



**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – ПЛЕВЕН
ФАКУЛТЕТ „ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ”**

ЦЕНТЪР ЗА ДИСТАНЦИОННО ОБУЧЕНИЕ



КАТЕДРА „ОБЩЕСТВЕНОЗДРАВНИ НАУКИ”

ЛЕКЦИЯ №6

ЗА ДИСТАНЦИОННА САМОПОДГОТОВКА ПО УЧЕБНА ДИСЦИПЛИНА

„ОСНОВИ НА ЗДРАВНИЯ МЕНИДЖМЪНТ”

ЗА СТУДЕНТИ ОТ СПЕЦИАЛНОСТ „МЕДИЦИНСКА РЕХАБИЛИТАЦИЯ И ЕРГОТЕРАПИЯ”

ОБРАЗОВАТЕЛНО – КВАЛИФИКАЦИОННА СТЕПЕН

„МАГИСТЪР“

ЗАДОЧНО ОБУЧЕНИЕ

ТЕМА : Управление на качеството в здравеопазването. Стандартизация.

РАЗРАБОТИЛ: доц. д-р Пенка Стефанова, дм

Гр. Плевен

УПРАВЛЕНИЕ НА КАЧЕСТВОТО В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

СТАНДАРТИЗАЦИЯ

Доц. д-р Пенка Стефанова, дм

Медицинската помощ като специализирана човешка дейност има три основни измерения: **вид, количество и качество**, като тяхната съвкупност определя нейната способност да задоволява здравните потребности на хората, които я получават.

Размерът на потребителната способност на медицинската помощ може да се определи с помощта на множество измерими параметри, сред които най-важно значение имат следните: - промените в здравното състояние на потребителите - степента на удовлетвореност и сбъждане на техните очаквания - ефективността - т.е. цената на получения здравен резултат.

В медицината и здравеопазването, вече се приема като аксиома, че "качеството" има най-голямо значение за потребителската стойност на медицинската помощ и чрез нея оказва най-силно влияние върху здравните резултати. Това е причина "качеството" да бъде в центъра на вниманието на производителите и купувачите на медицинска помощ, здравните мениджъри и на хората.

Напоследък със "създаването на пазар на медицинската помощ", качеството придобива и ново значение, като се превръща в основно маркетингово средство. С него производителите на медицинска помощ и здравните мениджъри могат да въздействат върху потенциалните клиенти, като насочат техния избор към определени извършители - общопрактикуващи лекари, лекари-консултанти, болнични отделения, лечебни заведения.

Голямото значение на "качеството" е породило специален интерес на научната медицинска общност още в началото на ХХ век, като натрупването на знания довежда до създаването на самостоятелен клон на медицинската наука, който бива наречена **медицинска квалитология**.

В страните с развити системи на здравеопазването медицинската квалитология има съществен принос за подобряване на качеството и чрез него постигането на позитивна промяна на голяма част от медицинските резултати, които могат да се управляват. У нас медицинската квалитология е направила своите първи стъпки, но нейния принос за масовата медицинска помощ е все още твърде скромнен.

СЪЩНОСТ И СЪДЪРЖАНИЕ НА КАЧЕСТВОТО НА МЕДИЦИНСКАТА ПОМОЩ

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

Според определението на СЗО качеството на медицинската помощ е предоставяне на всеки пациент достатъчно видове диагностични и терапевтични дейности, които да осигурят най-добър резултат за здравето, адекватен на актуалното състояние на медицинската наука, при най-добра цена за същия резултат, при минимален ятрогенен риск и достигане най-голямо удовлетворение по отношение процедури, резултати и хуманно отношение.

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

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

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

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

Размерът на полезността може да се измери чрез параметрите, които вече посочихме. Това означава, че размерът (нивото) на качеството на медицинската помощ се детерминира от наличието или отсъствието, размера или степента на различни по вид и естество "характеристики или параметри" на условията и на процеса на извършване на медицинската помощ.

