, ISO, цикъла на “Deming” или The International Society in health Care за създаване на Система за управление на качество, която може да бъде използвана за вътрешни цели на лечебното заведение, за акредитация или за целите на договарянето с потребителите на услуги. Насочени са основно към ефикасността на системата за управление на качеството, за удовлетворяване изискванията на пациентите или други заинтересовани страни”;
- * *медицински стандарт*: “всички видове задължителни изисквания за качествено доставяне на определена здравна услуга и за професионалното поведение на нейните изпълнители”;
- * *изискване*: „потребност или очакване, което е формулирано и се разбира от самосебе си или е задължително”;
- * *съответствие или несъответствие*: „изпълнение, съответно неизпълнение, на изискване, съдържащо се в стандарт или правила”;
- * *мониторирание на здравна услуга*: „регистрирано проследяване на дейностите свързани с осъществяването на здравната услуга, както и на резултатите от нея”;
- * *превенция по отношение качеството на здравната услуга*: „отстраняване на потенциална причина за възникване на несъответствие или друга потенциално нежелана ситуация при оказване на здравната услуга”
- * *корекция, свързана с качеството на здравната услуга*: „отстраняване на възникнала (налична) причина за констатирано несъответствие или друга нежелана ситуация при оказване на здравната услуга”.

5.1.В.4. Термини и определения, свързани с документацията

- * *информация*: „значими по своевременост, пълнота и

достоверност данни”;

- * *документ*: „хартиен или електронен носител на информация”;
- * *запис*: „документ, предоставящ доказателство за извършени дейности или постигнати резултати, свързани с качество на предоставяните услуги”;
- * *план за качество*: „документирани задачи и срокове за подобряване на качеството и необходимите за това ресурси (човешки, материално–технически, финансови, информационни)”;
- * *наръчник по качество*: „систематизиран сборник от напътствия по моделите EFQM, ISO 9001:2008, или цикъла „Deming”, върху които е съставена Системата за управление на качеството”.

5.1.В.5. Термини и определения, свързани с одита и процесите на измерване

- * *одит*: „системен, документиран процес за получаване на доказателства и извършване на оценка на предоставяните от лечебното структура здравни услуги по определени стандарти и критерии за качество”;
- * *критерии на одита*: „съвкупност от показатели за правила, процедури или изисквания, съдържащи указания за подобряване качеството на здравните услуги”;
- * *оценки от одита*: „записи за изпълнението на медицинските стандарти, на акредитационните критерии и показатели и на целите на Системата за управление на качеството”;
- * *измерване*: „съвкупност от действия за определяне стойността на дадена величина”;
- * *метрологично потвърждаване*: „съвкупност от дейности, необходими за потвърждаване, че измервателното оборудване съответства на изискванията за употребата му;

5.2. КРИТЕРИИ НА УПРАВЛЕНСКИЯ МОДЕЛ ЗА ПОДОБРЯВАНЕ КАЧЕСТВОТО НА ДЕЙНОСТИТЕ В КЛИНИКАТА ПО АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И ИНТЕНЗИВНО ЛЕЧЕНИЕ.

Заимстваният от EFQM и внедрен в Клиниката по анестезиология и интензивно лечение при УМБАЛ „Св.Анна” АД-София управленски модел за подобряване на качеството на дейностите се основава на следните принципи:

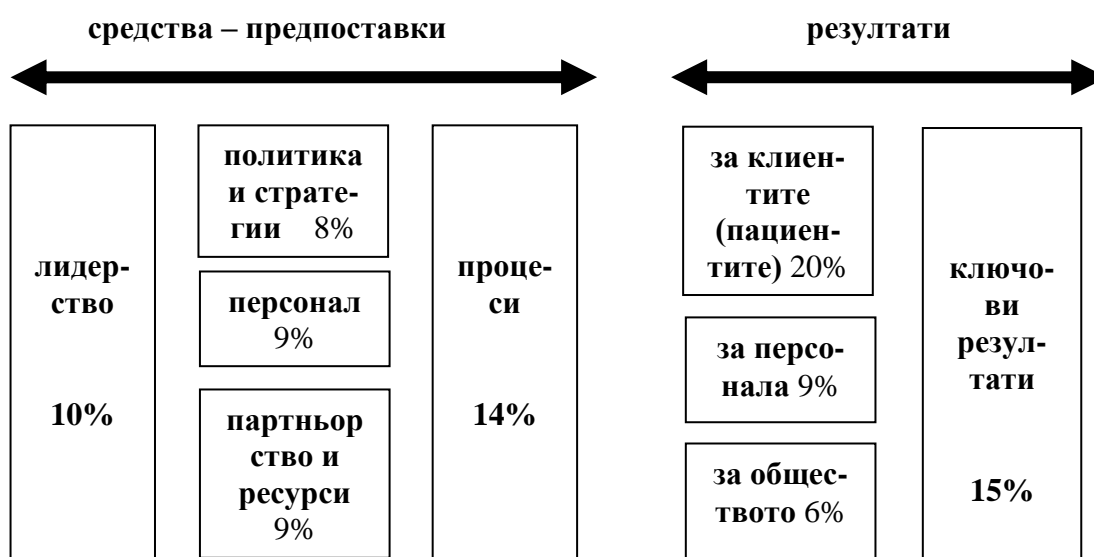
- * **лидерство и постоянство в целите, чрез което се създава яснота и единство на същите в рамките на КАИЛ;**

- *участие на всички работещи в клиниката, т.е. *прегръщане* на културата за доверие и овластяване, която насърчава тоталното участие на персонала в подобряване на качеството (TQM);**
- *политика и стратегии, насочени както към по активно използване на наличния в клиниката човешки капитал и ресурси (финансови, материално-технически, информационни), така и към включване в проспективен контекст на всички възможности, съдържащи се в нейната вътрешна и обкръжаващата я среда за постигане на устойчиво развитие на качеството на анестезиологичните и интензивните лечебни услуги;**
- *развитие на партньорство, основаващо се на взаимно доверие, споделяне на знания и интегритет, както с другите клинични и логистични структури на УМБАЛ „Св.Анна” АД-София, така и с такива с аналогичен предмет на дейност в столицата и страната;**
- *неотклонно придържане към процесния подход в планирането, организирането и изпълнението на съдържащите се в нейния продуктов портфейл здравни и образователни услуги, основаващо се на разбирането, че всяка дейност в която са вложени ресурси, които тя превръща в резултати е „процес”;**
- *ориентираност към постигане на отлични резултати, основаващи се на балансирано задоволяване потребностите на всички заинтересовани страни от качествени анестезии, интензивни лечебни и образователни услуги;**
- *резултати по отношение на работещите в клиниката, изразяващи се в повишаване на техния професионален, интелектуален, етичен и социален градиент и съзнание за съпричастност към постигане високо качество на произвежданите от тях здравни и образователни услуги;**
- *отговорност пред обществото, изразяваща се, както в строго придържане към принципите на медицинската**

етика, така и в спазване на законовите регулации в здравеопазването;

***фокусиране на цялата организация по изпълнението на Управленския модел за подобряване качеството на дейностите в Клиниката по анестезиология и интензивно лечение към потребителите им-последни техни арбитри.**

Моделът съдържа общо девет оценъчни критерии, от които пет „предпоставки-средства” и четири „резултати” (фиг. 13.)



фиг. 13 Критерии за качество и тяхната относителна тежест в сумарната му оценка (100% =1000 бонификационни точки -по EFQM)

3.1. ГРУПА КРИТЕРИИ „ПРЕДПОСТАВКИ-СРЕДСТВА”

С ОБЩА МАКСИМАЛНА ОТНОСИТЕЛНА ТЕЖЕСТ 50%=500 БОНИФИКАЦИОННИ ТОЧКИ

3.1.1.КРИТЕРИЙ „ЛИДЕРСТВО” С ОБЩА МАКСИМАЛНА ОТНОСИТЕЛНА ТЕЖЕСТ 10%=100 БОНИФИКАЦИОННИ ТОЧКИ.

КОНТЕКСТ

Придържайски се към изискванията на EFQM за изграждане на Модел за управление на качеството, ръководството на клиниката е разработило, документирало и е внедрило такъв модел, като приоритетна част на цялата му управленска конструкция. Тази приоритетност се подкрепя от ефикасното структуриране на клиниката, от ясно формулираните ѝ визия, цели и задачи и от въведените съвременни методи и средства за надеждно ръководство и контрол на тяхното изпълнение.

Съдържанието и организационният дизайн на Модела за управление на качеството в КАИЛ наложи постоянство в анализирането и решаването на множество и различни по характер проблеми, които са от съществено значение за качествено протичане на процесите, свързани с основните ѝ функции: диагностика, комплексно лечение, интегрирани сестрински грижи. Във връзка с това особено значение придобива периодично провежданят от него системен и процесен лидерски анализ (от позициите на организационната диагностика, проектирането, координацията, контрола и работата в културния слой на клиниката) при изпълнението на следните пет проблемни показатели:

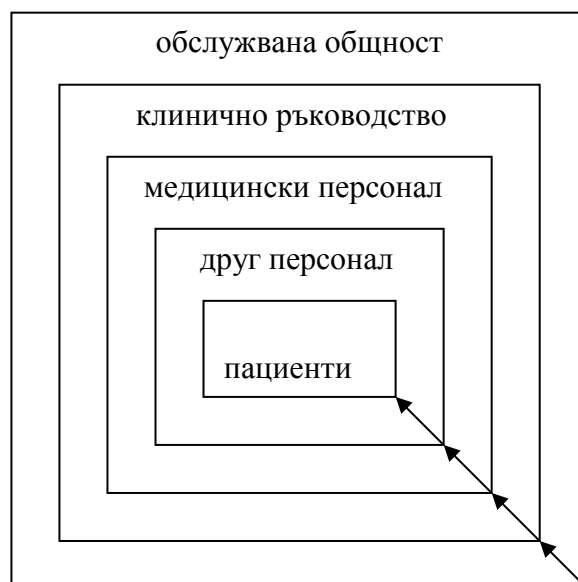
А. ОЧЕРТАВАНЕ НАСОКАТА НА КЛИНИКАТА ЧРЕЗ РАЗРАБОТВАНЕ НА НЕЙНАТА МИСИЯ, ВИЗИЯ И ЦЕННОСТИ, КАКТО И ВПЛИТАНЕТО НА СЪЩИТЕ В ДЪЛГОСРОЧНИТЕ, СРЕДНОСРОЧНИТЕ И ОПЕРАТИВНИТЕ ѝ ЦЕЛИ.

Мениджърските аспекти на този показател са формулирани и разписани подробно в раздел трети т. 1.А на този дисертационен труд под надслов „Анализ на здравно политическия портфейл на клиничното ръководство”. Независимо от това с помощта на *System and Process Analysis* този проблемен показател бе разработен по-подробно, във вид на *лидерска платформа* на онова, което клиниката трябва да постигне при съблюдаване на постулата *Thinking founded on Risk* Особеното в случая е, че въвеждайки Модел за управление на качеството по EFQM, клиниката придобива неформален статут на водеща в лечебното заведение интелектуална структура:

- а) от или, в която нейните бенефициенти получават, основаващи се на научни доказателства качествени анестезиологични и интензивни лечебни услуги;
- б) за работещите в нея лекари, професионалисти по здравни грижи и друг персонал е организацията, която им предоставя най-добри условия за качествена реализация на техните знания, умения и научни интереси.

Един от важните етапи на лидерския поход за решаване на този проблемен показател бе точното формулиране на „насоката” и как тя може да изпълнява ролята на „навигатор” при определяне на дългосрочните, средносрочните и оперативните цели на клиниката.

От позициите на нейната мисия, визия и ценности, КАИЛ със своята организационна структура и сложни професионално-медицински, образователни, научни и обществени взаимоотношения с други органи и организации е преди всичко „социално отговорен екип”, изискващ оптимална по време и място лидерска организационна координация на усилията на много хора: обслужвана общност, клинично ръководство, медицински персонал, друг персонал и пациенти така, както е показано на фиг.14.



фиг. 14. Клиниката по анестезиология и интензивно лечение, като „социално отговорен екип”

Общността, която членовете на „екипа” обслужва се състои от онези хора, които могат в даден момент да ползват материалната база на клиниката и нейния професионален потенциал, за получаване на качествени анестезиологични и интензивни лечебни услуги.

Сърцевина на Клиниката като „социално отговорен екип” е съвкупността от професионални знания и умения, упражнявани от работещите в нея лекари, професионалисти по здравни грижи и други специалисти, рационално координирани от нейното ръководство с инструментариума на съвременния здравен мениджмънт.

В посочената на фиг.14 конструкция пациентите са също членове на „социално отговорния екип” и според изискванията на модела EFQM за управление на качеството са фокус, който съсредоточава всички дейности и цялата работа на клиниката.

Б. ОПРЕДЕЛЯНЕ, ИЗМЕРВАНЕ И АНАЛИЗИРАНЕ НА СИСТЕМАТА ЗА УПРАВЛЕНИЕ НА КЛИНИКАТА И РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ НЕЙНАТА ДЕЙНОСТ.

Мениджърските аспекти на този показател са формулирани и разписани детайлно в раздел трети т.1.Б. „1”, „2”, „3”, „4” на този дисертационен труд под надслов „Анализ на предмета на дейност, устройството, управлението и организацията на вътрешния ред в КАИЛ”

Главни ориентири на осъществяваната в клиниката *лидерска координация*, като важен раздел на нейното управление са:

Б.1. удовлетворяване потребностите и очакванията на пациентите и другите заинтересовани страни от качествени анестезиологични и интензивни лечебни услуги.

б.2. Провеждане на съвременно клинично обучение на студенти-медици и на лекари-специализанти по застъпения в нейното портфолио предмет на дейност.

б.3. Измерване, състоящо се от два компонента:

- обективен–прилагане на определена мярка към измерваното явление;
- субективен–определяне в тази мярка на равнище, което трябва да се достигне.

Във връзка с горното и в съответствие с принципните постановки на EFQM и EN ISO 9001:2015 for healthcare бе възприето разбирането, че „сферите за оценка” са тези елементи на Системата за управление на дейностите в КАИЛ, които посочват какво да се измерва, а „измерителите” са елементите, които показват нивото до което трябва да достигне подобрението на съответната област от дейността, за да отговори то на изискването за качество.

б.4. Решаване на организационни конфликти

Дисертационното изследване установи, че съществуват предпоставки изпълнението на модела за управление на дейностите в КАИЛ да провокира появата на определени конфликти между различните участници. Внимателният анализ на тези предпоставки показва, че конфликтът може да се изяви като някакъв вид опозиция или антагонистично взаимодействие и че причините за това могат да бъдат различни–от пропусквания в координацията между прилаганите клинични технологии, до появата на стресови ситуации, породени от необходимостта за изпълнение на високите изисквания на EFQM за управление на качеството.

Във връзка с това бяха обсъдени разнообразни мерки за решаване на организационни конфликти с подобен генезис в резултат на което бе направен извода, че изборът на която и да е от тях трябва да бъде подчинен на стремежа за постигане на баланс в нивото на конфликта и за извличане на положителни резултати от него, без да се пречи на качеството на основните дейности.

В. МОТИВИРАНЕ И ПОДКРЕПА НА ХОРАТА В КЛИНИКАТА ДА ДЕЙСТВАТ КАТО РОЛЕВИ МОДЕЛ.

Дисертационното изследване показва, най важният компонент от обективни условия за адекватност към приоритетните цели на КАИЛ е количествената и качествена характеристика на човешкият й капитал. За целта ръководството на клиниката въведе, приоритетно поддържа и постоянно обогатява мениджърска технология, осигуряваща оптимален дизайн на всяка заемана длъжност, а паралелно с това и по-пълна изява на *човешкия фактор, като ролеви модел* в повишаване на производителността и качеството на медицинския труд. Ето защо независимо от добрия, през периода на дисертационното изследване,

кадрови състав, ръководството на клиниката ще провежда и в бъдеще кадрова политика, основаваща се на:

в.1. Организационно, техническо и психологично обгрижване на всяка заета в клиниката длъжност от гледна точка на нейната *специфичност, мотивираност, адаптивност, резултативност* и *творчески потенциал*.

в.2. Триадата:

- *прецизен качествен подбор на всички ново постъпващи служители;
- *полагане на грижи за непрекъснато повишаване квалификацията на всички служители;
- *осигуряване на оптимални условия за качествена изява на техния професионализъм и изкуство.

Г. УПРАВЛЕНИЕ НА ВЗАИМООТНОШЕНИЯТА С ПОЛИТИЦИ И ДРУГИ ЗАИНТЕРЕСОВАНИ СТРАНИ, ЗА ДА СЕ ГАРАНТИРА СПОДЕЛЕНА ОТГОВОРНОСТ.

Необходима ли е инициативност от страна на клиничното ръководство за установяване на стабилни взаимоотношения и споделена отговорност с:

- * висшият болничен лидерски екип, в лицето на Съвета на директорите и Изпълнителния директор;
- *председателите на създадените по чл.74 от ЗЛЗ в болницата съвети и комисии с контролни и консултативни функции;
- *ръководителя на Катедрата по АИЛ при МУ-София;
- *националният консултант по анестезиология и интензивно лечение при необходимост от провеждане на новаторски промени в структурата и функциите на КАИЛ в процеса „реализация” на Модела за управление на качеството по EFQM?

Дисертационното изследване показва, че отговорът не може да бъде друг освен положителен, защото те могат да бъдат инициирани от следните две по-широко дефинирани цели:

- промени в *нивото на адаптация* на клиниката към нейната обкръжаваща среда;
- промени във *вътрешните модели на поведение* на участниците в протичащите в клиниката процеси.

КАИЛ при МБАЛ „Св.Анна”-София, както в началната фаза от действието на Модела, така и в бъдеще ще се стреми да се адаптира по-добре към външното обкръжение и по-специално към действието на такива фактори, като:

- * законови разпоредби и решения в областта на здравеопазването;
- * партньорство с други лечебни структури с аналогичен предмет на дейност в страната и чужбина;
- * изискванията и потребностите на потребителите (други лечебни структури в болницата-майка, пациенти);
- * научният медицински прогрес.

На основата на натрупания до сега опит в европейското здравно пространство и у нас бе допуснато, че ръководството на КАИЛ ще

извърши „*организационни новаторски промени*” без външен натиск и, че този подход ще бъде израз на новаторско поведение на нейния мениджърски екип, поведение при което клиниката ще прави опит да променя не само себе си, но и своето обкръжение.

В дадения случай бе установено, че коригирането на някои от елементите на Модела ще бъде възприето без негативизъм, тъй като извършените организационни промени ще са продукт на вътрешно осъзната потребност, т.е. на промени във вътрешните модели на поведение и, че конкретен израз на това ще бъдат усъвършенстваните параметри в управлението на качеството в клиниката.

Ръководството на КАИЛ бе на ясно, че всяка по-съществена промяна в организационната структура при внедрен Модел за управление на качеството ще бъде сложен процес.

Ето защо паралелно с изграждането на Модела то имаше готовност да състави и концептуална рамка, съдържаща правила за въвеждане, управление и реагиране на организационните промени, т.е. за всяка ново въвеждаща се организационна промяна да се разработва подробен план на етапите през който тя трябва да премине и то така, че всеки етап да подготвя условията, необходими за настъпването на следващия етап.

3.1.2. КРИТЕРИЙ «ПОЛИТИКА, ПЛАНИРАНЕ И СТРАТЕГИИ» С ОБЩА МАКСИМАЛНА ОТНОСИТЕЛНА ТЕЖЕСТ 8%=80 БЕНИФИКАЦИОННИ ТОЧКИ

КОНТЕКСТ

В съответствие с изискванията на концептуална рамка за изграждане на Модел за управление на качеството по EFQM, ръководството на КАИЛ определи произтичащите от това *опорни точки* на своята *политика по качеството и интегритета на неговите планове и стратегии за развитие*.

При определяне на Политиката по качеството бяха взети предвид следните императивни изисквания:

- очакваното или желаното ниво на удовлетвореност на потребителите от произвежданите от клиниката анестезиологични и интензивни лечебни услуги;
- потребността и очакванията на други заинтересовани страни (клиники и отделения в болницата-майка, здравноосигурителни и здравно застрахователни организации, държава, общество);
- възможностите за устойчивост в развитието на качеството;
- степента на готовност на работещите в клиниката лекари, медицински сестри и друг персонал за тотално включване в изпълнение на политиката за подобряване и устойчиво развитие на качеството;

Разработената от ръководството на КАИЛ политиката по качеството:

- даде възможност за узнаване, осъзнаване, внедряване и изпълнение целите на качеството по всички направления от нейния предмет на

дейност, посредством тяхното разгласяване, разясняване и обсъждане с всички работещи в нея лица;

- демонстрира отговорността на ръководството за осигуряване, поддържане и устойчиво развитие на качеството на анестезиологичните и интензивните лечебни дейности и на интегрираните сестрински грижи;
- промоцира ангажираността на всички работещи в клиниката в изпълнението на Модела за управление на качеството и същевременно подчерта лидерството (водачеството) на първоешалонния ръководен орган (клиничното ръководство);
- програмира провеждането на периодични прегледи и ревизии по изпълнението на целите и задачите за подобряване качеството на всички дейности в клиниката.

Придържайки се към посочените изисквания и отчитайки реалностите, в условията на които клиниката ще осъществява своята дейност, ръководството ѝ формулира съдържанието на провежданата от него политика, съгласно което последната трябва да:

* е напълно съвместима със целите и задачите, съдържащи се в плановете ѝ за средносрочно и дългосрочно развитие и дейност;

* съдържа ангажименти за удовлетворяване изискванията на потребителите за качеството на предоставяните им от клиниката здравни услуги и за непрекъснато подобряване ефикасността на внедреният в нея Модел за управление на качеството;

* определя рамката на прегледите по изпълнението на съдържащите се в нея цели и задачи;

* дава възможност за самооценка и усъвършенстване на адекватността ѝ в съответствие с променящите се фактори на външната среда от здравно-демографско, социално, технологично, икономическо и политическо естество.