Тази съвкупност може да се формализира и представи със знаковия модел:

$$K_{mp} = \sum x(X_1 + \dots + X_n) + \sum y(Y_1 + \dots + Y_n) + \dots + \sum z(Z_1 + \dots + Z_n)$$

Където Σ - група от еднородни характеристики (параметри) $X, Y, \dots Z$ - определен вид характеристики (параметри)

Декомпозирането на качеството на медицинската помощ до отделни групи и видове параметри прави възможно неговото изучаване, определяне, измерване, оценяване и управление. Всеки "параметър" има различна по сила корелационна връзка с размера на качеството и оказва различно влияние върху него. Така се създава възможност от множеството негови "параметри", с оглед на нуждите на практиката да се избират за наблюдение, измерване, оценяване и управление само тези които оказват най-силно влияние върху неговия размер или ниво. Тези параметри в медицинската квалитология са наричат "критерии на качеството" и те представляват неговия първия главен параметър. Ако се използва "алегорията" критериите представляват азбуката с помощта на която качеството на медицинската помощ може да бъде "прочетено" от изследователите, извършителите и потребителите. Изборът кои от параметрите могат да се използват като "критерии" става от експерти след продължителни дискусии с практикуващите лекари и обикновено са плод на консенсус.

С помощта на критериите, качеството може да бъде измерено, като се установи тяхното наличие или отсъствие или се определят стойностите им при всеки получил медицинска помощ.

Когато качеството на медицинската помощ се определя за повече от един потребител и е образувана еднородна група се използват средните стойности на избраните "критерии", които се получават чрез методите на статистическия анализ. В тези случаи много изследователи използват понятието "показател " вместо "критерий на качеството", които се приемат за синоними.

Критериите на медицинската помощ са разнообразни по характер и естество. Това налага с оглед нуждата на приложната квалитология те да бъдат разпределени в групи с помощта на различни квалификационни оператори.

Според най-често използваната квалификация критериите на качеството на медицинската помощ се разпределят в следните основни групи и видове:

Класификация на критериите на качеството на медицинската помощ

I. Според "начина на измерване"

1. Количествени - измерват се с интервални скали
2. Неколичествени - определят се с номинална и ординална скала

II. Според "начина на откриване"

1. Експлицитни (явни) - откриват се с метода на пряко наблюдение
2. Имплицитни (неявни) - определят се с евристични методи

III. Според "връзката с определена част на медицинската помощ"

1. Структурни - описват и измерват условията за извършване на медицинската помощ (вкл. ресурсите)
2. Процесуални - описват процеса на извършване на медицинска помощ (какво, как и колко е направено)
3. Резултативни - описват различни резултати от медицинската помощ

IV. Според "възможностите за измерване на полезността на медицинската помощ"

1. Същински (истински, преки, абсолютни) - измерват пряко полезността т.е. истинското качество
2. Заместителни (непреки, относителни) - описват и измерват условията, които детерминират истинското качество

Всеки конкретен "критерий на качеството" може да бъде класиран към определен вид и след това включен в класификационна група. В квалитологията за измерване на критериите на качеството, като числова стойност, степен или наличие, се използват няколко **измерителни системи и скали**.

**Основни системи и скали
за измерване на критериите на качеството**

№	Вид на системата	Вид на критериите
1.	Интервална	Количествени
2.	Номинална	Не количествени
3.	Ординарна(степенна)	Не количествени
4.	Съотношение	Количествени и неколичествени

С помощта на критериите, качеството на медицинската помощ може да бъде определено като размер или степен (ниво), но те самостоятелно не могат да дадат отговор на въпроса дали то е "добро", т.е. има ли приемлива полезност за потребителите.