А. ПОКАЗАТЕЛ „ОСНОВАВАНЕ НА ПОТРЕБНОСТИТЕ И ОЧАКВАНИЯТА НА ПОТРЕБИТЕЛИТЕ (СЪБИРАНЕ НА ИНФОРМАЦИЯ, ОТНОСНО НАСТОЯЩИТЕ И БЪДЕЩИ ПОТРЕБНОСТИ НА ЗАИНТЕРЕСОВАНИТЕ СТРАНИ-БЕНЕФИЦИЕНТИ НА ПРОИЗВЕЖДАНИТЕ ОТ КЛИНИКАТА АНЕСТЕЗИОЛОГИЧНИ И ИНТЕНЗИВНИ ЛЕЧЕБНИ УСЛУГИ)“

Резултатите от дисертационното изследване по съдържанието на този показател са изложени подробно:

* в табличен и графичен статистически контекст в т. 2.Б.1 на този дисертационен труд под надслов „Анонимно анкетиране мнението на лекарите от клиниките-бенефициенти относно организацията и качеството на предоставяните от КАИЛ здравни услуги“

* текстуално в раздел 7 на дисертационния труд под надслов „Въвеждане на нови мениджърски техники за анализ и оценка на капацитета на КАИЛ (SWOT analysis) и формулиране на реактивни стратегии за действие”

Но изискванията на този показател наложиха целите за постигане на високо качество на предоставяните от КАИЛ здравни услуги да бъдат информативно осигурени, с разпоредбите, съдържащи се в нормативните и технологичните критерии на медицинския стандарт по анестезиология и интензивно лечение, да са съвместими с приетата политика по качеството и да подлежат на мониторинг, измерване и анализ. Освен това бе прието, че за целите на пълнотата и достоверността на информационното осигуряване задължително трябва да се вземат предвид данните за:

- резултатите от анализите на дейността, съдържащи се в отчетите на клиниката;
- задачите, свързани с подобряване качеството на анестезиологичните и интензивните лечебни дейности, сроковете и лицата за тяхното изпълнение, както и документалните средства, които трябва да се използват;
- необходимите условия за *мотивация* на лекарите, медицинските сестри и другите работещи в клиниката лица, ориентирана към тоталното им включване в изпълнението на задачите по качеството, т.е. условия мотивиращи хората, че изпълнението на тези задачи е техен собствен принос;
- потребността от създаването на организация за провеждане на периодичен вътрешен одит по изпълнението на Модела за управление на качеството, основни действащи лица, в който трябва да бъдат такива специалисти от клиниката, които познават добре критериите, стандартите и показателите за качество на условията, процесите и резултатите и притежават способности да формулират, организират и провеждат мерки за положителни промени;
- влиянието на напредъка на медицинската наука върху диверсификацията на дейностите в предметния обхват на КАИЛ.

Б. ПОКАЗАТЕЛ „ОСНОВАВАНЕ НА ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИТЕ ВЪЗМОЖНОСТИ НА КЛИНИКАТА (ПРЕГЛЕД И ОСЪВРЕМЕНЯВАНЕ НА ПЛАНОВЕТЕ И СТРАТЕГИЯТА КАТО СЕ ВЗЕМАТ ПРЕДВИД ПОТРЕБНОСТИТЕ НА ЗАИНТЕРЕСОВАНИТЕ СТРАНИ И НАЛИЧНИТЕ РЕСУРСИ)”

Още в началото на дисертационното изследване бе уточнено, че планирането на Модела за управление на качеството на дейностите в КАИЛ трябва да удовлетвори основните изисквания на EFQM за изграждане на такъв управленски модел. За целта освен посочените в предходния показател „А” резултати, относно потребностите на заинтересованите страни и проведения SWOT анализ се наложи

ръководството на клиниката да идентифицира общите процеси, които са необходими за Модела и начина на прилагането им в клиниката и да:

- дефинира последователността и взаимодействието им;
- определи критериите, показателите и методиката, осигуряващи ефикасността, функционирането и управлението им;
- осигури необходимите материални, финансови, човешки и информационни ресурси за тяхното функциониране;
- въведе наблюдение, измерване и анализ на тези процеси;
- внедри необходимите действия за постигане на планираните резултати и непрекъснатото им подобряване.

Ето защо при разработването на плановете и стратегията на клиниката се съблюдаваха следните три задължителни изисквания:

Първо: да е ориентирано в посока „напред”, като обхваща прогнозиране на предстоящи събития и определяне на това, което ще се изисква в бъдеще за подобряване качеството на произвежданите от клиниката здравни услуги.

Второ: да съдържа вземането на решения за това какво трябва да бъде направено в клиниката по отношение на качеството: кога, къде и как то трябва да бъде извършено и паралелно с това—да включва оценки на алтернативите и свързаното с тях *разпределение на ресурсите*.

Трето: да се разбира като динамичен и непрекъснат процес, което означава, че предстоящите действия за подобряване на качеството в клиниката се влияят от бъдещи събития, произтичащи от външни въздействия и вътрешни сили.

Дисертационното изследване потвърди, че съчетаването на тези три изисквания позволява планирането на качеството в КАИЛ да бъде дефинирано като дейност, от която зависи бъдещето ѝ на заслужаваща професионално доверие клинична структура. Освен това бе изяснено, че клиничното ръководство е длъжно ежегодно да осъвременява, оперативните си плановете за подобряване качеството на анестезиологичните и интензивните лечебни дейности, при съблюдаване на следните, произтичащи от ценностната платформа на EFQM, принципи:

*да се приложи мениджърската технология „Thinking Founded on Risk” преди официалното им формулиране и да са в хармония с мисията и основните цели на политиката по качеството;

*да са достатъчно гъвкави, така че техните елементи да могат да се прилагат, както при нормални, така и при необичайни ситуации;

*да са разбираеми и приемливи от онези, за които се отнасят;

*елементите, от които са съставени да бъдат съгласувани помежду си така, че практическото им изпълнение да не предизвиква объркване, психологически задръжки или недоволство, които ще ги изпълняват;
*да подлежат на преоценка, а при необходимост и на радикална промяна.

Следва да се подчертае, че в контекста на EFQM актуализираните годишни оперативни планове за подобряване качеството на анестезиологичните и интензивните лечебни дейности са със статут на контролируеми документи, включващи:

- а) елементи от „*духът (имплицитността)*” на мисията и визията на КАИЛ;
- б) индикатори за качество;
- в) методи за придобиване и рационално разходване на финансови средства;
- г) използваемост на материалните активи;
- д) подобряване на професионалните знания и умения на клиничния човешкия капитал.

В. ПОКАЗАТЕЛ „РАЗРАБОТВАНЕ, ПРЕРАЗГЛЕЖДАНЕ И АКТУАЛИЗИРАНЕ НА СТРАТЕГИЯТА И ПЛАНОВЕТЕ НА КЛИНИКАТА”.

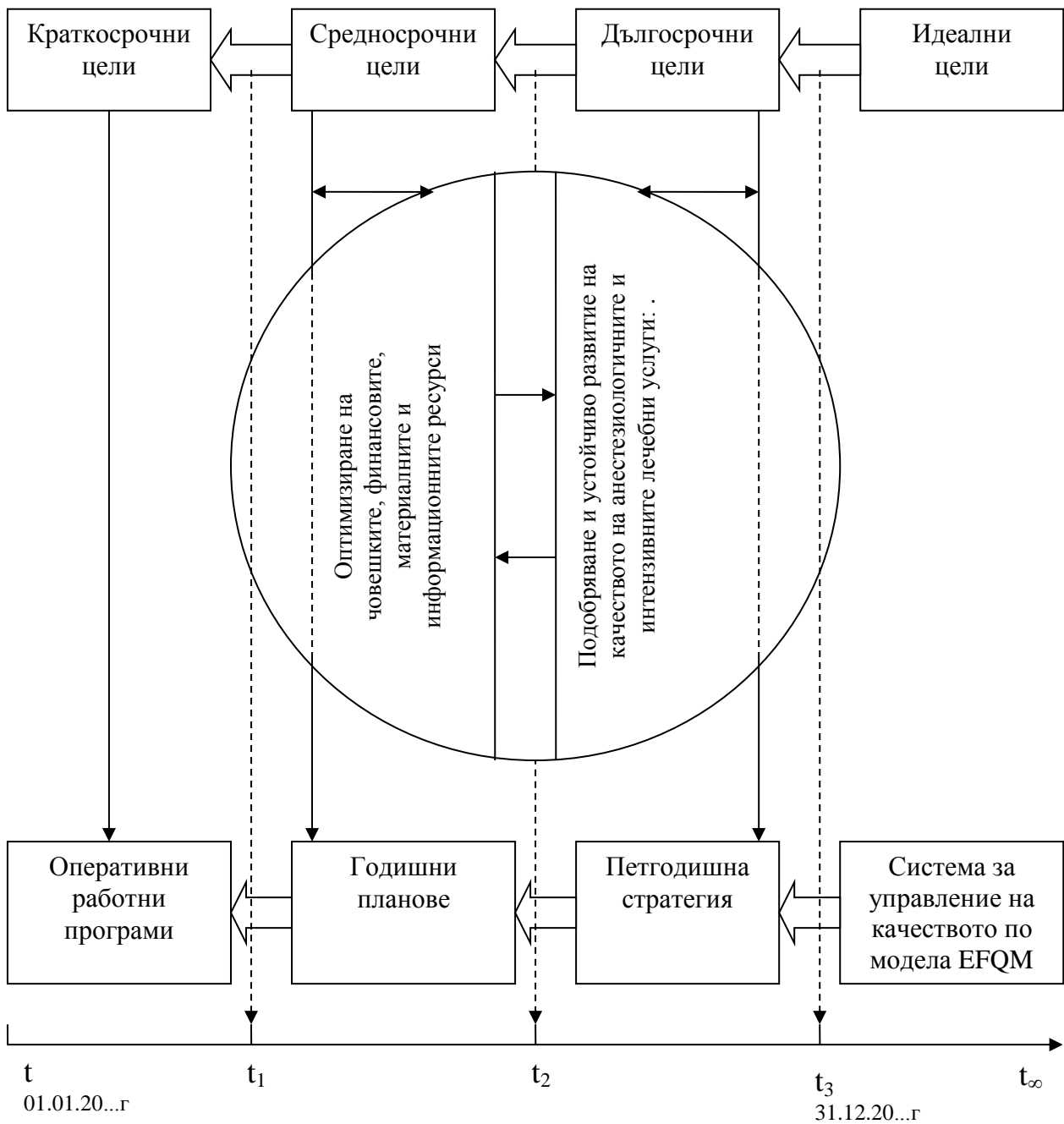
В процеса на дисертационното изследване се установи, че стратегическото планиране в КАИЛ, представено схематично на фиг. 15 е открит дългосрочен процес, насочен към прогнозиране на бъдещото състояние на клиниката, на нейната структура, функции и ресурси. Освен това се оказва, че то може се извърши най-добре след задълбочена оценка на факторите на външната и вътрешната среда, оказващи пряко или косвено влияние върху тяхното развитие с инструментариума на:

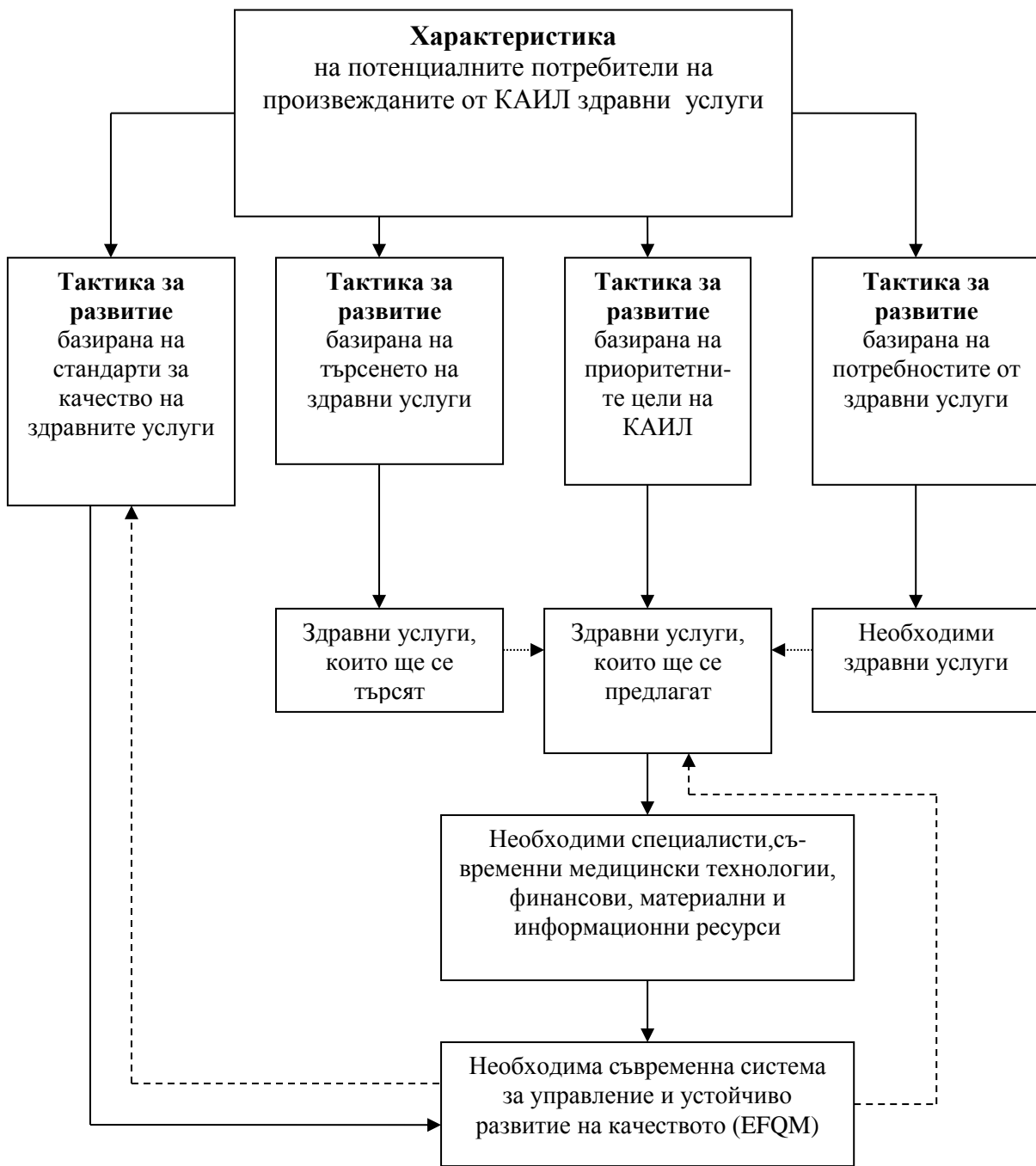
*STEP анализа (така както е показано в *раздел трети т. 2.А* на дисертационния ;

*SWOT анализа(така както е показано в *раздел трети т. 7* на дисертационния труд

След определяне на стратегическите цели на КАИЛ по посочения във фигурата алгоритъм се наложи клиничното ръководство да обсъди възможните тактики за тяхното внедряване, ползвайки идейната конструкция, съдържаща се във фиг. 16.

Фиг. 15 Рамкова схема за оперативно и стратегическо планиране в КАИЛ при УМБАЛ „Св. Анна” в контекста на Модела за управление на качеството по EFQM.





— задължителна връзка - - - - - обратна връзка
Фиг. 16. Възможни тактики за реализиране на стратегията за развитие и дейност на КАИЛ

Г. ПОКАЗАТЕЛ „ДОВЕЖДАНЕ ДО ЗНАНИЕТО НА ПОТРЕБИТЕЛИТЕ, РЕАЛИЗАЦИЯ И КОНТРОЛИРАНЕ (ПЛАНИРАНЕ, ИЗПЪЛНЕНИЕ И ПРЕГЛЕД НА МОДЕРНИЗИРАНЕТО И ИНОВАЦИИТЕ)”

Стратегическото и тактическото планиране на дейностите, касаещи модернизиранието и иновациите в клиниката с цел създаване на качествени анестезиологични и интензивни лечебни услуги е открит процес, който:

*се основава на задълбочена оценка на факторите на външната и вътрешната среда, оказващи влияние върху качеството и неговото устойчиво развитие;

*подказва какви новаторски организационни промени (иновации) е необходимо да се планират и реализират в структурата, функциите, капиталовите запаси (апаратура, техника, газови инсталации) и в професионалния статус на персонала с цел усъвършенстване на наличните анестезиологични и интензивни лечебни услуги или създаване/въвеждане на нови такива.

Процедурата на този, осъществяван в клиниката, пет компонентен процес се състои в следното:

г.1. Формулиране на първостепенните и второстепенните цели след задълбочена селекция, основаваща се на критерии за стратегически, съответно тактически, избор и на критерии за качество на услугите.

г.2. Стратегическа маркетингова оценка на:

* *външната среда*, с инструментариума на STEP analysis (отчитане влиянието на социалните, технологичните, икономическите, политическите, демографските и др. фактори);

* *вътрешната среда и здравно-пазарните предизвикателства*, пред които е изправена клиниката, с инструментариума на SWOT analysis (силни и слаби страни, възможности, заплахи).

г.3. Избор на стратегически задачи по разнообразяване на услугите, запълване на „пазарни ниши”, разширяване ареала на обслужването.

г.4. Внедряване на стратегията (разработване на планове и оперативни програми).

г.5. Контрол и оценка на получените резултати.

Дисертационното изследване показва, че от изброените пет компонента особено внимание заслужават *първите три*, тъй като те се вписват най-добре в понятието „стратегия” в контекста на EFQM Excellence model и EN ISO 9001:2015 for healthcare.

3.1.3. КРИТЕРИЙ „ХОРА (ПЕРСОНАЛ) НА КЛИНИКАТА” С ОБЩА МАКСИМАЛНА ОТНОСИТЕЛНА ТЕЖЕСТ 9%=90 БОНИФИКАЦИОННИ ТОЧКИ.

КОНТЕКСТ

Дисертационното изследване потвърди, че фактора „персонал (хора)” на КАИЛ изпълнява водеща роля в изявата на всички други фактори на клиничната среда (материални, финансови, технологични,

информационни). Това е така, защото за постигане на по-висока ефективност е необходимо да се осъществи, не само съответствие между тях в количествено и качествено отношение, но и „*функционирането им в система*” От тук и извода, че ролевата функция на човешкия фактор трябва да се оценява като основен ресурс на общото управление на клиниката.

Много често се пре експонира ролята на финансите, техниката, апаратурата, инвестициите и оперативното управление на дейностите.

Вярно е, че без тяхното наличие като количество и качество е невъзможна съответната дейност, но ако се управляват и използват лошо, ако се разпиляват (а всичко това зависи от човешкия фактор, от неговата квалификация и мотивация), клиниката не би успяла в своята мисия, трудно би реализирала своите цели и не би могла да се справи успешно със стоящите пред нея предизвикателства.

А. ПОКАЗАТЕЛ „ПЛАНИРАНЕ, УПРАВЛЕНИЕ И ПОДОБРЯВАНЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ, ВЪВ ВРЪЗКА СЪС СТРАТЕГИЯТА И ПЛАНОВЕТЕ НА КЛИНИКАТА”

Планирането на човешките ресурси в клиниката се състои в определяне на точния брой хора с определени качествени характеристики за съответните длъжности (работни места) за всеки момент от нейното развитие. То е важна част от цялостната сложна и отговорна дейност по управлението им, т.е. *процес* за анализиране на организационните потребности от човешки ресурси в изменящите се условия и развитие на дейността за задоволяване на тези потребности.

В КАИЛ плановият компонент в управлението на човешките ресурси е насочен към следните съдържателни области: проучване, участие, обучение и усъвършенстване на персонала.

Потребностите на клиниката от човешки ресурси в количествено и качествено отношение и тяхното осигуряване се определя от нейната визия, стратегически цели и планове за развитие на дейността ѝ, от намеренията за внедряване на нови анестезиологични и интензивни лечебни технологии, на нова организация на труда и др. При дисертационното изследване бе установено, че умелото планиране на човешките ресурси предопределя ефективността на останалите дейности в клиниката: нейната стабилност в перспектива, финансовото състояние, организационната култура и имиджа ѝ.

Умелото планиране на човешките ресурси в клиниката доведе до редица полезни резултати, по важни от които са:

*създаване на възможност за по-добро използване на работната сила за своевременно организиране на дейностите по нейното развитие, реализиране, морално и материално стимулиране;

*повишаване ефективността на обучението на клиничния персонал, разработване и внедряване на система за кариерното му развитие.

Важно за отбелязване в случая е, че при планирането на човешките ресурси, ръководството на клиниката се придържа към следните аксиоматични правила:

- *кадрите се наемат не за „*еднократна употреба*”, те се използват за продължителен времеви период и решенията по отношение на тях имат дълготрайни последици за клиниката;
- *клиниката няма необходимост от човешки ресурси изобщо, *а от хора* с определени професионални качества, комуникативност и умения за работа в екип;
- *лекарите, медицинските сестри и другия персонал се развиват, мислят, самоусъвършенстват се, т.е. променят се като ресурс и личности;
- *работещите в клиниката имат специфични и разнообразни потребности и интереси, които ги мотивират да действат по определен начин;
- *човешкият ресурс на клиниката е неин първоразряден капитал от съзнателни хора, които изискват признание, справедливо отношение и възнаграждение, за да работят ефективно.

Б. ПОКАЗАТЕЛ „ИДЕНТИФИЦИРАНЕ, РАЗВИТИЕ И ИЗПОЛЗВАНЕ КОМПЕТЕНЦИИТЕ НА СЛУЖИТЕЛИТЕ Т.Е. УЕДНАКТЯВЯВАНЕ НА ИНДИВИДУАЛНИТЕ И ОРГАНИЗАЦИОННИТЕ ЦЕЛИ”.

Политиката на клиничното ръководство за развитие на човешкия капитал в контекста на Системата за управление на качеството по EFQM е насочена към системно преразглеждане на потребностите от повишаване знанията и уменията на персонала с оглед усвояването на нови способности за непрекъснато подобряване на работата. Това наложи ангажиране на възможно целия персонал на клиниката чрез:

- *подбор и обучение;
- *определяне на пълномощията и отговорностите в индивидуални длъжностни характеристики;
- *поставяне на индивидуални и групови задачи и улесняване включването на клиничния персонал в тяхното изпълнение;
- *стимулиране на ефективна работа в екип;

*създаване на условия за стимулиране на иновациите, придобиването на нови знания и умения, с оглед постигане на качествени резултати;

*въвеждането на информационни технологии, улесняващи разпространяването на мнения и предложения за подобряване на качеството;

*изследване на причините, поради които служители напускат клиниката

За постигане на по-лесно и по-подробно проследяване на квалификационното/кариерното развитие на служителите, в личното досие на всеки от тях се прилагат и съхраняват всички записи, удостоверяващи преминалото обучение, придобитата квалификация, реализираните „кредитни точки” и др.

Ръководството на КАИЛ счита че е морално длъжно да поддържа утвърдени колегиални традиции към свои пенсионирани служители с дългогодишен стаж, изразяващи се в чествания и осигуряване на безотказни медицински услуги.