За оценяване на размера (нивото) на качеството на медицинската помощ и неговото степенуване се използва **втория главен параметър на качеството т.н. стандарт.**

Като основна категория в квалитологията **стандарта представлява предварително приета или определена стойност или интервал от стойности на всеки критерий или показател на качеството.** Той показва границата от която размера (нивото) на качеството се счита за "приемливо" или "добро" т.е. има достатъчно полезност.

Стандартите за качество обикновено са продукт на научни изследвания или се "извеждат" от емпирични наблюдения на реалната медицинска помощ. Те се променят с развитието на медицинската наука и много често се влияят от състоянието на организацията и икономиката на медицинската практика. Огромното разнообразие и хетерогенност на медицинската помощ налага за нуждите на медицинската практика да се избират и приемат многобройни количества "критерии и стандарти на качеството". Това е свързано със значителни трудности, поради редица особености на медицинската помощ. В момента в страните с развити и добре работещи системи на здравеопазване се използват "критерии и стандарти на качеството" при много видове медицинска помощ. В нашата страна също има приети критерии и стандарти за някои видове медицинска помощ.

Съвремените критерии за оценка на качеството в здравеопазването за първи път са предложени от Обединената комисия за акредитиране на здравните заведения в Съединените щати през 1991 год. и включват:

- **Достъпност (accessibility).** Осигурени възможности за получаване на здравни услуги от цялото население.
- **Равнопоставеност (equity).** Медицинските грижи трябва да се предоставят еднакво и на равна основа за всички.
- **Уместност (appropriateness).** Здравните грижи трябва да бъдат подходящи и съответстващи на състоянието на пациента.
- **Своевременност (acceptability).** Здравните услуги е необходимо да се бъдат предоставени в точен момент, за да се постигне оптимален терапевтичен ефект.
- **Ефективност (effectiveness).** Желаният здравен резултат трябва да бъде постигнат при минимум разходи.
- **Ефикасност (efficiency).** Здравните услуги трябва да са целенасочени към постигане на най-добрия резултат за пациента.
- **Продуктивност (productiveness).** Здравните услуги трябва да бъдат така организирани, че да предоставят желанния резултат за всички пациенти.
- **Безопасност (safety).** Услугите задължително трябва да бъдат безопасни за пациента и да не увеличават рисковете за неговото здраве.

ОСОБЕНОСТИ НА МЕДИЦИНСКАТА ПОМОЩ И ТРУДНОСТИТЕ В ОПРЕДЕЛЯНЕ, ОСИГУРЯВАНЕ И УПРАВЛЕНИЕ НА КАЧЕСТВОТО

В сравнение с другите човешки производствени дейности медицинската помощ има някои особености, които оказват специфично влияние върху осигуряването (създаване) на качеството и върху възможностите за неговото определяне и управление. За разлика от производството на предмети (стоки) медицинската помощ представлява дейност, която по своя характер попада в групата на "услугите". При тях "производството и потреблението" съвпадат, като в голяма степен тя се влияе от състоянието на потребителя - възраст, вид на заболяването, стадий, тежест, сериозност, желание, съгласие и др. Това прави качеството да бъде "непостоянно" при различните изпълнители и при различните потребители, получили медицинска помощ от един и същ изпълнител.

Липсата на предметност при медицинската помощ (като цяло) и горната особеност сериозно затрудняват осигуряване на постоянно ниво на качеството и на неговото определяне (измерване и оценяване).

Освен това при медицинската помощ като дейност има редица други особености които увеличават трудностите. Сред тях особено значение имат:

- (1.) Разнородността (хетерогенността) на медицинската помощ - т.е. наличието на голям брой отделни видове.
- (2.) Интегралността и сложността на медицинската помощ - т.е. голям брой и различен вид на операциите и процедурите, които извършват като качеството на всяка от тях влияе върху общото качество
- (3.) Екипността на медицинската помощ - при много видове медицинска помощ участват голям брой изпълнители, като всеки влияе върху качеството като цяло
- (4.) Неопределеността на входа (началото) на медицинската помощ - т.е. тя започва при потребители, които се различават по възраст, пол, здравен проблем, заболяване, тежест, стадий, сериозност и др., което прави невъзможно да се извършва по предварителни "проекти", в които е вградено определено ниво на качеството.
- (5.) Несигурността на "изхода" на медицинската помощ т.е. неопределеност на крайните медицински резултати поради наличието на голям брой неуправляеми фактори (възраст, тежест, сериозност и др.), така че "лош" резултат може да се получи и при добро ниво на качеството на медицинската помощ.