В. ПОКАЗАТЕЛ „АНГАЖИРАНЕ НА СЛУЖИТЕЛИТЕ, КАТО СЕ СЪЗДАВАТ УСЛОВИЯ ЗА ОТКРИТ ДИАЛОГ И УПЪЛНОМОЩАВАНЕ.

В политиката за ангажиране на служителите си към открит диалог ръководството на клиниката осъществи следните мероприятия и произтичащи от тях мениджърски действия:

в.1. Създадени са условия за изграждане на добри професионални и междуличностни комуникации. Това мероприятие е описано подробно в автореферата т. 1.2 „в” под надслов „*Вътрешен обмен на информацията в КАИЛ*”.

в.2. Проведено е анонимно анкетиране на 61 лекари и мед. сестри (84,7% от общия кадрови състав на клиниката). Резултатите от това мероприятие са описани подробно таблично и графично в т. 2. „б” на автореферата под надслов „*Дейности по оптимизация на човешкия капитал в клиниката*”.

в.3. Разработени са и се реализират индивидуални и групови програми за продължаваща следдипломна квалификация на лекарите и медицинските страни, т.е. на всички участващи в анестезиологичните и интензивните лечебни дейности. Контролът по изпълнението на програмите е възложен на отговорниците и старшите медицински сестри на секторите „анестезиологичен” и „интензивно-лечебен”.

Ръководството на клиниката отделя особено внимание на практическото обучение на персонала по изпълнението на *клиничните*

протоколи, диагностично-терапевтичните алгоритми и техническите фишове за добри сестрински грижи.

в.4. Предстои през 2018 год. в клиниката да се внедри Система за периодична професионална атестация на лекарите и медицинските сестри. Резултатите от атестирането ще бъдат използвани, както за актуализиране на програмите за продължаващото следдипломно обучение, така и за изготвяне на становища за кариерно развитие на кадрите.

3.1.4. КРИТЕРИЙ „ПАРТНЬОРСТВО И РЕСУРСИ” С ОБЩА МАКСИМАЛНА-ОТНОСИТЕЛНА ТЕЖЕСТ 9%=90 БОНИФИКАЦИОННИ ТОЧКИ

КОНТЕКСТ

Партньорството на КАИЛ с основните потребители на нейните услуги (пациенти и клинични структури в болницата-майка), *квалифицирано като „ресурс”* наред с управлението на другите предоставени ѝ за ползване традиционни ресурси (човешки, материално-технически, технологични информационни и др.) е важно направление на внедрената в нея СУК по EFQM. При дисертационното изследване бе установено, че умелото използване на този ресурсен комплекс подпомага изпълнението на целите, съдържащи се във визията, стратегията и оперативните планове за подобряване и устойчиво развитие на качеството в клиниката.

При управлението на предоставените ѝ ресурси, КАИЛ като интегрална част от публичната здравна организация УМБАЛ „Св.Анна” АД, е често обект на ограничения и натиск, по-голям от този, какъвто обикновено се среща в частния сектор. Нейната способност да създава допълнителни финансови резултати е често ограничена, както е ограничена и свободата ѝ да разпределя или да преразпределя средствата си за услугите, които иска да предоставя. По тази причина от критично значение е използваната технология за измерване на ефективността и ефикасността на услугите. Цялостното финансово управление, вътрешният контрол и системите за счетоводство са основата на стабилното счетоводство по отношение на разходите. Въпреки че клиниката няма необходимата свобода при разпределението на ресурсите, демонстрирането на способността ѝ *„да предоставя повече и подобрени здравни услуги при по-малки разходи”* създава възможността за по-бързото въвеждане на повече иновативни анестезиологични и интензивни лечебни услуги.

Всичко това предяви към мениджърския екип на клиниката изискването за:

*осигуряване и навременно предоставяне на точни знания и информация в леснодостъпен формат, за да се даде възможност на служителите да изпълняват ефективно работата си;

* споделяне на критично важна информация и знания с ключови партньори и други заинтересовани страни в съответствие с техните потребности.

А. ПОКАЗАТЕЛ „РАЗВИТИЕ И ОСЪЩЕСТВЯВАНЕ НА КЛЮЧОВИ ПАРТНЬОРСКИ ВЗАИМО-ОТНОШЕНИЯ

Ръководството на клиниката е идентифицирало своите потенциални стратегически партньори-бенефициенти на предоставяните от нея услуги и естеството на взаимоотношенията с тях, при спазване разпоредбите на действащия медицински стандарт по

анестезиология и интензивно лечение и правилника за устройството, дейността и вътрешния ред на болницата.

Съдържанието на взаимоотношенията с клиничните болнични структури, тяхното управление и контрол са разписани подробно, както в правилника за устройството дейността и вътрешния ред на КАИЛ, така и в аналогичните правилници на клиниките и операционните блокове, ползватели на нейните услуги. Качествените аспекти на тези взаимоотношения се обсъждат с колегиална деловитост на организирани от болнична-та Лечебно-контролна комисия *интердисциплинарни срещи*.

Взаимните отношения с външни доставчици на продукти и услуги с медицинско, инженерно-инсталационно или болнично-битово предназначение, тяхното управление и контрол се уреждат със съдействието и посредничеството на съответните общо болнични специализирани звена и служби със задължително присъствие и участие на лице, определено от клиничното ръководство.

Б. ПОКАЗАТЕЛ „СЪЗДАВАНЕ И ОСЪЩЕСТВЯВАНЕ НА ПАРТНЬОРСТВО С ГРАЖДАНСКИ СДРУЖЕНИЯ ЗА ЗАЩИТА ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТИТЕ.”

За целта ръководството на клиниката насърчава гражданите, които са се възползвали от нейните услуги, да участват активно с въпроси и предложения за подобряване на тяхното качество. Във връзка с това клиниката:

* е със „отворени врати” за идеи, съвети и препоръки, постъпили явно от директни срещи с граждани или чрез използване на подходящи механизми за събирането им (например организирани от сдружения за защита правата на пациентите „фокусни групи”, жалби, анонимни анкети и т.н.).

*осигурява активна информационна политика относно възможностите, съдържащи се в предмета на нейната дейност и компетенциите на работещите в нея специалисти, чрез организиране на пресконференции, публикуване на информации в Интернет и др.).

В. ПОКАЗАТЕЛ „УПРАВЛЕНИЕ НА ФИНАНСИТЕ”

Една от основните цели на КАИЛ е постигане устойчиво развитие на качеството на материалната база, икономическите параметри и на способите за тяхното управление чрез реализиране на следните задачи:

*осъществяване на устойчива дългосрочна финансова стабилизация, чрез подобряване на ролевата ѝ функция в комплексното изпълнение на договорите между УМБАЛ „Св.Анна” АД-София от една страна и НЗОК и доброволни здравно застрахователни фондове от друга;

*провеждане на политика за увеличаване на приходите и целесъобразно разходване на ресурсите, чрез методите, инструментариума и контролните механизми на съвременния икономически (в т.ч. финансов) мениджмънт, с оглед постигане на баланс в отношението *разход/приход* ≤ 1;

*въвеждане на иновативна система за планиране и контрол на разходите -същата е разработена, внедрена, подробно текстово описана и таблично илюстрирана, като част от дисертационното изследване в раздел 2-ри на автореферата под надслов „Разработване и внедряване на управленски модел за контрол на разходите и подобряване организацията на дейностите за ресурсно осигуряване на КАИЛ).

Г. ПОКАЗАТЕЛ „УПРАВЛЕНИЕ НА ИНФОРМАЦИЯТА И ЗНАНИЯТА”

В клиниката е разработена и внедрена система за управление, съхранение и оценка на информацията и знанията в съответствие със стратегическите и оперативните ѝ цели.

Тя се наблюдава постоянно, с оглед осигуряване целесъобразността, коректността, надеждността и сигурност на нейната съдържателност Създадени са работещи канали за разпространението и достъп до нея за всички заинтересовани страни. Осигурени са условия, доколкото това е възможно на практика, ключовата информация и знания да останат в клиниката, в случай на напускане на нейни служители.

Д. ПОКАЗАТЕЛ „УПРАВЛЕНИЕ НА ТЕХНОЛОГИИТЕ”

В клиниката се изпълнява интегрирана политика за управление на анестезиологичните и интензивните лечебни технологии в съответствие с нейните стратегически и оперативни цели. Този интегритет се изразява в ефективно прилагане на новаторска организационна процедура за:

- *управление на задачите;
- *управление на знанията
- *подпомагане на дейностите по обучението и усъвършенстването на кадрите;
- *подпомагане на взаимодействието със заинтересованите страни и партньорите.
- *подпомагане на разработването и поддържането на вътрешни и външни комуникационни канали.

Е. ПОКАЗАТЕЛ „УПРАВЛЕНИЕ НА РАБОТНАТА СРЕДА И СЪОРЪЖЕНИЯТА”

Е.1. Планирането, обезпечаването и системното оптимизиране на материалните, финансовите и информационните ресурси в КАИЛ е целево ориентирано към:

*поддържане на ефикасна инфраструктура и привеждането ѝ в пълно съответствие с изискванията за качество на условията, в които се произвеждат здравните услуги;

*осигуряване на необходимата апаратура и техника и на екипировката от пособия и консумативи, в съответствие с изискванията за качество на средствата, с които се оказват здравните услуги;

*осъвременяване на диагностичните и лечебните методи и технологии и на интегрираните сестрински грижи в съответствие с изискванията за качество на процесите (дейностите, методите), чрез които се оказват здравните услуги;

*създаване на функционална работна среда, в съответствие с изискванията за здравословност и безопасност на същата.

Това наложи планирането на необходимите на клиниката съоръжения да се извършва на основата на анализи от проведените одити по качеството, анкетни проучвания сред бенефициентите на предоставяните от нея здравни услуги, бенчмаркинг-проучвания на успехите на аналогични клиници (отделения) в други лечебни заведения за болнична помощ.

Е.2. Създадените от ръководството на УМБАЛ „Св. Анна” АД-София условия (работна среда) в КАИЛ за ефикасна и качествена дейност на персонала се

вписва изцяло в изискванията на EFQM Excellence model и действащата в страната нормативна база за здравословни и безопасни условия на труд. Тя е адекватна на процесите за осъществяване на анестезиологичните и интензивните лечебни дейности. Правилата и отговорностите за нейното поддържане са описани подробно в Правилника за устройството, дейността и вътрешния ред на клиниката, Правилника за профилактика и контрол на вътре болничните инфекции в болницата и в длъжностните характеристики на персонала. Създадената по този начин работна среда, нейното поддържане и непрекъснатото ѝ ергономично и естетическо осъвременяване е гаранция, че тя, като комбинация от човешки и физически фактори ще има положително въздействие върху мотивацията, удовлетвореността и резултатите от работата на персонала и възможността за тоталното му включване в изпълнение целите на Модела за управление на качеството. Клиниката притежава план за сигурност и безопасност на пациентите и персонала, съобразен с архитектурните особености на нейните помещения, с инфраструктурата и ресурсите, обезпечавачи нормално осъществяване на анестезиологичните и интензивните лечебни дейности.

КАИЛ притежава организационна схема за действие при възникване на вътрешни и външни бедствени ситуации, включително пи терористични актове. Съгласно тази схема в нея се провеждат тренировъчни симулативни игри с участието на целия персонал.

3.1.5. КРИТЕРИЙ „ПРОЦЕСИ”, С ОБЩА МАКСИМАЛНА ОТНОСИТЕЛНА ТЕЖЕСТ 14%=140 БОНИФИКАЦИОННИ ТОЧКИ.

КОНТЕКСТ

Дисертационното изследване установи, че опорни точки на клиничното ръководство при интерпретирането, внедряването и изпълнението на показателите, съдържащи се в този критерий са следните класически определения в квалитологията:

а) процес-, дейност, която превръща вложените в нея ресурси в резултати;

б) процесен подход-, проекция на резултатите от даден процес върху следващият го процес“;

в) системен анализ-, процедура, с която се установяват факторите, които могат да окажат влияние върху реализацията на даден процес“;

г) процесен анализ-, процедура, показваща стъпките, които трябва да се извървят за реализиране на процеса“;

д) мислене, основаващо се на риска (Thinking Founded on Risk) „три компонентна процедура“, състояща се от:

*анализ на факторите на риска с всички познати методи (Descriptive Analysis,

SWOT Analysis, STEP Analysis, System and Process Analysis, Feedback Analysis и др.);

*обсъждане и съпоставяне на резултатите от анализа с методите на логиката: индукция, аналогия, хипотеза, дедукция;

*краен практически извод: диагноза на риска и формулиране на мениджърско решение за „дефанс“, т.е. за ограничаване на неговото влияние, трансформиране или елиминирание;

e) *цикъл на Deming (PDCA)*-„планиране-извършване-проверка-подобряване“.

А. ПОКАЗАТЕЛ „ПОСТОЯННО ИДЕНТИФИЦИРАНЕ, ПРОЕКТИРАНЕ И ПОДОБРЯВАНЕ НА ПРОЦЕСИТЕ“

Ръководството на КАИЛ актуализира процесите, осъществяването на които е необходимо условие за адекватно разбиране на потребностите и очакванията на потребителите за високо и устойчиво качество на предоставяните от нея анестезиологични, интензивни лечебни и образователни услуги. Тези процеси включват определянето и прегледа на релевантната информация, съдържаща се в резултатите от:

- проведените мероприятия, във връзка с анализите от допитванията с потребителите на анестезиологични и интензивни лечебни услуги и с други заинтересовани страни;
- изпълнението на договорените от болницата изисквания, предявени от източниците на финансиране (здравно-осигурителни, здравно-застрахователни и др. юридически лица.)
- бенчмаркингите и маркетинговите проучвания на постиженията на аналогични структури в други болнични заведения;
- самооценяването по акредитационните критерии и показатели;
- сравненията на постиженията на клиниката по определени количествени и качествени показатели с минали периоди.

Посоченият информационен масив се документира и архивира. Обобщени актуални данни от него периодично се обсъждат от клиничното ръководство, с цел предприемане на съответни действия за удовлетворяване изискванията на потребителите относно спектъра и качеството на предоставяните от клиниката анестезиологични, интензивни лечебни и образователни услуги.

При проектиране и въвеждане на нови за клиниката здравни услуги, ръководство взема предвид техния жизнен цикъл, сигурност, защитеност, влиянието им върху околната среда и други рискове.

По принцип решение за изготвяне на проект за въвеждане на нова здравна услуга се взема след задълбочен анализ на факторите, които могат да ѝ окажат влияние в процеса на нейната реализация. За целта, ръководството на клиниката използва инструментариума на STEP-анализа и SWOT-анализа .

Входните данни за проектиране въвеждането на новата здравна услуга в продуктивния портфейл на КАИЛ се дефинират ясно в писмен вид и се съхраняват съгласно изискванията на утвърдените правила за защита на информацията. Тези данни включват:

- функционалните изисквания към услугата и очакваните ползи при реализирането ѝ;
- съответствието ѝ с изискванията на действащите в страната нормативни актове;
- други съществени изисквания за конкретно проектиране.

Ръководството на клиниката е създадо процедура за оценка на адекватността на посочените данни, на основата на идентификации и критерии, гарантиращи, че тези данни са пълни, недвусмислени и непротиворечащи си. Идентифицираните входни елементи се регистрират в *плана на проекта*.

Б. ПОКАЗАТЕЛ „РАЗРАБОТВАНЕ И ПРЕДОСТАВЯНЕ НА ОРИЕНТИРАНИ КЪМ ПОТРЕБИТЕЛИТЕ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧНИ И ИНТЕНЗИВНИ ЛЕЧЕБНИ УСЛУГИ“

Изходните елементи на системния подход в КАИЛ при разработването и предоставянето на ориентирани към нейните бенефициенти здравни услуги в се определят и одобряват преди тяхното внедряване. По правило те се подбират така, че:

- да удовлетворяват изискванията на входните елементи;
- да дават необходимата информация при реализирането на новата здравна услуга;
- да се позовават на критерии за възприемчивост на услугата от нейните потребители;
- да определят тези характеристики на здравната услуга, които са съществени за нейното коректно предоставяне.

Извършеният по този начин подбор на изходните елементи при разработването позволява на ръководството на клиниката да приложи диференциран подход при представяне на проектните резултати, съобразно естеството на проектираното нововъведение.

В. ПОКАЗАТЕЛ „ИНОВАТИВНИ ПРОЦЕСИ С УЧАСТИЕ НА БЕНЕФИЦИЕНТИТЕ НА ПРЕДОСТАВЯНИТЕ ОТ КЛИНИКАТА АНЕСТЕЗИОЛОГИЧНИ И ИНТЕНЗИВНИ ЛЕЧЕБНИ УСЛУГИ“.

В КАИЛ се провеждат *периодични научно-практически срещи* с представители на клиниките от УМБАЛ „Св. Анна“ АД-София, бенефициенти на нейните услуги, за обсъждане на въпроси, касаещи иницирането на иновативни процеси за внедряване на нови, *основаващи се на научни доказателства* анестезиологични и интензивни лечебни технологии. Срещите имат за цел да дадат оценка доколко обсъжданите иновации са в състояние да удовлетворят изискванията, да идентифицират произтичащите от тях проблеми и необходимите действия за решаването им. За участие в тези срещи се отправят покани и до специалисти-анестезиолози от други болнични заведения, проявяващи интерес към обсъжданите теми.

Потвърждаването на иновативните намерения е гаранция за това, че ново въвеждащата се иновативна технология или услуга е способна да посрещне новите, по-високи изисквания на потребителите и на другите заинтересовани страни. Следва да се подчертае, че по принцип обсъждането и потвърждаването на иновативните здравни технологии в КАИЛ се извършва преди въвеждането им в практиката.

Успешно преминалият всички обсъждания иновативен проект се удостоверява с подписите на неговия инициатор и началника клиниката.

3.2. ГРУПА КРИТЕРИИ „РЕЗУЛТАТИ“ С ОБЩА МАКСИМАЛНА ОТНОСИТЕЛНА ТЕЖЕСТ 50%=500 БОНИФИКАЦИОННИ ТОЧКИ

3.2.1. КРИТЕРИЙ: „РЕЗУЛТАТИ, ОРИЕНТИРАНИ КЪМ ПОТРЕБИТЕЛИТЕ НА АНЕСТЕЗИОЛОГИЧНИ И ИНТЕНЗИВНИ ЛЕЧЕБНИ УСЛУГИ“ С ОБЩА МАКСИМАЛНА ОТНОСИТЕЛНА ТЕЖЕСТ 20%= 200 БОНИФИКАЦИОННИ ТОЧКИ.

А. ПОКАЗАТЕЛ „РЕЗУЛТАТИ ОТ ИЗМЕРВАНЕТО НА УДОВЛЕТВОРЕНОСТТА НА ПОТРЕБИТЕЛИТЕ

Ръководство на КАИЛ съзнава, както установи дисертационното изследване, че успехът на внедрения Модел за управление на качеството по EFQM е пряко зависим от удовлетворяването на

настоящите и бъдещите потребности и очаквания на потребителите на предоставяните им анестезиологични и интензивни лечебни услуги.

Ето защо още в началото на неговото функциониране се положиха усилия за надхвърляне на тези очаквания, като резултат на утвърдилото се разбиране, че изискването за качество на здравните и услуги включва и такива техни параметри, като: достъпност, надеждност, начин на предоставяне, мероприятия след реализиране на услугата и разходите, свързани с нея .

Паралелно с това в своята стратегия за развитие ръководството на клиниката:

*Демонстрира отговорност за сигурността на хората, намиращи се в нея (пациенти, специализанти и служители).

*Въведе ефикасни средства за обмен на информация със своите потенциални потребители, относно вида и същностната характеристика на предоставяните от нея услуги и относно условията и реда за достъпа до тях.

Конструкцията на този информационен обмен бе изградена върху класическата дефиниция на комуникациите в националната система за здравеопазване *„създаване или обмен на разбирателство между изпълнители и потребители на здравни услуги”*.

Б.1 ПОКАЗАТЕЛ „ИНДИКАТОРИ ЗА ИЗМЕРВАНЕТО, ОРИЕНТИРАНИ КЪМ ПОТРЕБИТЕЛИТЕ“

Съобразявайки се със значимостта на говорните и писмените методи за комуникация и с доказателствената стойност на статистическите *репери* в здравеопазването ръководството на КАИЛ, ползвайки теоретичните постановки на общата рамка за самооценка на организациите САФ (Common Assessment Framework), е систематизирало индикаторите за измерване, ориентирани към потребителите в три групи:

*време за обработка на оплакванията и препоръките на бенефициентите;

степен на използване сътрудничеството на пациентите („compliance”*) при прилагането на диагностичните и лечебните процедури;

*време за осъществяване на интегрираните сестрински грижи и степента на удовлетвореност от тях.

Б.2. ПОКАЗАТЕЛ „ИНДИКАТОРИ ВЪВ ВРЪЗКА С АНГАЖИРАНОСТТА“, В Т.Ч.:

*степен на ангажираност на заинтересованите клинични структури от *болницата-майка* в изпълнението на отнасящите се тях клаузи от

медицинските стандарти, касаещи реда и начина за ползване на анестезиологични услуги;

*изпълнение и степен на използване на нови и иновативни методи за работа с потребителите на произведените от КАИЛ услуги;

Б.3. ИНДИКАТОРИ ВЪВ ВРЪЗКА С ПРЕДОСТАВЯНЕТО НА ПРОИЗВЕЖДАНИТЕ ОТ КЛИНИКАТА УСЛУГИ, В Т.Ч.:

*спазване на клаузите от *хартата за правата на пациентите*;

*степен на усилията за подобряване наличието, точността и прозрачността на информацията в *уеб страницата* на КАИЛ.

3.2.2. КРИТЕРИЙ „РЕЗУЛТАТИ, СВЪРЗАНИ С ХОРАТА (ПЕРСОНАЛА) НА КЛИНИКАТА”, С ОБЩА МАКСИМАЛНА ОТНОСИТЕЛНА ТЕЖЕСТ 9%=90 БОНИФИКАЦИОННИ ТОЧКИ

А. ПОКАЗАТЕЛ „РЕЗУЛТАТИ ОТ ИЗМЕРВАНЕТО НА УДВЛЕТВОРЕНОСТТА И МОТИВАЦИЯТА НА ПЕРСОНАЛА“.

Тези резултати са подробно отразени таблично с абсолютни и относителни статистически величини и графично с индикатори, образуващи съставния индекс в т.4.Б.2 в този дисертационен труд по данни от анонимно анкетиране, обхванало 84,7% от общия брой на лекарите и медицинските сестри в клиниката.

Мотивационният продукт, като проекция от анализа на резултатите от анализа на анкетните данни е съставената моделна конструкция за месечните трудови възнаграждения на работещите в КАИЛ, подробно разписана в същата т.4.Б.2.

Б. ПОКАЗАТЕЛ „ИНДИКАТОРИ ЗА РЕЗУЛТАТИ, СВЪРЗАНИ С ХОРАТА

Резултативен мениджърски компонент в политиката на КАИЛ за работата ѝ с персонала, произтичащ от Модела за управление на качеството е включването на всички нейни служители в *„движение за тотално качество“*.

б.1. В хода на дисертационното изследване бе изяснено, че гносеологичната и приложната стойност на понятието *„тотално качество“* в условията на внедрения в КАИЛ Модел за управление на качеството има следните две съществени значения:

а) успехът на клиниката се определя от тоталните ѝ функции, защото еквивалента на продукцията *„анестезиологични и интензивни лечебни услуги“* са дейностите на целия контактуващ пряко и непряко с

потребителите им персонал, както и процесът на информация, свързан с тях.

б) проблемите на качеството опират не само до персонала на клиниката но и до стила на нейния мениджмънт, налагащ отговор на следните въпроси:

* може ли качеството на здравните услуги, предоставяни от клиниката да се ръководи със стари управленски лостове, т.е. само с контрол?

*ако зад качеството стоят поведението и отношението на всички работещи в клиниката могат ли те да бъдат мобилизирани със стария метод на „*тоягата и моркова*” ?

Ясно е, че отговорът на тези въпрос не може да бъде друг, освен отрицателен. Примерът с въведения в КАИЛ Модел за управление на качеството е значителен. Защото той изисква провежданата от ръководството политика по качеството да бъде издигната до начин на мислене и действие на всички.

б.2. Дисертационното изследване показва, че в случая е важно наличието на организирана съзнателна форма на действие от страна на клиничното ръководство, позволяваща основните ценности на тоталното качество да бъдат ежедневно прилагани от страна на всички лекари, медицински сестри и помощен персонал.

Това наложи ръководството на КАИЛ да поеме инициативи в полза на структуриран, организиран и твърд начин на мислене за да противостои на някои разпилени и хаотични действия на отделни служители.

3.2.3. КРИТЕРИЙ „РЕЗУЛТАТИ, СВЪРЗАНИ С ОБЩЕСТВОТО”, С ОБЩА МАКСИМАЛНА ОТНОСИТЕЛНА ТЕЖЕСТ 6%= 60 БЕНИФИКАЦИОННИ ТОЧКИ

А. ПОКАЗАТЕЛ „РЕЗУЛТАТИ ОТ СОЦИАЛНИТЕ ИЗМЕРВАНИЯ, ВЪЗПРИЕТИ ОТ ЗАИНТЕРЕСОВАНИТЕ СТРАНИ

Дисертационното изследване изясни, че важно изискване на внедрения в КАИЛ Модел за управление на качеството е да се използват източници за своевременна, достатъчна и вярна потребителска информация с оглед получаване на полезна представа чрез „*гласът на потребителите*”, както за степента на тяхната удовлетвореност, така и за конкурентоспособността му на целевите здравни пазари. Източници на информация за обществената удовлетвореност, идентифицирани и ползвани от клиничното

ръководство за целите на Модела за управление на качеството, съгласно постановките на EFQM са:

- директни комуникации с потребители на предоставяните от клиниката анестезиологични и интензивни лечебни услуги;
- оплаквания в жалби и сигнали от потребители;
- проведени анонимни анкети с потребители, чрез писмени въпроси;
- обсъждания с фокусни (прицелни) потребителски групи;
- доклади на организации за защита правата на пациентите;
- репортажи в средствата за масово осведомяване

Б. ПОКАЗАТЕЛ „ИНДИКАТОРИ ЗА СОЦИАЛНОТО ПОВЕДЕНИЕ, УСТАНОВЕНО В КЛИНИКАТА“

Резултатите от изпълнението на този показател се съдържат в:

*писмени отзиви на лекувани в клиниката пациенти;

*репортажи в печатни медии;

*телевизионни излъчвания, посветени на социално-здравната значимост на клиниката за населението от здравните региони „Столичен град и „София-област“.

3.2.4. КРИТЕРИЙ: „КЛЮЧОВИ РЕЗУЛТАТИ ОТ ИЗПЪЛНЕНИЕТО”, С ОБЩА МАКСИМАЛНА ОТНОСИТЕЛНА ТЕЖЕСТ 15%=150 БЕНИФИКАЦИОННИ ТОЧКИ.

А. ПОКАЗАТЕЛ „ВЪНШНИ РЕЗУЛТАТИ“

За оценка на външните резултати от дейността ръководството на клиниката е разработило следния набор от показатели, отчитащи ефикасността на провежданата политика за реализиране на нейните стратегически цели и задачи:

А.1. Степента до която са постигнати целите. Резултата съответства на формулираните във визията, програмата и плановете на клиниката цели и задачи.

А.2. Степента до която са изпълнени акредитационните критерии и показатели за качество на условията, в които и на дейностите, с които

се осъществяват анестезиологичните и интензивните лечебни услуги. Резултата се съдържа в присъдената от Акредитационния съвет при МЗ през 2017 г. оценка на клиниката „*отлична за срок от пет години*“.

А.3. Степента до която са изпълнени критериите и показателите от СУК по EFQM, отнасящи се до услугите, които клиниката предоставя на своите бенефициенти. Резултата, измерен през м. декември 2016 г. с оценъчната скала на ANAES е *920 бонификационни точки (бална оценка „отлична“)*, е описан подробно в раздела „*резултати от проведените одити*“ и представен нагледно в *табл. 22 и фиг. 17* на този дисертационен труд.

А.4. В резултат на внедрените в клиниката и описани подробно в т, табл. № 9 „а“ до табл. № 9 „д“ на този дисертационен труд дейности за рационално разходване на финансовия ресурс бе установено, че печелившата формула *разход/приходи* ≤ 1 може да се постигне чрез добре премерено намаляване на *полу фиксираните и особено на променливите разходи*.

Б. ПОКАЗАТЕЛ „ВЪТРЕШНИ РЕЗУЛТАТИ“

Б.1. Съгласно изискванията на Модела за управление на качеството в КАИЛ се провеждат мерки за своевременно идентифициране на онези диагностични, и лечебни дейности, които не съответстват на изискванията за качество. Контролът и свързаните с това правомощия и отговорности по разпореждането при наличие на несъответстваща с изискванията за качество дейност са определени в документирани процедури по управление на качеството.

При дисертационното изследване бе установено, че ръководството на клиниката придава особено значение на коректното документиране на всички установени *несъответствия*, заедно с диспозицията им, с оглед осигуряване на необходимите данни при формулиране на управленски решения за техния „*арест*“. Но в този контекст, по отношение на диагностичната и лечебната дейност и интегрираните сестрински грижи ръководството на клиниката е приело, че пациент, който системно отказва прилагане на медицински процедури или спазване на предписаният му режим не може да бъде факт за несъответствие на здравна услуга и, че това е проблем извън системата за управление на качеството, който непряко повлиява очакваните ключови здравни резултати.

Б.2. С въведената СУК по Модела за организационно съвършенство на EFQM клиниката гарантира, че притежава и предлага организационен инструментариум за идентифициране и контрол на онези от

предоставяните от нея услуги, които не съответстват на изискванията за качество, за да се:

- предотврати пускането им в употреба (превантивна процедура);
- потвърди след тяхното коригиране, че те вече са съвместими с изискванията за качество и че може да бъдат пуснати в употреба (коригираща процедура);
- предприемат необходимите мерки за отстраняване на негативните последици, ако те са били пуснати в употреба (овъзмездяваща процедура).

Всички записи, свързани с идентификацията и контрола на онези, предоставяни от клиниката услуги, които не съответстват на изискванията за качество, се управляват съгласно утвърдени за това процедури.

б.з. Коригиращите и превантивни действия, които се провеждат в КАИЛ се определят и решават по утвърден от ръководството алгоритъм. По този начин се създава своеобразна стандартна методология, съдържаща необходимия мениджърски инструментариум, както за постигане на възходяща вътрешна ефикасност, така и за подобряване удовлетвореността на потребителите на предоставяните от клиниката анестезиологични и интензивни лечебни услуги.

5.3. Правила за организиране и провеждане на вътрешен одит по изпълнението на критериите за качество на дейностите в Клиниката по анестезиология и интензивно лечение.

Вътрешният одит е процедура, чрез която работещите в Клиниката по анестезиология и интензивно лечение при УМБАЛ „Св.Анна” АД-София сами оценяват качеството на своята дейност в съответствие с критериите и показателите, съдържащи се в Модела за контрол на разходите и подобряване качеството на дейностите”.

Това е процес, който се разпростира върху всички дейности в клиниката, изискващ използването на утвърдени в практиката проблемно-ориентирани подходи, методи и способности за измерване и анализ на критерии и показатели за ефективност на оказваните анестезиологични и интензивни лечебни услуги и позволяващ периодично да се извършва сравнителна вътрешна проверка на качеството с:

- предшестващи периоди;
- сходни клиники и отделения в страната;
- сходни структури (центрове и институти) в чужбина.

Целта на вътрешния одит на качеството е да се *идентифицират* тези области от дейността на КАИЛ, които:

- имат съществен принос в утвърждаването и устойчивото развитие на качеството и следователно се нуждаят от стимулиране;
- формират неприемливи в качествено отношение здравни услуги и следователно се нуждаят от коригиращи мениджърски интервенции.

Планирането, организацията и провеждането на вътрешните одити в КАИЛ, оценката и анализа на резултатите от тях се осъществява по шест компонентни мениджърски правила, съвместими с основните изисквания на EFQM-Excellence model.

5.3.1. Проблемно-ориентиран подход.

Ръководството на КАИЛ трябва да се придържа към изискванията за цикличност на процедурите „проверка, оценяване и анализ на качеството”.

Въпреки че цикличността осветлява проблемния аспект на вътрешния одит на качеството на дейностите в клиниката, тя дава възможност да се разглеждат в дълбочина пет от най-съществените ѝ елементи:

* подбор на ключовите зони: извършва се избор на предмета или обекта за вътрешен одит в съответствие с критериите и показателите на Управленския модел за контрол на разходите и подобряване качеството на дейностите ;

* осъзнаване на проблема: идентифицират се проблемните точки от ключовата зона , подбрана за вътрешен одит и тяхното място в три координатната система: качество на условията, качество на процесите и качество на резултатите

* дефиниране на проблема: определят се причините, породили идентифицираните проблемни точки в подбраната за вътрешен одит ключова зона.

* разрешаване на проблема: генерират се и се прилагат подходи за разрешаване на проблема;

* повторна оценка, целяща да потвърди до каква степен решенията са били правилни.

Този цикъл се задейства винаги, когато е налице значим проблем в качеството на извършващите се в клиниката дейности. От съществено значение в случая е разкриването на противоречията, които стоят в основата му и които го възпроизвеждат.

Ядро на процедурата „вътрешен одит” на качеството на дейностите в КАИЛ е измерването. Последното има два компонента:

- обективен, състоящ се в прилагането на определена мярка към измерваното явление;
- субективен, състоящ се в определяне в тази мярка на равнище, което трябва да се достигне.

В контекста на горното се налага разбирането, че критериите за оценка са тези елементи от Управленския модел за контрол на разходите и подобряване качеството на дейностите в КАИЛ, които посочват „**какво се измерва**”, а показателите са елементите, които показват „**нивото**”, на което трябва да отговарят тези дейности, за да съответстват на изискването за качество.

5.3.2. Периоди и продължителност на вътрешния одит на качеството в Клиниката по анестезиология и интензивно лечение.

А. Времева рамка на вътрешния одит.

Изборът на времевия обхват на вътрешния одит се определя от „**периода време**”, за който се събира необходимата информация:

- при ретроспективен анализ-на оценка се подлага качеството на дейности, които са били извършени, с цел получаване на полезна информация за неговото подобряване в бъдеще;
- при ситуационен анализ-на оценка се подлага качеството на дейностите в процеса на тяхната реализация;
- при проспективен анализ-на оценка се подлагат дейности, които са планирани (напр. в плана за внедряване на управленския модел за контрол на разходите и подобряване качеството на дейностите в КАИЛ; в проект за внедряване на нова анестезиологична или интензивна лечебна технология и др.), но реализацията, на които не е започнала.

Б. Продължителност на вътрешния одит.

Проведената през периода 2001-2016 г. акредитация на лечебните заведения за болнична помощ позволи да се натрупат немалко примери на добре организирани и проведени процедури за вътрешен одит, последвани за съжаление от застои. Този факт налага съблюдаване на следните по-важни изисквания при контрола и оценката на качеството на дейностите в КАИЛ:

- „**едномоментните**” прояви на изява от страна на клиничното ръководство или на „оторизирана” от него вътрешна комисия са неприемливи;
- вътрешният одит на качеството на дейностите в клиниката не може да бъде статична величина, поради факта, че то е динамичен процес;
- някои елементи на качеството изискват епизодично разглеждане** (напр., тези, които са свързани с условията, при които се оказва медицинска помощ), докато **други се нуждаят от постоянно действащ механизъм за проследяване** (напр. тези, които са свързани с процесите за диагностика, лечение и грижи за пациентите);

- след като вътрешния одит е извършен и са предприети съответни мерки за подобряване, е необходима повторна проверка за проследяване на ефекта от въздействието на коригиращите дейности.

Следва да се отбележи, че времевата рамка, продължителността, и задълбочеността на вътрешния одит се определят конкретно за всяка ключова зона на качеството. Освен това е необходимо да се прилага многоаспектния подход, който повелява фокусът на одитната процедура последователно да се премества от проблем на проблем. Това дава възможност да се включат повече аспекти и постигане на по-широко и надеждно осигуряване на качеството на оказваните от клиниката анестезиологични, интензивно лечебни и образователни услуги.

5.3.3. Подходи за вътрешен одит на качеството в Клиниката по анестезиология и интензивно лечение.

При избора и прилагането на *подходи* за вътрешен одит на качеството на оказваните от клиниката здравни услуги трябва да се отчита тяхната експлицитност и имплицитност.

- експлицитни (явни) са тези, които се характеризират със специфичност и обективност и не изискват почти никакви допълнителни тълкувателни преценки;

- имплицитни (неявни) са тези, които са по-малко специфични, по-субективни, подразбиращи се и поради това изискващи допълнителни тълкувателни преценки.

В контекста на горното, в клиниката трябва да се съблюдават предимствата и недостатъците на различните подходи за вътрешен одит на качеството на нейната дейност.

5.3.4. Роля на потребителите и обществото в оценката на качеството на дейностите в Клиниката по анестезиология и интензивно лечение.

В случая е необходимо ръководството на клиниката да се придържа към общоприетото правило, че оценката на качеството на болничните услуги включва и *„оценка от крайните потребители, за да определи дали те са били извършени в съответствие с техните очаквания“*.

От тук кардиналният извод, че в одитните процедури на качеството на дейностите в КАИЛ трябва да се включат не само вътрешни професионалисти, но и бенефициенти на произвежданите от нея специализирани здравни услуги (пациенти и лекари от други болнични клинични структури). И не на последно място, защото потребителите могат да бъдат най-добрите, съответно най-лошите, имидж мейкъри и маркетингови агенти на клиниката, в или от която те са получили здравни услуги.

Кое наложи дисертанта и ръководството на КАИЛ да отделят необходимото внимание на този въпрос ? Няколко са причините за това:

А. *В последно време е налице ограничаване на взаимоотношенията между лекаря и пациента за сметка на бързото нарастване на екипното медицинско обслужване. Колкото по-голям е медицинският тим, толкова по-голяма е потребността от създаването на формален процес за анализ и оценка, осигуряващ възприемливо от пациента ниво за цялостно качествено обслужване.*

Б. *Все повече нараства здравната култура на пациентите. Следователно те имат по-високи очаквания и са по-критични към качеството на оказваната им медицинска помощ.*

В. *Нараства броят и обемът на публикациите в средствата за масова информация относно некачествено оказана медицинска помощ.*

Г. *Постоянно публикуваните данни за качеството на медицинската помощ в лечебните заведения и за различията в неговото равнище стават обществено достояние.*

Д. *Политици, лекари, представители на неправителствени организации и граждани считат, че повишаването на качеството на здравните услуги има мултиплициращ медицински, икономически и социален ефект за обществото.*

Е. *Широко тенденциозно разпространяващо се в последно време подозрение, че съществуват известни възможности за прикриване на недоброкачествената работа в някои структури за болнична помощ и на отделни лекари, и че не се прави достатъчно за повишаване на стандартите за качество на медицинско обслужване.*

В контекста на горното и с оглед привличане на пациентите в оценката на качеството на медицинската помощ ръководството на клиниката осигурява:

- вземане от всеки пациент на информирано съгласие в съответствие с разпоредбите на действащото законодателство, относно предстоящите изследвания, които трябва да му бъдат направени и лечението, което следва да му бъде приложено, както и съществуващи алтернативи за избор;
- подробно запознаване на всеки пациент с правата му, произтичащи от Законите разпоредби за правата на пациентите и упражняване на мениджърски контрол за тяхното спазване от страна на персонала;

- анонимно социално анкетиране на пациентите, както по време на пребиваването им в клиниката, така и след това - за степента на удовлетвореността им от качеството на лечението и съпътстващите грижи.

- анализиране на данните от социологичните анкети, с последващи мениджърски интервенции за отстраняване на „*тесните места*” в качеството на дейностите в клиниката.

5.3.5. Тотално включване на персонала на Клиниката по анестезиология и интензивно лечение в „движение за подобряване качеството на болничната помощ”.

В процеса на дисертационното изследване се изясни, че този проблем не може да се решава чрез изолирани по време и място организационни интервенции, а чрез формиране на нова философия по цялата изпълнителска верига в клиниката: началник-->зам.началник-->отговорници на секторите „анестезиологичен” и „интензивно лечебен”-->лекари->старши медицински сестри-->медицински сестри-->санитари.

Това наложи в сърцевината на тази философия да се поставят следните принципи:

- да се определят правилата, недопускащи дефекти в диагностично-лечебния процес и в грижите за болните;
- да се насочи вниманието преди всичко към превенция на грешките, а не само към тяхната корекция;
- да се постави акцент на непрекъсваемостта в измерването на качеството (вътрешен одит) във всички медицински и спомагателни структури и процеси;
- да се организира обучение по въпросите на качеството–диференцирано по медицински структури и екипи;
- да се създаде механизъм, отчитащ оценката на пациентите, за качеството на оказаната им медицинска помощ.

Във връзка с посочените принципни постановки бе преценено, че при конструирането на проекта за тотално включване на персонала на КАИЛ в движение за подобряване и устойчиво развитие на качеството трябва да се имат предвид следните опорни точки:

А. Да се основава на стратегията, т.е. не трябва да отчита само това, което е било в миналото или свързано с настоящето, а да бъде ориентиран към стратегическите цели, които клиниката преследва за подобряване на качеството и неговото устойчиво развитие;

Б. Да съдържа механизми за контрол при:

- а) въвеждането на критериите и показателите на управленския модел;
- б) сравняването на действителното състояние с това, което изискват посочените в т. „А” критерии и показатели;
- в) провеждане на планираните превантивни и корективни действия.

В. Да борави с акуратна информация и да създава баланс между целевите и под целевите бази данни.

Г. Да бъде възприет от всички работещи в клиниката и да ги мотивира към устойчиво развитие на качеството на извършваните от тях дейности.

Д. Да е гъвкав, т.е. да отчита влиянието на външните фактори, на динамично променящите се вътрешни цели и намерения и да дава очаквания адекватен отговор.

Управлението на качеството на дейностите в КАИЛ от позициите на тоталното участие на персонала трябва да включи всички усилия при планирането и изпълнението на подобренията, имащи за цел да посрещнат очакванията на пациентите, болницата и обществото от нея.

Тоталното включване на персонала изисква ударението да бъде поставено върху функционалните връзки между различните изпълнителски екипи в клиниката и осмисляне на взаимозависимостите между процесите в хода на диагностично-лечебната дейност и грижите за болните. Няма съмнение, че в случая ще са необходими:

- нови аналитични методи и контролни механизми за разширяване обхвата на качеството на анестезиологичните и интензивните лечебни услуги и усъвършенстването му в посока „устойчиво развитие”;
- нови източници на идеи, каквито напр. са препоръките на Европейските органи по стандартите (CEN);

Тоталното включване на персонала в подобряване на качеството налага да се използват, доказали своята ефективност, техники за генериране на нови квалитологични идеи в областта на анестезиологията и интензивното лечение, като: **мозъчната атака (брейн сторминг), качествените кръгове, метода „Делфи”, консенсусните конференции и потребителските наблюдения.**

Голяма е значимостта на потребителските наблюдения. Те трябва да се извършват перманентно с оглед изучаване удовлетвореността на потребителите от оказаните им анестезиологични и интензивни лечебни услуги. **Целите, които трябва се възложат на тази техника, е чрез измерване „гласа на потребителите” и съпоставянето му с резултатите от измерването на „гласа на клиниката”, да се определят**

несъответствията между тях, с последващи мерки за оптимизиране качеството на дейностите в КАИЛ.

5.3.6. Организация на вътрешния одит

5.3.6.1. Общи положения

За провеждане на вътрешен одит ръководството на клиниката взема необходимото за това решение и за целта съставя 3 до 5 членна група от експерти за наблюдение, анализ и оценка по изпълнението на установените критерии и показатели от Управленския модел за контрол на разходите и подобряване качеството на дейностите. Желателно е в нея да се включат както представители на работещи в клиниката лекари и медицински сестри, така и с разрешението на директора на болницата и на експерт, извън нейния състав. Основните задачи на тази група са:

- *да запознае работещите в подлежащата на одит клинична структура, екип или дейност лица с критериите и показателите за оценяване, както и с целите и задачите на одита;*
- *да определи източниците за събиране на информацията в съответствие с критериите и показателите.*
- *да систематизира и формализира получената информация;*
- *да извърши контрол за достоверността на информацията;*
- *да анализира събраната информация;*
- *да извърши проверка на достигнатото качество по критериите и показателите на Управленския модел за контрол на разходите и подобряване качеството на дейностите в КАИЛ;*
- *да формулира препоръки за подобряване на дейностите с оглед утвърждаване и развитие на постиженията в сферата на всяка медицинска и спомагателна дейност в клиниката;*
- *да изготви доклад пред клиничното ръководство за резултатите от вътрешния одит;*
- *да участват в обсъждането на доклада и вземането на решения.*

5.3.6.2. Планиране на вътрешния одит

Планирането и организацията на работата по вътрешния одит се извършва от ръководителя на определената за неговото провеждане одиторска група. От плана трябва да се вижда:

- какви задачи по вътрешния одит се поставят?
- кой ще ги изпълнява?
- времето и сроковете за изпълнение.

5.3.6.3. Фазите, в които се извършва вътрешния одит са условни и обикновено са:

А. Подготвителна фаза, през която се извършва:

- конкретизиране на целите на основата на критериите и показателите, валидни за КАИЛ и произтичащите от това задачи на групата, натоварена с провеждането на вътрешния одит;
- съставяне на план-график;
- уточняване на необходимата за вътрешния одит информация;
- провеждане на разяснителна работа сред персонала, работещ в одитирания обект;
- мобилизация на ресурсите.

Б. Фаза на същинският вътрешен одит, през която се извършва:

- събиране на информация във вид на доказателства по критериите и показателите;
- систематизиране и формализиране на информацията
- анализиране на информацията, формиране на оценките и изготвяне на доклад за резултатите от проведения вътрешен одит.

Внедрената в КАИЛ при УМБАЛ „Св. Анна“ технология (адаптацията по 57) за събиране, оценяване и анализ на информацията по изпълнението на критериите за качеството на дейностите е по същество технология за цифрова и балова оценка на степента по изпълнението на процедурите от триадата „условия“, посочени в колона втора на табл. №17., а именно:

- * **пълнота на процедурата и на правилата за изпълнение на критерия;**
- * **периодичност на актуализация на процедурата и на правилата за изпълнение на критерия;**
- * **информираност на персонала за същността на процедурата и правилата и на степента на участието му в тяхното изпълнение.**

Сумарната балова оценка за изпълнение на критериите от Модела за управление на качеството в КАИЛ се определя от сбора на присъдените от одиторския екип бонификационни точки (б.т.), както следва:

0. б.т.	лоша;
до 200 б.т.	средна;
от 201 до 600 б.т.	добра;
от 601 до 1000 б. т.	отлична.

Нагледно тази процедура е показана в попълнения като пример „*контролен лист*“ (табл. 17-а), в който сбора от присъдените бонификационни точки на всичките девет критерия е 392, т.е. сумарната балова оценка за изпълнението им е „добра“.

оценка	условия (изисквания)	критерии „предпоставки – средства“					критерии „результати“				
		макс. брой бонификационни точки за двете групи критерии – 1000									
		критерий 1	критерий 2	критерий 3	критерий 4	критерий 5	критерий 1	критерий 2	критерий 3	критерий 4	
отлична (5)	<ul style="list-style-type: none"> критерия е изцяло изпълнен, тъй като: налице е пълна процедура и/или ясни правила за изпълнението му периодично процедурата и правилата за изпълнение на критерия се актуализират процедурата и правилата са известни и системно прилагани от всички, които имат отношение към изпълнението на критерия 	10% = 100 бонификационни точки	8% = 80 бонификационни точки	9% = 90 бонификационни точки	9% = 90 бонификационни точки	14% = 140 бонификационни точки	20% = 200 бонификационни точки	9% = 90 бонификационни точки	6% = 60 бонификационни точки	15% = 150 бонификационни точки	
добра (3)	<ul style="list-style-type: none"> критерия е изпълнен в значителна степен, тъй като: налице е пълна процедура или правила за изпълнението му периодично правилата и процедурата за изпълнението му се актуализират процедурата и правилата са недостатъчно известни и несистемно прилагани от всички, които имат отношение към изпълнението на критерия 	6,0 % = 60 бонификационни точки	4,8 % = 48 бонификационни точки	5,4 % = 54 бонификационни точки	5,4 % = 54 бонификационни точки	8,4 % = 84 бонификационни точки	12 % = 120 бонификационни точки	5,4 % = 54 бонификационни точки	3,6 % = 36 бонификационни точки	9,0 % = 90 бонификационни точки	
средна (1)	<ul style="list-style-type: none"> критерия е изпълнен частично налице е непълна процедура или правила за изпълнение на критерия процедурата и правилата не са адаптирани към изискванията за качество 	2,0 % = 20 бонификационни точки	1,6 % = 16 бонификационни точки	1,8 % = 18 бонификационни точки	1,8 % = 18 бонификационни точки	2,8 % = 28 бонификационни точки	4 % = 40 бонификационни точки	1,8 % = 18 бонификационни точки	1,2 % = 12 бонификационни точки	3,0 % = 30 бонификационни точки	
лоша (0)	<ul style="list-style-type: none"> критерият не е изпълнен и не съответства на изискванията за качество липсва процедура и правила за изпълнение на критерия персоналът не е известен за същността на критерия 	0% = 0 бонификационни точки	0 % = 0 бонификационни точки	0 % = 0 бонификационни точки	0 % = 0 бонификационни точки	0 % = 0 бонификационни точки	0 % = 0 бонификационни точки	0 % = 0 бонификационни точки	0 % = 0 бонификационни точки	0 % = 0 бонификационни точки	

табл.17 Балови оценки на критериите за качество според степента на изпълнението им.....

оценка	условия (изисквания)	критерии „предпоставки – средства“					критерии „результати“				
		макс. брой бонификационни точки за двете групи критерии= 1000									
		критерий 1	критерий 2	критерий 3	критерий 4	критерий 5	критерий 1	критерий 2	критерий 3	критерий 4	
отлична (5)	<ul style="list-style-type: none"> критерия е изцяло изпълнен, тъй като: налице е пълна процедура и/или ясни правила за изпълнението му периодично процедурата и правилата за изпълнение на критерия се актуализират процедурата и правилата са известни и системно прилагани от всички, които имат отношение към изпълнението на критерия 										
добра (3)	<ul style="list-style-type: none"> критерия е изпълнен в значителна степен, тъй като: налице е пълна процедура или правила за изпълнението му периодично правилата и процедурата за изпълнението му се актуализират процедурата и правилата са недостатъчно известни и несистемно прилагани от всички, които имат отношение към изпълнението на критерия 	6,0 % = 60 бонификационни точки		5,4 % = 54 бонификационни точки		8,4 % = 84 бонификационни точки		5,4 % = 54 бонификационни точки	3,6 % = 36 бонификационни точки		
средна (1)	<ul style="list-style-type: none"> критерия е изпълнен частично налице е непълна процедура или правила за изпълнение на критерия процедурата и правилата не са адаптирани към изискванията за качество 		1,6 % = 16 бонификационни точки		1,8 % = 18 бонификационни точки		4,0 % = 40 бонификационни точки			3,0 % = 30 бонификационни точки	
лоша (0)	<ul style="list-style-type: none"> критерият не е изпълнен и не съответства на изискванията за качество липсва процедура и правила за изпълнение на критерия персоналът не е известен за същността на критерия 										

таб.17-а. Примерни балови оценки на критериите за качество според степента на изпълнението ИМ

5.4. РЕЗУЛТАТИ ОТ ПРОВЕДЕНИТЕ ВЪТРЕШНИ ОДИТИ

През периода от м. декември 2015 г. до м. декември 2016 г. бяха проведени един входящ (предварителен) и четири планови вътрешни одити по състоянието, съответно изпълнението, на критериите, съдържащи се в управленския модел за подобряване качеството на дейностите в КАИЛ.

5.4.1. При проведения през м. декември 2015 г. „входящ“ вътрешен одит бяха потвърдени мениджърски нагласи за внедряване на модела, формиращи сума от 96 бонификационни точки (табл.18) или квалитологичен статус в „долната полоса“ на оценката „среден“ (1). Причина за това бе липсваща или слаба дейност по критериите от:

а) групата „предпоставки-средства“:

№ 2 „политика и стратегии“;

№ 4 „партньорство и ресурси“;

№ 5 „въвеждане на процесния подход“.

б) групата „резултати“:

№ 3 „резултати за обществото“;

№ 4 „ключови резултати“.

5.4.2. При извършения през м. март 2016 г. първи планов вътрешен одит бяха установени резултати, формиращи сума от 162 бонификационни точки (табл. 19), или квалитологичен статус на клиниката в „горната полоса“ на оценката „среден“(1).

Причина за този незадоволителен резултат се оказва наличието на критични зони с „лоша“ оценка в изпълнението на критериите от:

а) групата „предпоставки-средства“:

№ 2 „политика и стратегии“;

№ 5 „процесен подход“.

б) групата „резултати“:

№ 4 „ключови резултати“.

5.4.3. При извършения през м. юни 2016 г. втори планов вътрешен одит бяха установени резултати, формиращи сума от 392

бонификационни точки (табл. 20), или квалитологичен статус на клиниката в „долната полоса” на оценката „добър”(3).

Причина за този все още непрестижен резултат се оказаха „средните” оценки на критериите от:

а) групата „предпоставки-средства”:

№2. „политика и стратегии”;

№4. „партньорство и ресурси”.

б) групата „резултати”:

№1 „резултати за потребителите”;

№4 „ключови резултати”.

5.4.4. При извършения през м. септември 2016 г. трети планов вътрешен одит бяха констатирани резултати, формиращи сума от 828 бонификационни точки (табл. 21), или квалитологичен статус на клиниката в „средната полоса” на оценката „отличен”(5).

Причини за недостигане на квалитологична оценка в „горната полоса на отличната оценка”, т.е. повече от 900 бонификационни точки, се оказаха следните критични зони:

а) от групата критерии „предпоставки-средства”:

№ 2. „политика и стратегии” с оценка „добър”;

№ 5 „процесен подход” с оценка „добър”.

б) от групата критерии „резултати”:

№ 3 „резултати за обществото” с оценка „добър”;

№ 4 „ключови резултати” с оценка „добър”.

5.4.5. При извършения през м. декември 2016 г. четвърти планов вътрешен одит бяха констатирани, видно от табл.22 резултати, формиращи 920 бонификационни точки, или квалитологичен статус на Клиниката в „горната полоса” на оценката „отличен”(5).

Възходящият тренд на постигнатите през 12-те месеци (декември 2015 г.-декември 2016 г.) резултати от изпълнението на критериите за качество на дейностите по превъзходния модел на EFQM в КАИЛ е показан на комбинираната фиг. 19 .

Оценка	условия (изисквания)	критерии „предпоставки – средства“					Критерии „результати“				
		Максимален брой бонификационни точки (б.т.) за двете групи критерии= 1000									
		критерий 1	критерий 2	критерий 3	критерий 4	критерий 5	критерий 1	критерий 2	критерий 3	критерий 4	
отлична (5)	<ul style="list-style-type: none"> критерия е изцяло изпълнен, тъй като: <ul style="list-style-type: none"> налице е пълна процедура и/или ясни правила за изпълнението му периодично процедурата и правилата за изпълнение на критерия се актуализират процедурата и правилата са известни и системно прилагани от всички, които имат отношение към изпълнението на критерия 										
добра (3)	<ul style="list-style-type: none"> критерия е изпълнен в значителна степен, тъй като: <ul style="list-style-type: none"> налице е пълна процедура или правила за изпълнението му периодично правилата и процедурата за изпълнението му се актуализират процедурата и правилата са недостатъчно известни и несистемно прилагани от всички, които имат отношение към изпълнението на критерия 										
средна (1)	<ul style="list-style-type: none"> критерия е изпълнен частично налице е непълна процедура или правила за изпълнение на критерия процедурата и правилата не са адаптирани към изискванията за качество 	2,0 % = 20 бонификационни точки		1,8 % = 18 бонификационни точки			4 % = 40 бонификационни точки	1,8 % = 18 бонификационни точки			
лоша (0)	<ul style="list-style-type: none"> критерият не е изпълнен и не съответства на изискванията за качество липсва процедура и правила за изпълнение на критерия персоналът не е известен за същността на критерия 	0 % = 0 бонификационни точки		0 % = 0 бонификационни точки	0 % = 0 бонификационни точки	0 % = 0 бонификационни точки		0 % = 0 бонификационни точки	0 % = 0 бонификационни точки		

табл.18.Одит през м.12.2015 г. общ сбор на б.т.=96/балова оценка на качеството в КАИЛ „средна“(1)

Оценка	условия (изисквания)	критерии „предпоставки – средства“				критерии „результати“				
		Максимален брой бонификационни точки (б.т.) за двете групи критерии= 1000								
		критерий 1	критерий 2	критерий 3	критерий 4	критерий 5	критерий 1	критерий 2	критерий 3	критерий 4
отлична (5)	<ul style="list-style-type: none"> критерия е изцяло изпълнен, тъй като: налице е пълна процедура и/или ясни правила за изпълнението му периодично процедурата и правилата за изпълнение на критерия се актуализират процедурата и правилата са известни и системно прилагани от всички, които имат отношение към изпълнението на критерия 									
добра (3)	<ul style="list-style-type: none"> критерия е изпълнен в значителна степен, тъй като: налице е пълна процедура или правила за изпълнението му периодично правилата и процедурата за изпълнението му се актуализират процедурата и правилата са недостатъчно известни и несистемно прилагани от всички, които имат отношение към изпълнението на критерия 						5,4 % = 54 бонификационни точки			
средна (1)	<ul style="list-style-type: none"> критерия е изпълнен частично налице е непълна процедура или правила за изпълнение на критерия процедурата и правилата не са адаптирани към изискванията та за качество 	2,0 % = 20 бонификационни точки		1,8 % = 18 бонификационни точки	1,8 % = 18 бонификационни точки		4,0 % = 40 бонификационни точки	1,2 % = 12 бонификационни точки		
лоша (0)	<ul style="list-style-type: none"> критерият не е изпълнен и не съответства на изискванията за качество липсва процедура и правила за изпълнение на критерия персоналът не е известен за същността на критерия 	0,0 % = 0 бонификационни точки				0,0 % = 0 бонификационни точки			0,0 % = 0 бонификационни точки	

табл.19. Одит през м.03.2016: общ сбор на б.т.=162/балова оценка на качеството в КАИЛ „средна“(1)

Оценка	условия (изисквания)	критерии „предпоставки – средства“					Критерии „результати“				
		Максимален брой бонификационни точки (б.т.) за двете групи критерии= 1000									
		критерий 1	критерий 2	критерий 3	критерий 4	критерий 5	критерий 1	критерий 2	критерий 3	критерий 4	
отлична (5)	<ul style="list-style-type: none"> критерия е изцяло изпълнен, тъй като: налице е пълна процедура и/или ясни правила за изпълнението му периодично процедурата и правилата за изпълнение на критерия се актуализират процедурата и правилата са известни и системно прилагани от всички, които имат отношение към изпълнението на критерия 										
добра (3)	<ul style="list-style-type: none"> критерия е изпълнен в значителна степен, тъй като: налице е пълна процедура или правила за изпълнението му периодично правилата и процедурата за изпълнението му се актуализират процедурата и правилата са недостатъчно известни и несистемно прилагани от всички, които имат отношение към изпълнението на критерия 	6,0 % = 60 бонификационни точки		5,4 % = 54 бонификационни точки		8,4 % = 84 бонификационни точки		5,4 % = 54 бонификационни точки	3,6 % = 36 бонификационни точки		
средна (1)	<ul style="list-style-type: none"> критерия е изпълнен частично налице е непълна процедура или правила за изпълнение на критерия процедурата и правилата не са адаптирани към изискванията за качество 		1,6 % = 16 бонификационни точки		1,8 % = 18 бонификационни точки		4,0 % = 40 бонификационни точки			3,0 % = 30 бонификационни точки	
лоша (0)	<ul style="list-style-type: none"> критерият не е изпълнен и не съответства на изискванията за качество липсва процедура и правила за изпълнение на критерия персоналът не е известен за същността на критерия 										

табл.20. Одит през м.06.2016 г.: общ сбор на б.т.=392/бал. оценка на качеството в КАИЛ „добра“ (3)

Оценка	условия (изисквания)	критерии „предпоставки – средства“					критерии „результати“				
		Максимален брой бонификационни точки (б.т.) за двете групи критерии= 1000									
		критерий 1	критерий 2	критерий 3	критерий 4	критерий 5	критерий 1	критерий 2	критерий 3	критерий 4	
отлична (5)	<p>критерия е изцяло изпълнен, тъй като:</p> <ul style="list-style-type: none"> налице е пълна процедура и/или ясни правила за изпълнението му периодично процедурата и правилата за изпълнение на критерия се актуализират процедурата и правилата са известни и системно прилагани от всички, които имат отношение към изпълнението на критерия 	10 %=100 бонификационни точки		9,0 %=90 бонификационни точки		9, %=90 бонификационни точки		20 %=200 бонификационни точки	9,0 %=90 бонификационни точки		
добра (3)	<p>критерия е изпълнен в значителна степен, тъй като:</p> <ul style="list-style-type: none"> налице е пълна процедура или правила за изпълнението му периодично правилата и процедурата за изпълнението му се актуализират процедурата и правилата са недостатъчно известни и несистемно прилагани от всички, които имат отношение към изпълнението на критерия 		4,8 %=48 бонификационни точки				8,1 %=81 бонификационни точки		3,6 %=36 бонификационни точки	9,0 %=90 бонификационни точки	
средна (1)	<ul style="list-style-type: none"> критерия е изпълнен частично налице е непълна процедура или правила за изпълнение на критерия процедурата и правилата не са адаптирани към изискванията за качество 										
лоша (0)	<ul style="list-style-type: none"> критерият не е изпълнен и не съответства на изискванията за качество липсва процедура и правила за изпълнение на критерия персоналът не е известен за същността на критерия 										

табл.21. Одит през м. 09.2016 г.: общ сбор на б.т.=828/бал. оценка на качеството в КАИЛ, „отлична“ (5)

		максимален брой бонификационни точки за двете групи критерии = 1000									
		критерий 1	критерий 2	критерий 3	критерий 4	критерий 5	критерий 1	критерий 2	критерий 3	критерий 4	
отлична (5)	<ul style="list-style-type: none"> критерия е изцяло изпълнен, тъй като: налице е пълна процедура и ясни правила за изпълнението му периодично процедурата и правилата за изпълнение на критерия се актуализират процедурата и правилата са известни и системно прилагани от всички, които имат отношение към изпълнението на критерия 	* 10% = 100 бонификационни точки	* 8% = 80 бонификационни точки	* 9% = 90 бонификационни точки	* 9% = 90 бонификационни точки		* 20% = 200 бонификационни точки	* 9% = 90 бонификационни точки		15% = 150 бонификационни точки	
добра (3)	<ul style="list-style-type: none"> критерия е изпълнен в значителна степен, тъй като: налице е пълна процедура или правила за изпълнението му периодично правилата и процедурата за изпълнението му се актуализират процедурата и правилата са недостатъчно известни и несистемно прилагани от всички, които имат отношение към изпълнението на критерия 					* 8.4% = 84 бонификационни точки		* 1.6% = 36 бонификационни точки			
средна (1)	<ul style="list-style-type: none"> критерия е изпълнен частично налице е непълна процедура или правила за изпълнение на критерия процедурата и правилата не са адаптирани към изискванията за качество 										
лоша (0)	<ul style="list-style-type: none"> критерият не е изпълнен и не съответства на изискванията за качество липсва процедура и правила за изпълнение на критерия персоналът не е известен за същността на критерия 										

табл.22. Одит през м.12. 2016. Общ сбор на б.т.=920/балова оценка на КАИЛ „отлична”(5)

оценка	условия (изисквания)	критерии „предпоставки – средства“					критерии „резултати“				
		максимален брой бонификационни точки за двете групи критерии = 1000									
		критерий 1	критерий 2	критерий 3	критерий 4	критерий 5	критерий 1	критерий 2	критерий 3	критерий 4	
отлична (5)	<p>критерия е изцяло изпълнен, тъй като:</p> <ul style="list-style-type: none"> налице е пълна процедура и ясни правила за изпълнението му периодично процедурата и правилата за изпълнение на критерия се актуализират процедурата и правилата са известни и системно прилагани от всички, които имат отношение към изпълнението на критерия 	10% = 100 бонификационни точки	8% = 80 бонификационни точки	9% = 90 бонификационни точки	9% = 90 бонификационни точки		20% = 200 бонификационни точки	9% = 90 бонификационни точки		15% = 150 бонификационни точки	
добра (3)	<p>критерия е изпълнен в значителна степен, тъй като:</p> <ul style="list-style-type: none"> налице е пълна процедура или правила за изпълнението му периодично правилата и процедурата за изпълнението му се актуализират процедурата и правилата са недостатъчно известни и несистемно прилагани от всички, които имат отношение към изпълнението на критерия 					8.4% = 84 бонификационни точки			3.6% = 36 бонификационни точки		
средна (1)	<ul style="list-style-type: none"> критерия е изпълнен частично налице е непълна процедура или правила за изпълнение на критерия процедурата и правилата не са адаптирани към изистванията за качество 	2% = 20 бонификационни точки		1.8% = 18 бонификационни точки			4% = 40 бонификационни точки	1.8 = 18 бонификационни точки			
лоша (0)	<ul style="list-style-type: none"> критерият не е изпълнен и не съответства на изискванията за качество липсва процедура и правила за изпълнение на критерия персоналт не е известен за същността на критерия 		0% = 0 бонификационни точки		0% = 0 бонификационни точки	0% = 0 бонификационни точки			0% = 0 бонификационни точки	0% = 0 бонификационни точки	

Фиг.17 Тренд на изпълнение на критериите за качество в КАИЛ през периода 12.2015-12.2016г

6. УПРАВЛЕНИЕ НА ПРОБЛЕМИТЕ, ПРОИЗТИЧАЩИ ОТ ВЗАИМООТНОШЕНИЯТА В ТЕТРАДАТА „РЕСУРСИ-РЕЗУЛТАТИ-РИСКОВЕ-КАЧЕСТВО” В КЛИНИКАТА ПО АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И ИНТЕНЗИВНО ЛЕЧЕНИЕ.

6.1. КОНТРОЛ НА РЕСУРСИТЕ И РЕЗУЛТАТИТЕ.

Многогодишната практика на Клиниката по анестезиология и интензивно лечение показва, че контрола на ресурсите и резултатите е ефективен тогава, когато системата по която той се организира и провежда е в състояние да даде отговор на следните мениджърски въпроси:

а) Към какво е насочен контрола: към условията и средствата, с които се произвеждат здравни услуги; към процесите (дейностите) за диагностика, лечение и грижи за болните или към резултатите от оказаната медицинска помощ?

б) Какви измерителни скали за оценяване на постигнатото ще се използват: медицински стандарти или акредитационни критерии и показатели? И доколко резултатите от измерванията съдържат акуратна, използваема и смислена информация?

в) Колко гъвкаво би могъл да се използва медицинския стандарт по анестезиология и интензивно лечение и съответните акредитационни критерии? Доколко безкритичното и не гъвкаво използване на цифровите измервания може да резултира в неумишлени изопачавания на действителността?

г) Как се разпределят информационно-системните резултати от контрола по нивата на клиничното управление? Систематизира ли се тази информация по професионални интереси ?

д) Кой е отговорен за евентуална намеса при провеждането на контрола?

Необходимо е да се отбележи, че бюрократичната, формална и нетворческа употреба на контрола, предвиден в програмата и оперативните планове за развитие и дейност на клиниката може да го насочи в грешна посока и да предизвика неправилни интерпретации с всички произтичащи от това нежелани последствия.

Ето-защо, както при проектирането, така и при организирането и провеждането на контрола ще се наложи да се предприемат мерки за намаляване до минимум проявите на така наречените нефункционални аспекти. Това ще бъде постигнато, отчитайки, че контролът трябва да отговаря на следните основни изисквания:

➤ **Да е проницателен, т.е. ориентиран към бъдещето,** защото само „насоченият напред” контрол може да достави на клиничното ръководство информация за предугаждане на отклонения в рентабилността и качеството на здравните услуги. В

този смисъл контролът може от рано да предупреди за наличие на несъответствия, и да вдигне в тревога ръководителите на секторите, ст.медицинска и ст.анестезиологична сестра за превъзможване на проблемите преди те да са се появили. При това колкото по-напред във времето ще се простира контрола, толкова по-ефективни ще бъдат мениджърските решения за подобряване на анестезиологичните и интензивните лечебни дейности.

➤ **Да е организационно реалистичен и разбираем от ползвателите му**, т.е. да е в хармония с останалата организация по управление на процесите в клиниката. В този смисъл контролът, ако създава организационни прегради или изкуствени затруднения може да доведе до нефункционални резултати. Например, контролът върху качеството на заявените медицински консумативи е логично да бъде централизиран, т.е. да се упражнява от старшите медицински сестри, докато централизираният контрол върху качеството на медицинските знания на лекарите и медицинските сестри би бил нереалистичен.

➤ **Да е прецизен, навременен и надежден.** В случая имаме предвид някои примери от практиката, че ако при контрола се използват данни, отнасящи се до планирано намалено предоставяне на определена болнична услуга, при което е формирана неправилна, некоректна или ненадеждна информация за състоянието на качеството, това може да се отрази неблагоприятно на текущата ситуация или да инициира неправилни управленски решения.

➤ **Да е значим и икономически полезен.** В случая:

- значимостта се отнася до важността на това, което ще се контролира;
- икономическата полза е отношението на разходите, свързани с контрола към стойността на това, което се контролира.

Не рядко в контекста на указанията за борба с вътре болничните инфекции „значимостта” и „икономическата полза” на контрола влизат в противоречие.

Така например, контролът върху изпълнението на дезинфекционната програма не води до пряка икономическа полза но той е „значим” с оглед предотвратяване възникването на вътре болнични инфекции. В същото време контролът по спазването на изискванията на лекарствената политика на болницата, в т.ч. антибиотичната и хемотрансфузионната политика, води до значителен икономически и клиничен полезен ефект за клиниката.

➤ **Да е информационно подходящ.** Важно е да се отбележи, че нито твърде многото, нито твърде малкото информация ще са желани.

Многото налична в клиниката информация показва, че тя не е аналитично пресята и систематизирана по проблеми и направления , а просто изложена в насипно състояние върху лавини от хартия. От друга страна твърде малкото информация затруднява различните равнища на управленската структура на клиниката да съсредоточат вниманието си върху качествените аспекти и рентабилността на анестезиологичните и интензивните лечебни дейности. Това налага контролът през следващите години да бъде такъв и организиран така,

че да е в състояние да предостави на клиничното ръководство достатъчна информация в точно определено време и използваем формат.



Изискването за надеждност на контрола върху ресурсите и резултатите очертава редица области, в които Интегрираната болнична информационна система на УМБАЛ „Св. Анна”-АД-София може да подкрепи ръководството на Клиниката по анестезиология и интензивно-лечение. По-важни от тези области са:

На първо място: осигуряване на качеството на медицинските дейности.

Клиничната информация, извлечена от пациентските досиета се оказва че е основен информационен материал на лекарите в стремежа им за подобряване качеството на диагностичните и лечебните дейности. Ето защо по-пълното включване на КАИЛ в компютризирана интегрирана болнична информационна система на УМБАЛ „Св. Анна” ще позволи данните в пациентните досиета да са комплектовани, достъпни и извличими от централния файл за целите на качествено оценяване и предприемане на необходимите действия за коригиране.

На второ място: контрол на разходите и повишаване на продуктивността.

Известно е, че клиниката ще бъде под увеличаващ се натиск за сдържане на разходите по предоставянето на здравни услуги. В този смисъл пълноценното му включване в интегрираната болнична информационна система ще бъде солидна предпоставка за провеждане на анализи на разходите и предоставяне на клиничното ръководство на алтернативни решения за минимизиране на отношението разход/медицинска ефективност.

На трето място: използване на анализите и на изискванията за оценяване.

Една добре проектирана и функционираща вътрешно-клинична информационна система би доставила необходимите текущи данни за използваемостта на капацитета на клиниката по анестезиология и интензивно лечение, за ефикасността от използването на ресурсите (човешки, материално-технически, финансови) и предложения за бъдещи реални нужди.

На четвърто място: планиране на нови дейности в програмата за развитие, дейност и управление на клиниката в средносрочната перспектива.

Информацията, придобита за осигуряване на качеството, за контрола на разходите и за изготвянето на анализи, касаещи използваемостта на ресурсите ще служи за вземане на мениджърски решения, относно ревизия на някои действащи постановки в плановете на КАИЛ и на нейните структури. Но за осъществяването на това ще бъде необходимо интегрираната болнична информационна система (ИБИС) да предоставя на клиничното ръководство:

- информация, която посреща специфични мениджърски потребности на отговорниците на секторите, така че те да могат да проследяват дейностите на входните, работните и изходните зони на управляваните от тях клинични структури;
- мениджърските подходи за решения на всички управленски нива в клиниката съобразно техния обсяг на отговорност

- най-критичните и с висок приоритет точки при извършвания от нея многофакторен корелационен анализ.

6.2. МЕНИДЖМЪНТ НА РИСКА И ПОДСИГУРЯВАНЕ КАЧЕСТВОТО НА ЗДРАВНИТЕ УСЛУГИ.

Усилията да се сведе до минимум риска от некачествена анестезиологична и интензивна лечебна (в това число и ресусцитационна) помощ ще са най-важната част от контролните функции на клиничното ръководство. От позицията на действащия медицински стандарт КАИЛ има изключително сложен рисков мениджмънт и комплексен инструментариум за осигуряване и управление на качеството на предоставяните от нея услуги.

Основните причини за това са:

- разнообразието и тежкия характер на лекуваните в клиниката заболявания;
- комплексността на оказваната медицинска помощ;
- интензивността на предоставяните здравни услуги;
- отсъствие, от прагматична гледна точка, на разлика в значимостта на контрола върху качеството на условията (средствата), дейностите (процесите) и резултатите.

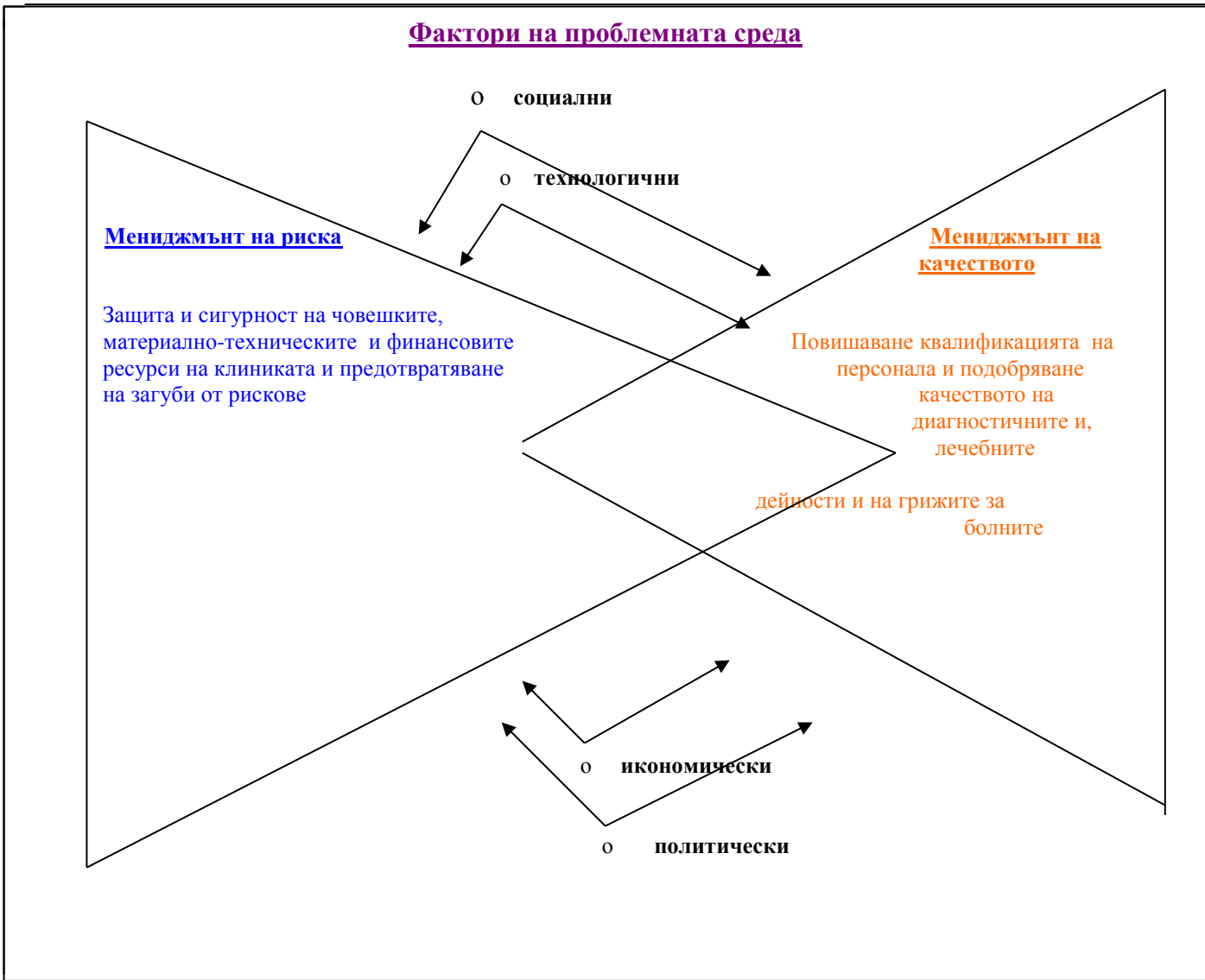
А. Структура на мениджърската програма за риск на КАИЛ.

От съдбовно значение за успеха на мениджърската програма за риск ще бъде нейната подкрепа във всички равнища на управленската структура на клиниката. Изключителната значимост на такава подкрепа е продиктувана и от обстоятелството, че тя ще бъде неразделна част от Комплексната програма на клиниката и от нейните годишни планове за развитие и дейност. Доказателство да такава подкрепа от страна на висшето болнично ръководство ще бъде осигуряването на програмата за риск с необходимите ресурси. Това означава, че мениджмънта на риска и дейностите по подsigуряване на качеството ще позволи с помощта на посочената програма да се постигне по-качествена и безопасна клинична продукция.

Отношенията между мениджмънта на риска и мениджмънта на дейностите за подsigуряване на качеството в клиниката през следващия тригодишен период показваме в каре № 2.

Фиг. 18. илюстрира графично припокриването на области от мениджмънта на риска и мениджмънта на дейностите за подsigуряване на качеството, като интегрални компоненти и императивно изискване на действащия медицински стандарт по анестезиология и интензивно лечение, Програмата за акредитация на лечебните заведения за болнична помощ (Наредба №18/20.06.2005год.на Министерството на здравеопазването) и модела за организационно съвършенство на EFQM..

Въпреки всичко обаче, пълно припокриване на мениджмънта на риска с подsigуряването на качеството не очакваме, тъй като административната ориентираност на програмата за риска и клиничната ориентираност на програмата за подsigуряване на качеството изискват редица дейности и функции за да се третират по отделно с различни по характер контролни инструменти и управленски решения.



Фиг.18. Припокриване на мениджмънта на риска и мениджмънта на качеството в клиниката по анестезиология и интензивно лечение под въздействието на факторите на проблемната среда

Мениджмънт на риска

1. Опазване на материално-техническите и финансовите активи на клиниката.
2. Опазване на човешките и нематериални ценности и ресурси.
3. Предотвратяване на щети спрямо пациенти, посетители, служители и имущество.
4. Намаляване на общите загуби, чрез насочване вниманието към индивидуалните несъответствия и отделни инциденти.
5. Предотвратяване на загуби чрез:
 - а) предпазване от инциденти;
 - б) непрекъснати текущи наблюдения върху качеството на грижите за болните (протоколи и технически фишове за добри сестрински грижи)
 - в) контрол върху спазване правата на пациентите
6. Разглеждане на всеки възникнал инцидент чрез прилагане на следния алгоритъм:
 - идентификация → анализ → оценяване → обработване на риска.

Мениджмънт за подsigуряване на добро качество

1. Яснота във визията и конкретизиране приоритетите на КАИЛ.
2. Подобряване квалификацията на всички, работещи в КАИЛ.
3. Подобряване на диагностичните и лечебните дейности и на грижите за болните.
4. Сравняване качеството на предоставяните болнични услуги с действащите медицински стандарти, измерими критерии и международни индикатори за резултативност и удовлетвореност.
5. Предотвратяване на бъдещи загуби или увреждания на пациенти чрез непрекъснати наблюдения в проблемните сфери (напр. клаузи от медицинският стандарт или акредитационни критерии и показатели, квалифицирани като „задължителни“).
6. Търсене на факти в оказаната болнична помощ, които не съответстват на медицинският стандарт.
7. Прилагане на следните стъпки за подsigуряване на качеството:
 - идентификация на проблема → определяне на величината(значимостта) на проблема → осъществяване на коригиращата дейност → продължаване на съответните грижи и дейности → анализ на получените резултати.

Б. Водещи принципи за управление на риска в К Клиниката по анестезиология и интензивно лечение.

Основните стъпки на управление на риска в клиниката ще се изразяват в: определяне, оценяване, намаляване, елиминирание или трансформиране на риска.

Считам , че риска може да бъде разпознат по много начини и, че най-общият от тях е събирането и комбинирането на данни относно различните проблеми–процедура, която ще даде възможност да се идентифицира рисковата зона и превръщането ѝ във фокус за действие. Във връзка с това управлението на риска в клиниката ще се характеризира не само с бързи но и с концентрирани действия за елиминиранието, намаляването или реструктурирането (трансформирането) му.

Оценяването на риска ще се извършва чрез разглеждане и категоризиране на информацията, относно проблемите, които са обременени с белезите на риск (електрическа мрежа и контакти, в които се включват уреди с голяма енергоемкост, газови инсталации с високо налягане, наркотични апарати, респираторни устройства и т.н.).

Елиминиранието или намаляването на риска ще се постига по различни пътища. Например:

- привеждане площите, пространствата и съоръженията на клиниката в съответствие с нормите на безопасност;
- по-голяма честота в провеждането на вътрешни одити по критериите за качеството на условията (средствата), процесите (дейностите) и резултатите;
- подобряване на взаимоотношенията между пациентите и персонала на клиниката;
- ползване на външни специалисти за провеждане на специализиран контрол на материални зони и точки, експлоатацията на които може да доведе до възникване на рискова ситуация.

Периодичното оценяване на положените от персонала усилия за елиминирание, намаляване или трансформиране на риска ще бъде предпоставка за по-добро изпълнение на мероприятията от обсега на мениджмънта на риска.

В. Осигуряване на качество на здравните услуги в К Клиниката по анестезиология и интензивно лечение.

В контекста на така наречения „*управленски инженериг*”, качеството е степента на спазването на предварително създадени стандарти и критерии.

Обикновено те са определени в нормативен акт на държавен орган, в случая–Наредби на Министерството на здравеопазването.

Спрямо дейности, процедури и грижи за пациентите, за които няма нормативно-определени стандарти или критерии клиниката е създавала такива в собствени „клинични протоколи”. Важно изискване в случая е полагането на максимум разум и усилия в определянето на това какво е подходящо и какво не.

Съгласно Наредба №18/20.06.2005г. на Министерството на здравеопазването „За критериите, показателите и методиката за акредитация на лечебните заведения” оценяването на качеството на здравните услуги се извършва по критерии и показатели, групирани по направления, както следва:

- **качество на условията**, в които и на средствата с които се осъществяват здравните услуги;
- **качество на процесите (дейностите)**, чрез които се оказват здравните услуги;
- **качество на резултатите** от предоставените здравни услуги.

Отнесени към клиниката по анестезиология и интензивно лечение :

а) Качеството на условията и средствата е по същество качество на структурата, на човешкия капитал, на ресурсите(материално-технически и финансови) и на комуникациите, вземащи участие в производството на анестезни и интензивни лечебни услуги.

б) Качеството на процесите е по същество качество на съвкупността от дейности, които непрекъснато протичат между персонал и пациенти (качество на диагностичните и лечебните процедури и на грижите за болните).

в) Качеството на резултатите представлява настъпилата промяна в здравния статус на пациента, под влияние на оказаната му здравна услуга. Имайки предвид общоприетото определение на здравето би следвало качеството на резултатите да се разглежда не само във физически и физиологически, но и в психологически и социален аспект.

В процеса на дисертационното изследване бе становено, че в унисон със световната практика при оценката на качеството на анестезиологичната и интензивната лечебна помощ акцента трябва да бъде поставен върху качеството на дейностите и резултатите. Това становище кореспондира изцяло както с препоръките на известните международни експерти по въпросите на медицинската квалитология А. Donabedian и R. Maxwell, така и с клаузите на EFQM.

Обобщени и систематизирани предимствата и недостатъците на този подход за програмните цели и задачи на клиниката по анестезиология и интензивно лечение при УМБАЛ „Св.Анна”, показваме в каре № 3 и каре №4.

Предимства и недостатъци на подхода „оценяване качеството на дейностите”

А. Предимства

1. Оказващите болничната услуга нямат големи проблеми при изпълнението на техническите компоненти на нейния стандарт.
2. Даже неопределени с нормативен акт стандарти и критерии могат да се използват за периодични измервания на определени дейности в клиничната практика: клинични протоколи, диагностично-терапевтични алгоритми, протоколи и технически фишове за добри сестрински грижи.
3. Информацията за техническите аспекти на дейностите е документирана в пациентното досие и обикновено е достъпна за лекарите. Същата може да се използва за бъдещи подобрения на прилаганите диагностични и лечебни процедури и технологии и системи за грижи на болните. Анализът на тази информация позволява да се маркират допуснати конкретни пропуски и да се определи отговорността на тези които:
 - а) не са предприели мерки за недопускането им;
 - б) са ги допуснали;
 - в) след като са ги допуснали не са извършили действия за намаляване на негативният им ефект върху пациентите или клиниката.

Б. Недостатъци

1. Практиката да се използват „твърди” (задължителни) критерии и показатели за качеството на дейностите може да окуражи догматизма и увековечи грешките.
2. Предоставящите болничната услуга понякога предпочитат да се отклонят от извършването на необходимата дейност или на неин компонент, което води до усложняване и оскъпяване на услугата.
3. Понеже техническите аспекти на дейностите в съответните стандарти и критерии са прекомерно подчертани се пренебрегва значимостта на междуличностните отношения:
 - а) между персонала в клиниката;
 - б) между персонала и пациентите.
4. Уклонът към деперсонализация при осъществяване на медицинските и помощни дейности уронва хуманитарните аспекти на оказваната болнична помощ.

Предимства и недостатъци на подхода „оценяване качеството на резултатите”

А. Предимства

1. Когато приетата практика за предоставяне на качествени болнични услуги е съмнителна, резултатите са тези, които обезкуражават догматизма и помагат да се прилага по-отворен и гъвкав подход в управлението на качеството.
2. Отвореният и гъвкав подход може да помогне в създаването и прилагането на по ефективна стратегия за предоставяне на болнични услуги.
3. Резултатите отразяват приноса на всички, които участват в оказването на болничната услуга и по този начин тя се интерпретира като продукт на добре работещ и умело управляван интегриран екип.
4. Благотворно върху резултата се отразява съпричастността на пациента в диагностичния и лечебен процес, както и добрите, в чисто човешки план взаимоотношения между болничния персонал и пациентите.
5. По-директна оценка на качеството на отношението „лекар-пациент”, може да се получи чрез използване метода „анонимно анкетиране”, след като пациентите са напуснали клиниката.

Б. Недостатъци

1. Много често експертите не са в състояние да определят качеството на резултатите от оказаната болнична услуга, поради липса на достатъчно ясни стандарти и критерии за такава оценка.
2. Когато индикаторите за оценка на здравния статус са статистически измерими, трудно е да се определи доколко констатираните отклонения са резултат от оказаната болнична услуга.
3. Позоваването на резултати, които имат странична значимост може да се превърне в „капан” за оценяването на ефекта от оказаната болнична услуга.
4. Упоритото търсене и изтъкване на незадоволителни качествени резултати от страна на експертите-оценители, подбива етичните основи на вътрешния и външния одит.
5. Акцентирането върху качеството на резултатите без да се държи сметка за направените разходи, може да доведе до прекомерно оскъпяване на болничните услуги.

Списъкът на предимствата и недостатъците при оценяване качеството на дейностите и резултатите не внушава на кои от стандартите и критериите трябва да се постави акцент. Много често предпочитанията ще бъдат мотивирани от ситуацията или от това, какво се измерва. Най-същественото в случая ще бъде да се установи връзката между това, което е било направено в дейността и това, което се е отразило на резултата. Само след установяването и оценяването на значимостта на тази връзка трябва да се предприемат управленски действия от ръководството на клиниката по анестезиология и интензивно лечение за устойчиво развитие на качеството на болничните услуги, съобразявайки се с формулата, че мерките за подобряване на качеството по координатите „условия”, „дейности” и „резултати” са еднакво важни, както за КАИЛ, така и за логистичните спрямо нея общо болнични административно-стопански структури.

Контролът относно качеството на предоставяните от КАИЛ здравни услуги е управленска функция, която съсредоточава вниманието си върху влаганите ресурси, производствените процеси и изходните резултати. Ето защо той ще бъде важен елемент в организацията за постигане на предначертаните цели в проектите на клиниката за подобряване на качеството (т.е. за изпълнение на действащия стандарт по анестезиология и интензивно лечение) при съблюдаване на изискванията за правилно разпределение и използване на ресурсите.

Както в методологията за намиране решение на проблемите и задачите, така и тук няма индикации, че процесите на контрола върху качеството ще бъдат по различни през следващите няколко години.

Паралелно с това, ограниченията по отношение на ресурсите ще бъдат причина ръководството на клиниката да засили усилията си по контрола на проблемните точки в качеството на диагностичните и лечебните процеси и в качеството на изходните резултати. Това ще бъде положителен мениджърски ход, тъй като практиката в КАИЛ вече показва, че засиления контрол върху качеството на дейностите и резултатите е ефективен отколкото контрола на влаганите ресурси.

Няма съмнение, че в близките няколко години ще се подобрят нормативно-определените стандарти и критерии за измерване качеството на здравните услуги-някои от тях едва-едва, а други значително. Тези, които представляват най-голяма трудност са стандартите и критериите за качество на резултатите от оказаните здравни услуги. Нарастването, както на разбирането за зависимостта на качеството на резултатите от качеството на диагностичните и лечебни дейности и технологии и от качеството на грижите за болните, така и положените усилия за изпълнението на задачите от Модела за контрол на разходите и подобряване качеството на дейностите в клиниката ще доведе до нарастване удовлетвореността на пациентите от оказаната им анестезиологична, и интензивна лечебна помощ.

7. ВЪВЕЖДАНЕ НА НОВИ МЕНИДЖЪРСКИ ТЕХНИКИ ЗА АНАЛИЗ И ОЦЕНКА НА КАПАЦИТЕТА НА КЛИНИКАТА ПО АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И ИНТЕНЗИВНО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ УМБАЛ „СВ. АННА” АД-СОФИЯ И ФОРМУЛИРАНЕ НА РЕАКТИВНИ СТРАТЕГИИ ЗА ДЕЙСТВИЕ

Желанието КАИЛ да заеме стабилна позиция на пазара за здравни услуги и да се утвърди като водеща лечебна структура от европейски тип ще се основава в значителна степен и на уменията на нейното клинично ръководство да подлага на системен анализ факторите, които оказват влияние върху количествените и качествените параметри на диагностичния и лечебния процес и на грижите за болните, т.е. на уменията му да прилага инструментариума на SWOT-анализа.

Анализът на съвкупността от :

- силните страни
- слабите страни
- възможностите
- заплахите

S	rengths
W	eaknesse
O	portunities
T	hreats

т. нар. ситуационен (SWOT)–анализ ще дава възможност да се определят гъвкаво целите и да се избират най-добрите стратегии за устойчиво развитие на клиниката.

Какво показва в началото на 2017 год. етапния SWOT-анализ на КАИЛ при УМБАЛ „Св.Анна”?

А. Силните страни на клиниката с положителен (+) знак са:

1. Високо квалифицирани специалисти по застъпените в предмета на нейната дейност клинични направления.
2. Много добрата материална осигуреност на диагностичният и лечебният процес с основна и тясно профилирана медицинска апаратура и обзавеждане.
3. Прилагане на съвременни технологии в областта на анестезиологията, интензивното лечение и интегрираните сестрински грижи.
4. Използване на утвърдени от медицинската наука и практика методи за медикаментозно и инвазивно лечение.
5. Изградени чрез ръководството на болницата много добри взаимоотношения с НЗОК, с други лечебни заведения за болнична помощ, както и делови контакти с други юридически лица.
6. Доброто ѝ териториално (вкл. инфраструктурно и комуникационно) разположение в болничния ансамбъл, което я прави лесно достъпна за пациенти и болничен персонал.

Б. Слабите страни на клиниката с отрицателен (-) знак са:

1. Нестабилен финансов ресурс, особено за придобиване на нови дълготрайни материални активи с медицинско предназначение.
2. Недостатъчно разгънати отношения с доброволни здравно застрахователни фондове.
3. Неизяснени, на този етап, организационни технологии за методична помощ на лечебните заведения за извън болнична помощ и общинските болници в Софийска област по проблемите на анестезиологията и интензивното лечение.

В. Възможности на клиниката, с положителен (+) знак са:

1. Условия за участие в максимален брой „клинични пътеки” и на тази основа–непрекъснато нарастване на финансовият ѝ ресурс.
2. Реални предпоставки за цялостно внедряване на Управленски модел за контрол на разходите и подобряване качеството на анестезиологичните и интензивните лечебни дейности.
3. Широки професионални контакти с водещи в света медицински центрове и институти, което способства за трансфер на знания, относно нови диагностични и лечебни методи и технологии.
4. Основният обслужван контингент се характеризира с добра образованост и здравна култура.

Г. Заплахи за отделението, с отрицателен (-) знак са:

1. КАИЛ работи в изключително наситена конкурентна среда. Като водеща структура за активно лечение, с впечатляващо портфолио тя се конкурира с аналогични структури в националните и областните болници за активно лечение в страната, както и с някои от общинските болници в столицата.
2. Нарастване интензитета на тежкия травматизъм, на хроничните болестни състояния и на дегенеративните заболявания сред населението на обслужвания от болницата ареал, увеличение на стресовите фактори и др.

Извършеният по средата на 2016 год. ситуационен анализ на капацитета на клиниката по кохортите „силни страни”, „слаби страни”, „ възможности”, и „заплахи” предполага при развитието на дейността ѝ в средносрочен план да се формират някои от следните четири комбинативни ситуации :

- *силни страни + възможности;
- *силни страни + заплахи;
- *слаби страни + възможности;
- *слаби страни + заплахи.

Съдържащите се във всяка от изброените комбинативни ситуации компоненти на силните и слабите страни, на възможностите и заплахите, налагат задълбочена оценка с

инструментариума на много факторния корелационен анализ. Задължително условие в случая е да се определи относителното тегло на всеки от компонентите в общата съвкупност от такива в упоменатите кохорти. Един такъв подход обаче ще бъде наситен с голяма доза субективизъм, с всички произтичащи от това последствия за некоректност на анализа. Ето защо в дисертационната разработка многофакторният анализ на потенциала на Клиниката по анестезиология и интензивно лечение при УМБАЛ „Св. Анна” се основава на броя на компонентите във всяка кохорта и на тяхната еднаква значимост в съвкупността, към която те принадлежат. По такъв начин сумата от броя на компонентите във всяка кохорта, при съблюдаване на техния математически знак: (+) за силните страни и възможностите и (-) за слабите страни и заплахите очертава общият облик на всяка една от четирите комбинативни ситуации (табл. 23)

табл.23.

№ по ред	комбинативна ситуация и брой на съдържащите се в нея компоненти с техния математически знак (+) или (-)	крайна резултативна величина
1.	силни страни (+6) + възможности(+4)	+10
2.	силни страни (+6) + заплахи (-2)	+ 4
3.	слаби страни (-3) + възможности(+4)	+ 1
4.	слаби страни (-3) + заплахи(-2)	- 5

Отчитайки съдържащи се във всяка комбинативна ситуация компоненти на силните и слабите страни, на възможностите и заплахите, както и тяхното позитивно (+), съответно негативно (-) отражение върху развитието и дейността на Клиниката по анестезиология и интензивно лечение нейното ръководство ще използва, съобразно обстановката четири различни стратегии за развитие и дейност.

Стратегия № 1, при комбинативна ситуация „силни страни + възможности” с крайна резултативна величина + 10.

Тази стратегия ще се прилага в условията на катализиращо взаимодействие между съставните елементи на наличните силни страни на клиниката и възможностите, които ѝ предоставя външната и вътрешната среда, в която тя осъществява своята дейност. Главното при прилагането на тази стратегия ще бъде:

- разширяване на специализираните продуктови портфейли в нейните структури (консултативен кабинет, анестезиологични работни места, сектор интензивно лечение, звено за лечение на болката);
- въвеждане на нови авангардни анестезиологични, интензивни лечебни, ресусцитационни и антидолорозни технологии, каквито липсват или са слабо застъпени на пазара за здравни услуги;
- включване в максимално възможен брой „клинични пътеки” на болничните клиники, които КАИЛ покрива с анестезиологични и интензивни лечебни процедури.

Стратегия № 2, при комбинативна ситуация „силни страни +заплахи”, съдържаща компоненти, които са в състояние да забавят темпа на развитието на клиниката (крайна резултативна величина + 4).

Главното при реализирането на тази стратегия, ще бъдат мерките за увеличаване конкуренто-способността на клиниката чрез обогатяване на нейното диагностично-лечебно портфолио по всички направления на дейността ѝ:

- осъществяване на инициативи за извършване на съвместни дейности с други структури по АИЛ в Столицата и страната на основата на т.нар. „функционален асистанс”;
- разширяване на взаимноизгодните отношения с лечебни заведения за извънболнична и болнична помощ в Столицата и страната по проблемите на анестезиологията и интензивното лечение, в това число по проблемите на организационно-методичната и консултативно-диагностичната помощ.

Стратегия № 3, при комбинативна ситуация „слаби страни + възможности”, с крайна резултативна величина +1, която води до застои в развитието на клиниката.

Главното при реализирането на тази стратегия ще бъде:

- търсене на възможности от ръководството на УМБАЛ „Св. Анна” за иновация на медицинската апаратура в КАИЛ;
- въвеждане на Управленски модел за управление и устойчиво развитие на качеството по EFQM и тотално включване на работещите в клиниката в неговото изпълнение;
- разширяване на дейността на направление „лечение на болката” и елиминиране на факторите от конюнктурно естество, които задържат неговото развитие.

Стратегия № 4, при комбинативна ситуация „слаби страни + заплахи”, носеща изключително висок риск за развитието и дейността на клиниката (крайна резултативна величина-(минус 5).

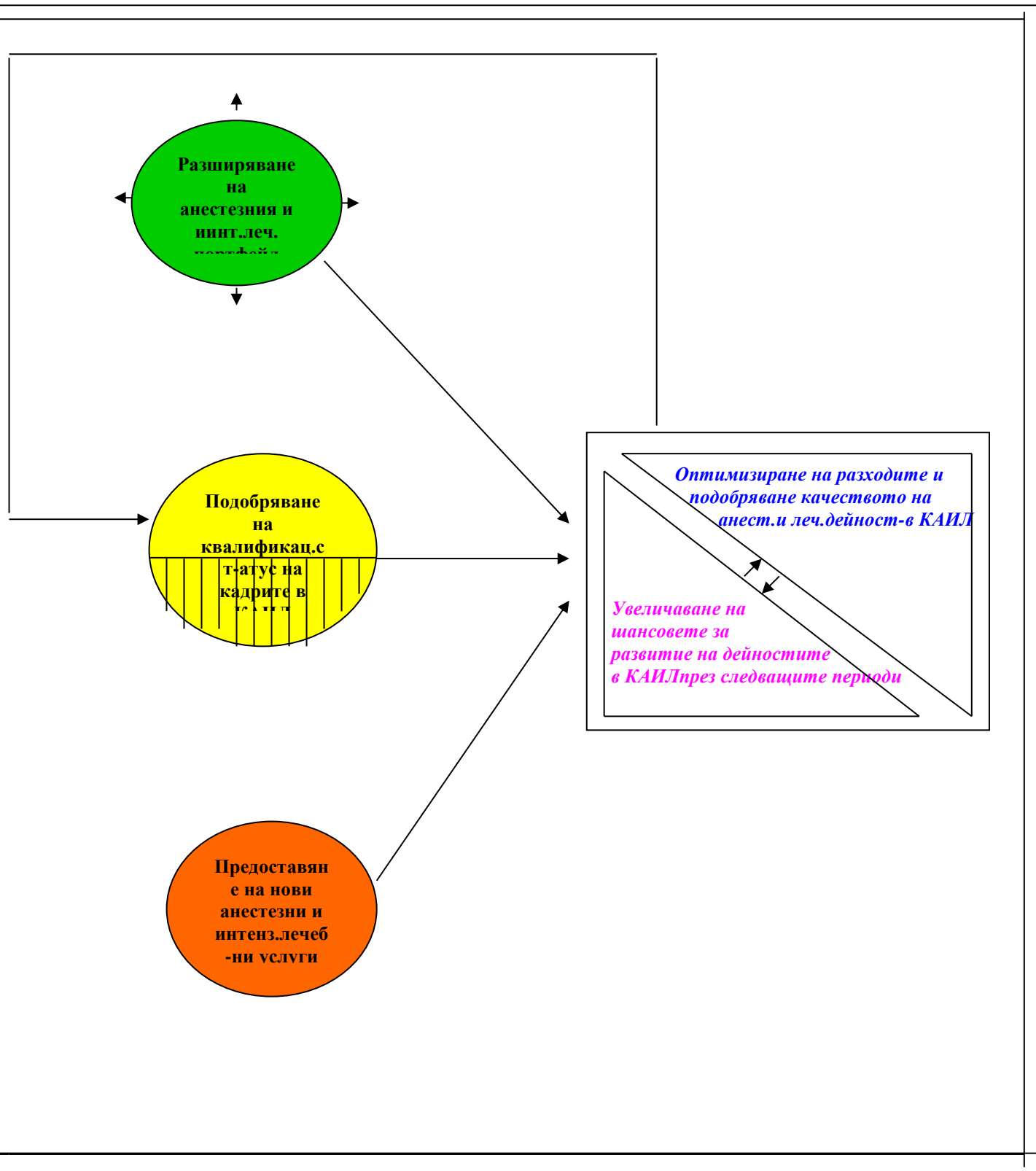
Главното при реализирането на тази стратегия ще бъде провеждането на енергични мениджърски интервенции за:

- „арест” на максимален брой от компонентите съставляващи посочената комбинативна ситуация;
- оздравяване на ситуацията чрез свиване на неконкурентни дейности от продуктите портфейли и преустановяване извършването на такива, които са икономически неизгодни за клиниката и болницата;
- установяване на строг контрол на разходите по всички направления и дейности и отстраняване на интерполираните „паразитни” разходи, особено онези от тях, които попадат в групите „полуфиксиранни” и „променливи” разходи (напр. диагностична и лекарствена полипрагмазия).

Следва да се отбележи, че благоприятният изход от прилагането на която и да е от тези четири стратегии ще зависи в немалка степен и от системният задълбочен анализ на

обратната връзка (Feedback analysis), т.е. въвеждане на яснота по въпроса: „*какво ще се случи впоследствие*”.

Фиг. 19. илюстрира цикличния алгоритъм, който ще бъде използван при осъществяването на посочените стратегии.



ИЗВОДИ

Дисертацията „Клиничен и управленски анализ на дейностите в Клиника по анестезиология и интензивно лечение за подобряване на качеството и контрола на разходите” е разработена в съответствие с разпоредбите на Правилника за условията и реда за придобиване на научни степени и заемане на академични длъжности в Медицински университет – София.

Сложността на дисертационното проучване и значимостта на очакваните от него резултати за новаторски демарш в мениджмънта на такава динамична системна болнична структура, каквато е Клиниката по анестезиология и интензивно лечение, наложи то да бъде комплектовано в трите традиционни изследователски модули, както следва:

Първият изследователски модул „литературен обзор” се състои от анализ на 103 литературни източници по три проблемни групи въпроси, съотнесими към дисертационната тема, а именно:

- а) приходи и разходи за здравни услуги;
- б) управление и контрол на качеството на здравните услуги;
- в) водещи в световната практика модели за управление на качеството (фиг.2, фиг.3, фиг.4 и фиг.13).

Контекстуално резултатите от литературния обзор са изведени в 10 пункта, които по същество са, основаващи се на научни доказателства „навигаторски ориентири” на дисертационното изследване.

Вторият изследователски модул „цел, задачи, постановка и методи на изследването” включва подробно описание на включените в него нормативно изискуеми компоненти, в т.ч. и на анкетни карти с въпроси отнасящи се за оценка на:

- а) удовлетвореността на институционализираните потребители от качеството на предоставяните им анестезни и интензивни лечебни услуги;

б) качеството на професионалния статус на клиничния персонал, на междуличностните взаимоотношения в него и на психологичния климат на трудовата среда в клиниката по анестезиология и интензивно лечение.

Третият изследователски модул „*результати от проведеното изследване*” се състои от 7 изследователски панела, както следва:

1. Контекстуален управленски анализ на факторите, оказващи влияние на проблемите— предмет на дисертационното изследване. В същият задълбочено и със изследователска самокритичност е анализирано съдържанието на здравно-политическия портфейл на клиничното ръководство: мисия, цели и задачи в светлината на необходимостта от провеждане на новаторски промени в структурата, функциите и организацията на дейностите в клиниката.

В същият изследователски панел е представен аналитично предмета на дейност, устройството, управлението и организацията на вътрешния ред в клиниката. Сложните причинно-следствени връзки, както в клиниката, така и между нея и институциализираните потребители на анестезиологичните и интензивните лечебни услуги са представени нагледно в оригинална „*органиграма*” (фиг.5).

2. Клиничен информационен статистически анализ на факторите на средата, в която ще се осъществява контрола на разходите и подобряване качеството на дейностите в клиниката по анестезиология и интензивно лечение. Същият включва:

а) Анализиране на социалните, технологичните, икономическите и политическите фактори („*STEP analysis*”) върху дейността на клиниката;

б) Анализ на факторите, определящи вида, величината и структурата на потребителското търсене към произвежданите от системното клинично направление „*анестезиология и интензивно лечение*” здравни услуги в страната, по административни области и в УМБАЛ „Св. Анна”-София..

Тази изключително трудоемка изследователска задача, обхващаща осигуреността на населението с лекари-анестезиолози, с анестезиологични услуги, с болнични легла за

интензивно лечение, с хоспитализации поради необходимост от провеждане на интензивно лечение, е решена чрез анализиране на многообемна статистическа информация за предшестващ три годишен период и представен нагледно на фиг.6 до фиг.10 и в табл.2. до табл.4.

в) Анализ на ресурсите на Клиниката по анестезиология и интензивно лечение, включващ преглед на използваемостта на капацитета на секторите „анестезиология” и „интензивно лечение”, на образователната и научната дейности на клиниката и на нейните икономически показатели през поредните три години (табл.5. до табл.8.)

3. Проспективни ориентири за развитие и дейност на Клиниката по анестезиология и интензивно лечение.

От позициите на проспективния системен синтез те са групирани в три ясно формулирани мениджърски намерения: усъвършенстване организацията на дейностите, усъвършенстване организацията на клиничните структури и технологични иновации към организацията за реализиране на приоритетните цели на Клиниката по анестезиология и интензивно лечение.

4. Разработване и внедряване на управленски модел за контрол на разходите. Този изследователски панел включва:

а) Дейности за подобряване на финансовите постъпления и за рационално разходване на финансовия ресурс. Разработен е оригинален макет за разпределение на разходите в клиниката по критерии за тяхната флексибилност (фиксирани, полуфиксирани, променливи) и за принадлежността им към съответните разходно-счетоводни класификационни сметки (каре № 1).

Това е създало възможност за съставяне на оригинална таблица, както за периодичен контрол върху стойността на разходите по сектори (анестезен и интензивно лечебен) и сумарно за цялата клиника, така и за управленска намеса при необходимост от своевременно овладяване на тенденциите за преразход (табл.9).

б) Дейности по оптимизиране на човешки капитал в КАИЛ, състоящи се в:

- *подобряване на подбора на медицинските и други специалисти;
- *създаване на условия за качествена изява на техния професионализъм и изкуство и към грижи за повишаване на професионалната им квалификация;
- *оптимизиране на методиката за организация на трудовите възнаграждения на основата на критерии, отчитащи количеството, професионалната компетентност, сложността и качеството на извършваните медицински и управленски дейности.

5. Разработване и внедряване на управленски модел за подобряване качеството на дейностите в Клиниката по анестезиология и интензивно лечение, основаващ се на модела за организационно съвършенство на Европейската Фондация за Управление на Качеството (EFQM-Excellence Model).

Подробно са представени и обосновани деветте оригинални критерия за оценка на качеството по EFQM и относителната тежест на всеки от тях в общата квалитологична оценка на клиниката. Изискванията за прецизност при внедряване на тези критерии в клиниката и съблюдаването им със специфичните характеристики на нейната дейност е наложило в процеса на дисертационното изследване да бъдат вплетени, системно наблюдавани и оценявани общо 56 показателя, от които 29 основни и 27 допълнителни.

Този пространно разработен изследователски панел е илюстриран със шест фигури (фиг.12 до фиг.17) и 12 таблици.(табл.11 до табл.22) Внимание заслужава таблиците за балова оценка на критериите за качество според степента на изпълнението на три общовалидни за тях условия (табл.17 до табл.22 и фиг.19).

6. Управление на проблемите, произтичащи от взаимоотношенията в тетрадата „ресурси-резултати-рискове-качество”.

Този изследователски панел е подробно представен в контекста на четирите негови взаимосвързани компоненти и протичащите от тях мениджърски интервенции за осигуряване на очаквания, ориентирани преди всичко към „*високо качество*” и стабилитет (фиг.18).

7. Въвеждане на нови мениджърски техники за анализ и оценка на капацитета на Клиниката по анестезиология и интензивно лечение и за формулиране на реактивни стратегии за действие.

В този изследователски панел са представени многовариантни стратегии за действие в контекста на дисертационната тема, основаващи се на подробен и коректно проведен SWOT анализ (фиг.19) и (табл.23).

ПРИНОСИ

1. Пример за научно издържано тригодишно ретроспективно изследване на осигуреността на населението с анестезни и интензивни лечебни услуги.

2. Първа в страната практическа реализация на съвременен мениджърски теоретичен модел за контрол на разходите на равнище болнична клинична структура, основаващ се на комплектуването им по критерии за флексибилност и на коректното им стиковане с нормативно установената в страната сметководна класификация.

3. Оригинално проектирано, организирано и проведено двупосочно анкетиране на удовлетвореността на:

- а) вътреболничните бенифициенти (лекари-хирургически профил, лекари-ендоскописти и др.) от качеството на анестезните и интензивните лечебни услуги;**
- б) човешкия капитал в клиниката от качеството на организационните, професионалните, етичните и психологичните измерения на клиничния мениджмънт.**

4. Акуратно съставена моделна конструкция за организация на работната заплата в КАИЛ, основаваща се на количеството, професионалната компетентност и сложността и участието на извършваните медицински и управленски дейности.

5. Разработен и внедрен иновативен управленски проект за подобряване качеството на дейностите в болнична клинична структура, основаващ се на идейните постановки и технологичния алгоритъм на превъзходния модел на Европейската Фондация за Управление на Качествот

Библиография

I. На латиница

1. Abel-Smith B. – Who is the odd man out?/Health Soc.1885,Vol.63, No1
2. Abel-Smith B. – Cost Containment and New Priorities in Health Care: a Study of the European Community, 1992
3. Ashford D.E. – The Emergence of the Welfare State/ N.Y., Oxford University Press,1986
- 4.American Institute of Medicine. The Future of Public Health-Washington: National Academy Press,1988
5. Banta – Lessons from the eight countries//Health Policy-1994
6. Berman P.-Health Sector Reform, making health development sustainable, Health policy, 1995.
7. Black N. - Research, audit and education //Br. Med. J.-1992.
8. Blomhoj G.-Continuous Quality Development a Proposed National Policy-Copenhagen: WHO Regional Office for Europe,1993.
9. Cassel A.-Health Sector Reform Key Issues in Less Developed Countries-Geneva,WHO,1995
10. Chenet L.- Changing life expectancy in the 1980s why was Denmark J. Epidemiol. Community Health,1996
- 11.Corporate Reorganization: A Survey of Hospitals That Have Restructured, Cleveland, Ernst&Whiney, 1982
12. Churchill L. Rationing Health Care in America, 1987
- 13.Daniels N. J. HealthCare, Cambridge, 1985
14. Das Gesundheitswesen in Deutschland struktur-leistungen weiterentwicklung/Deutsche Verlag Koln 1993
- 15 De Roo A. A. – Contracting and solidarity: market-oriented changes in Dutch health insurance schemes/ Implementing Planned Markets in Health care, Buckingham: Open University press, 1995
- 16.Deming.W- Out of Crisis, Cambridge, 1986
17. Donabedian.A. – A Guide to Medical Care Administration – Washington: American Public Health Association, 1969
18. Dunning A – Choices in Health Care: A Report by the government committee on choices in health care. Executive summary –Reykjavik Ministry of welfare, Health Care and Culture, 1992
19. EFQM Public and Voluntary Sector Version 2003
20. EFQM (<http://www.efqm.org>)
21. Esping – Andersen G. – The Three Worlds Capitalism – Princeton: Princeton University Press, 1990
22. Feldbaum E. G., Hughesman M. – Healthcare Systems: Cost Containment Versus Quality, Lond: Financial Times Business Information, 1993
- 23 Friedman M., Friedman R. – Free to Choose, N.Y., Free Press, 1981

24. Gillis C., Hollis D. – Survival outcome of care by specialist surgeons in breast cancer. A study of 3786 patients in the west of Scotland.
- 24-a Gingerich W. Procedur for evaluating clinical practice Health and Social Work 1979.
25. Glaser W. A. – Health Insurance in Practice, San Francisco: Jossey-Bass, 1991
26. Marcus L. – European Health Care Insurance – Growing Opportunities in the Private Sector, Lond., Finatial Times Business Information, 1993
27. Hunter D.-Rationing Dilemmas in Health Care, Birmingham 1993.
28. ISO.9001:2015 for healthcare. Brussels, 2016.
29. ISO 9001:2015(<http://www.iso.ch>)
30. Jackson S.-Exploring the possible reasons wht UK Government commandet the European Foundation for Quality Management(EFQM)-excellence model as the framework for delivering governanse in the new NHS. 1999.
- 31.Jarlier A., Carver-Pratat S. Improving quality decreases hospital cost. Int.J. Qual.2000.
32. Klein R.- Dimensionce of rationing:who should do what. Br.m.j.1
33. Kutzin J.-A descriptive framenwork for country-level analysis of health care financing arrangements Health policy 2001
34. La demarche qualite dans etablissement de sante/Assistans Publique Hopitaux de Paris, 1997
35. Mant J.,Hicks N. Detecting differences in quality of care. The sensitivity of measures of process and outcome in treating myocardial infarction//Br.M.J.1995
36. Maxweell R. – Quality assessment in health. Br.Med.J.-1984.
37. McKee M., Hunter D. Mortality league tables: do they inform or mislead.// Qual.Health Care-1994.
38. McPherson K. Why do variation occur. //The Challenges of Medical Practice Variations / Eds.G.Mooney, T. E. Andersen-Lond., Macmillan 1990.
39. Mossilos E, Thomson S.-Voluntary health insurance in the European Union, Brussels 2002.
40. Murray C., Frenk J. A tramework for assessing the performance of Health systems. Bulletin of the WHO-2000.
41. Murray C., Lopez A. Global Comparative Assesments in the Health Sector. Disease Burden, Expenditures Intervention Parkages. Geneve WHO 1994.
42. OECD health data – 96 Paris: Organization for Economic Co-operation and Development, 1996.
43. Pauly M. – Overinsurance and public provesion of insurans: the role of moral hazard and adverse selection /Q.J.Econ.-1974.
44. Rodwin V., Sandier S. - Health care under French national health insurance /Health Aff.,1993.
- 45.Rotschild M., Stigliz J. –Equvilibrium in competitive insurancce markets; en essay on the economics imperfect information Ibid. 1996.
46. Saltman R., Figueras J. European Care Reform. Analysis of Current Stratigies Copenhagen 1997.

47. Scrivens E . Accreditation what can we learn from the Anglophone model//Health Policy-1995.
48. Shaw C. External Assessment of Health Service Standards CASPE Research.London. 1999
49. Shin Y. Hospital accreditation a universal perspective World Hospital Health Care Serv 1995
50. The reform of Health Care: a Comparative Analysis of seven AECD Countries – Paris; Organization for Economic Co-operation and Development, 1992
51. The Reform of Health Care Systems: a Review of Seventeen AECD Countries – Paris; Organization for Economic Co-operation and Development, 1994
52. Van de Ven- Risk-adjusted capitation: recent experiences in the Netherlands/Health Affd(Millford) 1994
53. Wagstaff A. et al. – Equity in the Finance of Health care: some international comparisons/ J. Health. Econ., 1992, Vol.11, No4
- 53-a Vernejoul R de Importance des problems de moral medicale dans le domain de la reanimation. “Reanimation et Etique medicale”, Paris. 1970.
54. Wennberg J Population illness rates do not explain population hospitalization rates a comment on Mark Blumberg, s thesis that morbidity adjusters are needed to interpret small area variation //Med.Care.1987
55. World devepoment report 1993
56. Quality management systems – Guides for healthcare to the use of ISO 9001:2000 and ISO 9004:2000/ European committee for standartization, Brussel, 2001
57. L’accreditation de etablissement de santé / Assistance Publique Hopitaux de Paris.,1998.
- 57-a. NHS executive. Local Freedoms, National Responsibilities-Leeds. NHS Executiv, 1994.

II. На кирилица

58. Адаптация услуг к потребностям / Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, 2002.
59. Бедность и здравье: фактические данные и деятельность в Европейском регионе ВОЗ, Копенгаген, 2002
60. Болничен мениджмънт / под редакцията на Л.Иванов и Ж.Големанова, НЦОЗ 2005
61. Борисов В. Смяна на посоката-медицината, като здравен антропомениджмънт / сп. ”Медиц. меридиани” №3, 2013
62. Бяла книга за здравеопазване, основано на стойности под общата редакция на Л Иванов БАТМ, 2012
63. Грива Хр., Василев Н., Антикаджиев И. Проект за изграждане на здравни заведения, които са в състояние да реализират печалба, НЦЗИ, 1993
64. Грива Хр. Определяне на разходите при сключване на договори в здравеопазването НЦЗИ, 2000

65. Давидов Б. Проблеми по контрола и ограничаването на здравните разходи в макроикономически аспект „Здравната реформа в България 2-ра част. стр. 199 – 226 / Македония прес. 1998
66. Давидов Б. Болничен продукт: измерители и подходи за определяне на разходите за него „Основи на болничното управление ” стр. 451 – 467 /Македония прес 2000
67. Делчева Е. Икономически анализ и Икономическа оценка в здравеопазването. „Здравната реформа в България” стр. 136-155 / Македония прес 1997
68. Димитров Г. Организация и финансиране на здравната система-предизвикателства и решения / Висше училище по застраховане и финанси,. 2014
69. Димова А. Управление на качеството на болничната дейност, подходи и възможности за осъществяване Автореферат 2003
70. Димова А., Попов М, Рохова М. Здравната реформа в България ИОО 2007
71. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2002, Европейское региональное бюро ВОЗ, Копенгаген, 2003.
72. Доклад на министъра на здравеопазването за здравето на гражданите през 2012, 2013, 2014 год.
73. Закон за здравното осигуряване/ДВ бр.70 1988.
74. „Здраве 2020” – Европейска рамка за политики в помощ на действията на институциите и обществото за здраве и благоденствие / WHO, Regional Office for Europe. Copenhagen, 2012.
75. Закон за лечебните заведения / Д.В. бр. 621999
76. Закон за лечебните заведения, засягащ реформата в болничното дело – Франция
77. Закон за болниците (официална координация) – Белгия, 1987.
78. Здравеопазване кратък статистически справочник 2013, 2014, 2015г.
79. Здравеопазване/Национален статистически институт 2013, 2014, 2015.г
80. Здравие для всех в 21-ом столетие /Европейское региональное бюро ВОЗ, Европейская серия “Здоровые для всех” IV 6, Копенгаген, 1999.
81. Здравната реформа в България – оценки на общественото мнение: факти, анализи, резултати, коментари/ МЗ, НЗОК, София, 2002.
82. Здравното осигуряване в България /ИК “Труд и право”, София, 1999.
83. Иванова Т. Качество и управление на качеството (медицинска квалитология). Основи на болничното управление стр.597-623. „Македония прес“.2000.
84. Икономически анализ на дейността на лечебните заведения за болнична помощ в системата на общественото здравеопазване в България за периода 2010-2014 г.и прогнози за 2015-2016 г., НЦОЗА, 2015.
85. Икономически анализ на отделенията в многопрофилните болници за активно лечение за периода 2005 до 2014 г.
86. Концепция „Цели за здраве 2020” МЗ 2015
87. Леглови фонд и дейност на стационарите на лечебните заведения през 2013 и 2014 г.НЦОЗА, бюл. 14 и 15.

88. Мартин М., Юдит Х. Реформа болниц в новой Европе / Европейская обсерватория по системам здравоохранения, 2002
89. Мосиалос Е., Диксон А., Фигейрас Ж., Кутзин Ж. Финансирование здравоохранения: альтернативи для Европы / Европейская обсерватория по системам здравоохранения, 2002.
90. Наредба №18 на МЗ “За критериите показатели и методиката за акредитация на лечебните заведения МЗ, 2005..
91. Национални здравни стратегии: 1997, 2000, 2008 и 2015 г МЗ..
92. Ново обществено здравеопазване под редакцията на Борисов В., Глутникова З., Воденичаров Ц./ “Акваграфикс”, София, 1998.
93. Основи на болничното управление/ МЗ, НЗОК, Испанска агенция за международно сътрудничество, София, “Македония прес”, 2000..
94. Салтман Р., Бюссе, Мосиалос Е. Основи политики – Регулирование предпринимательской деятельности в системах здравоохранения европейских стран/ Европейская обсерватория по системам здравоохранения. 2002.
95. Сакс Джефри, “Макроикономика и здравеопазване: инвестиране в здравеопазването за икономическо развитие” / Доклад на комитета по макроикономика и здравеопазване, представен на 20 XII 2001г. на Гро Харлем Брундланд, генерален директор на СЗО, Социална Медицина № 3, София. 2003
96. Стратегическа рамка за развитието на здравеопазването и подобряване здравето на нацията през периода 2012-2020 год. (<http://www.mh.government.bg>) 2012.
97. “Управление на болницата”, под редакцията на Куерво Х., Варела Ж. и Беленес Р., София “Македония прес”, 1998.
98. Феноменът „Изтичане на публични ресурси в здравеопазването. сп. Медицински меридиани, бр.2, 2011 г.
99. Чолакова Т. “Целите на хилядолетието за развитие”/ Социална Медицина № 3, София, 2003
100. Цинк К. Интегративна мениджърска концепция. 1999.
101. Юри А. School of Management NBU ([www.nbu/um](http://www.nbu.um))

ПРИЛОЖЕНИЯ

1. АНКЕТНА КАРТА ЗА ЛЕКАРИ ОТ БОЛНИЧНИ СТРУКТУРИ, които ползват предоставяните от КАИЛ специализирани мед. услуги.

Уважаеми колеги,

Ръководството на болницата Ви моли да отговорите на въпросите в тази анонимна анкетна карта. Целта на анкетата е да се установи дали са обстоятелства, изискващи подобряване на организацията и управление на качеството на анестезиологичните и интензивните лечебни дейности в УМБАЛ „Св. Анна”, в съответствие със съвременните тенденции за своевременност, достатъчност, комплексност и безопасност на болничните услуги.

С уважение: Изп. директор Д-р Близнаков

1. Ползвате ли услугите на кабинета за преданестезни консултации за пациенти, подлежащи на планова операция?

Да	Не винаги	не
----	--------------	----

2. В ръководени от Вас процедури „клиничен преглед на оперативния риск” участва ли лекар-анестезиолог?

Да	Не винаги	не
----	--------------	----

3. Удовлетворява ли Ви качеството на прилаганите от лекаря анестезиолог анестезии по време на операции или при други инвазивни процедури?

Да	Не винаги	не
----	--------------	----

4. Удовлетворява ли Ви професионализма на лекаря-анестезиолог при наблюдението, интерпретацията и оценката на жизнено важни хемостазни индикатори по време на оперативна интервенция?

Да	Не винаги	не
----	--------------	----

5. Считате ли, че наложилите се по време на оперативна интервенция интензивни лечебни, в т.ч. ресусцитационни въздействия от страна на лекаря анестезиолог се подбират и прилагат професионално отговорно и с вещина?

Да	Не винаги	не
----	--------------	----

6. Каква е оценката Ви за участието на лекаря-анестезиолог по време на пребиваването на оперирания пациент в PACU (залата за ранно следоперативно наблюдение)?

отлична	добра	Незадовол.
---------	-------	------------

7. Търсено ли е компетентното Ви участие в диагностичното и лечебно осмисляне на проблемни пациенти, които в предоперативния или следоперативния период са хоспитализирани в клиниката по Анестезиология и интензивно лечение?

Винаги	понякога	не
--------	----------	----

8. Считате ли, че двустранното Ви колегиално партньорство с лекаря анестезиолог, основаващо се на принципите на професионалната етика е предпоставка и гаранция за устойчиво развитие на качеството на взаимната Ви дейност?

Да	Не винаги	не
----	--------------	----

Възраст в години.....Лекарски стаж в години

2. Анкетна карта за лекари и медицински сестри в КАИЛ

Уважаеми колеги,

С цел предприемане на мерки за подобряване квалификацията на болничния персонал, качеството на дейностите, работните условия, психологичния климат и отстраняване на причините, водещи до конфликти от организационно и управленско естество, ръководството на болницата ви моли да отговорите на въпросите в тази анонимна анкетна карта.

Благодаря ви за отзивчивостта!

С уважение, Изпълнителен директор:

I. Въпроси, свързани с необходимостта от подобряване на компетентността на болничния персонал.

Нуждаете ли се от подобряване и устойчиво развитие на Вашите:

1. Професионални знания и компетенции?
2. Умения за комуникации?
3. Умения за социални дейности

да	не
да	не
да	не

II. Въпроси, свързани с типични ежедневни дейности

4. Нуждаете ли се от подкрепа за подобряване качеството на ежедневните ви дейности?

да	не
----	----

5. Имате ли личен принос в подобряване качеството на анестезните и интензивните лечебни дейности и на грижите за болните?

да	не
----	----

6. Професионално подпомагате ли колегите си за подобряване качеството на работата в клиниката?

да	не
----	----

III. Въпроси, свързани с отношенията на работното място.

7. Професионално надзиравани и зависими ли сте по време на работа от други Ваши колеги в клиниката? да не
8. Разчитате ли на собствените си способности за справяне с проблеми от професионално естество? да не
9. Притежавате ли добри междуличностни умения и готови ли сте да окажете морална и/или емоционална подкрепа на вашите колеги, когато това се налага? да не

IV. Въпроси, свързани с психологични проблеми в ежедневноста ви професионална дейност?

10. Имате ли съзнание на независима личност и можете ли да отстоявате идейната святост и моралната чистота на медицинската професия? да не
11. Ведър ли е психологичния климат в клиниката и можете ли спокойно и планомерно да се захванете с работата си още в началото на работния ден? да не
12. Съумявате ли да използвате добрия си морално-волеви потенциал за привличане на пациентите Ви към активно сътрудничество при провеждането на диагностичните и лечебните им процедури? да не

V. Въпроси, произтичащи от взаимоотношението ви с непосредствения ви началник.

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

да не

14. Готов ли е началникът ви да ви изслушва за лични проблеми, които влияят на вашата работа да не

15. Смяете ли да критикувате началника ви, без да се страхувате от последствията? да не

Възраст (навършени години)

Образование:.....

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

НАУЧНИ ПУБЛИКАЦИИ ВЪВ ВРЪЗКА С ДИСЕРТАЦИОННАТА ТЕМА

- 1. РЕФОРМАТА НА СИСТЕМАТА ЗА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ – ПОЛИТИЧЕСКА ОСНОВА НА СТРАТЕГИЯТА ЗА РАЦИОНАЛНО СТРУКТУРИРАНЕ, ФИНАНСИРАНЕ И КОНТРОЛ НА РАЗХОДИТЕ ЗА ЗДРАВНИ УСЛУГИ**
- 2. НЕДОСТИГЪТ НА СРЕДСТВА И НЕДОСТАТЪЧНО ЕФЕКТИВНИЯТ КОНТРОЛ ПРИ ТЯХНОТО РАЗХОДВАНЕ-СТРАТЕГИЧЕСКА ДИЛЕМА НА СУБЕКТИТЕ, ФИНАНСИРАЩИ И ПРОИЗВЕЖДАЩИ ЗДРАВНИ УСЛУГИ**
- 3. АНАЛИЗ НА ВИДА, ВЕЛИЧИНАТА И СТРУКТУРАТА НА ЗДРАВНИТЕ УСЛУГИ, ОКАЗВАНИ ОТ КЛИНИКИТЕ И ОТДЕЛЕНИЯТА ПО АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И ИНТЕНЗИВНО ЛЕЧЕНИЕ В СТРАНАТА И В УМБАЛ „Св. Анна”-София**
- 4. УПРАВЛЕНСКИ ЕКСПЕРИМЕНТ ЗА КОНТРОЛ НА РАЗХОДИТЕ И ПОДОБРЯВАНЕ НА ОРГАНИЗАЦИЯТА ЗА РЕСУРСНО ОСИГУРЯВАНЕ В КЛИНИКАТА ПО АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И ИНТЕНЗИВНО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ УМБАЛ „СВ.АННА” – СОФИЯ**
- 5. РАЗРАБОТВАНЕ И ВНЕДРЯВАНЕ НА УПРАВЛЕНСКИ МОДЕЛ ЗА ПОДОБРЯВАНЕ И УСТОЙЧИВО РАЗВИТИЕ НА КАЧЕСТВОТО В КЛИНИКАТА ПО АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И ИНТЕНЗИВНО ЛЕЧЕНИЕ ПРИ УМБАЛ „СВ.АННА”-СОФИЯ, ОСНОВАВАЩ СЕ НА МОДЕЛА ЗА ОРГАНИЗАЦИОННО СЪВЪРШЕНСТВО НА ЕВРОПЕЙСКАТА ФОНДАЦИЯ ЗА УПРАВЛЕНИЕ НА КАЧЕСТВОТО**

СПИСЪК НА ИЗЯВИТЕ НА ДИСЕРТАНТА НА НАУЧНИ ФОРУМИ

1.ВИДЕО ЛАРИНГОСКОП

Д. Николаков, П.Москов.

18-ти Национален конгрес по анестезиология и интензивно лечение с международно участие (24-27 октомври 2013год) Несебар.

2.ПЕРИФЕРНИ НЕРВНИ БЛОКОВЕ ПРИ ОРТОПЕДИЧНИ ПАЦИЕНТИ

Д.Николаков, П.Москов.

18-ти Национален конгрес по анестезиология и интензивно лечение с международно участие (24-27 октомври 2013год) Несебар.

3. ПЕРКУТАННА ТРАХЕОСТОМИЯ – Griggs, Ciaglia

Д.Николаков, П.Москов.

18-ти Национален конгрес по анестезиология и интензивно лечение с международно участие (24-27 октомври 2013год) Несебар.

4. СЛЕДОПЕРАТИВНО ОБЕЗБОЛЯВАНЕ ПРЕЗ ЕПИДУРАЛЕН КАТЕТЪР С ROPIVACAINE И SCHIROSAIN ПРИ ОРТОПЕДИЧНИ И УРОЛОГИЧНИ ПАЦИЕНТИ

Д.Николаков, П.Москов.

Седма национална конференция за изследване и лечение на болката с международно участие. (12-14.06.2014год.) Хисаря.

5. ПОСТОПЕРАТИВНО ОБЕЗБОЛЯВАНЕ С ПАРАТРАМОЛ

Д.Николаков, П.Москов.

Седма национална конференция за изследване и лечение на болката с международно участие. (12-14.06.2014год.) Хисаря.

6. КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ НА БИЛАТЕРАЛЕН ИНТЕРСКАЛЕНУСОВ БЛОК

Д.Николаков, П.Москов.

Осма национална конференция за изследване и лечение на болката с международно участие. (09-11.06.2014год.) Хисаря.

7. ОБЕЗБОЛЯВАНЕ С ЕЛАСТОМЕРНА ПОМПА

Д.Николаков, П.Москов.

Осма национална конференция за изследване и лечение на болката с международно участие.
(09-11.06.2014год.) Хисаря.

8. ВЪЗМОЖНА ЛИ Е ПЕРКУТАННА ТРАХЕОСТОМИЯ В УСЛОВИЯ НА СПЕШНОСТ?

Д.Николаков

20-ти Национален конгрес по анестезиология и интензивно лечение с международно участие
(26-29 октомври 2017год) Несебар

9. ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНО ЛЕЧЕНИЕ НА МОЗЪЧНИ ИНСУЛТИ – НАЧАЛЕН ОПИТ В УМБАЛ „СВЕТА АННА” – СОФИЯ

Д.Николаков,

20-ти Национален конгрес по анестезиология и интензивно лечение с международно участие
(26-29 октомври 2017год) Несебар

10. РОЛЯТА НА АНЕСТЕЗИОЛОГА ПРИ ЕНДОВАСКУЛАРНО ЛЕЧЕНИЕ НА ОСТЪР ИМИ

Д.Николаков

20-ти Национален конгрес по анестезиология и интензивно лечение с международно участие
(26-29 октомври 2017год) Несебар