Посочените специфични особености сериозно затрудняват определянето на критерии и стандарти при много видове медицинска помощ и особено зпри тези извършвани в общата медицинска практика. Те са причина да бъдат използвани специфични подходи и методи за определяне на качеството, които не са типични и приемливи в останалите области на човешката дейност.

ОСНОВНИ ПОДХОДИ ЗА ОПРЕДЕЛЯНЕ НА КАЧЕСТВОТО НА МЕДИЦИНСКАТА ПОМОЩ

В приложната квалитология при определяне на качеството на медицинската помощ се използват 3 основни подхода:

- A. Подход "структура - процес - резултат"**
- B. Подход "същински - заместителни показатели на качеството"**
- C. Смесен подход**

Подходът "структура-процес-резултат" е създаден от американския изследовател **А. Донабедиан** в края на 60-те години на миналия век (XXв.). При него са използвани основните идеи на системологията, изразени с трилогията "вход-процес-изход". Под "структура" А. Донабедиан разбира условията които съществуват при извършването на медицинската помощ. Тяхното състояние оказва пряко и силно влияние както върху процеса на медицинската помощ така и върху крайния резултат.

В "структурата" се включват различни компоненти като:

- (1) **Медицински персонал** - брой, вид, професионална (медицинска) квалификация, възможности и др.
- (2) **Работни помещения** - брой, вид, оборудване, състояние на интериора и др.
- (3) **Медицинска техника и апарати** - брой, вид, възможности и др.
- (4) **Организация на приема и др.**

Всеки компонент на "структурата" може да бъде описан с краен брой "критерии" (параметри) и да бъде определен съответен "стандарт". Ако всички критерии на "структурата" имат стойности съответстващи на техните стандарти, то условията при които ще започва медицинската помощ ще генерират "добро" или приемливо качество на "процеса" на нейното извършване и от там на здравния резултат.

Определянето на "критерии и стандарти на структурата" на качеството на медицинската помощ е първата стъпка в неговото управление. В много страни на света вече са разработени и използват в практиката "критерии и стандарти на структурата" на различните видове медицинска помощ - първична медицинска помощ, специализирана консултативна помощ, болнична помощ и др.

У нас също има разработени "критерии и стандарти" на структурата повечето видове медицинска помощ. По-голяма част от тях обаче все още не съответстват на тези, които се използват в страните, които добре управляват качеството на медицинската помощ.

"Процесът" е втората основна част в подхода на А. Донабедиан. Той представлява съвкупността от различните видове действия и дейности, които лекаря и останалите медицински специалисти трябва да извършват при болния или здравия човек в зависимост от неговите потребности. **В съдържанието на процеса се включват:**

- (1.)Вида на операциите, които трябва да бъдат извършени;**
- (2.)Как те да бъдат извършени и какви средства да се използват;**
- (3.)Колко пъти и колко често, през какви периоди и др.**

Посочените вече особености на медицинската помощ не позволяват тя да се извършва по предварително разработени "проекти", както това става в областите на производството на предмети и услуги.

Сериозните затруднения които съществуват при "проектиране на процеса на медицинската помощ" в различните области на практиката и при различните видове болни и заболявания бяха частично преодолени чрез създаване на рамкови писани технологии на медицинската помощ (диагностика, лечение, мониторинг и др.), които имат различни наименования като: guidelines, наръчник, указание, рамкова технология и др.

Рамковите технологии на процеса на медицинската помощ се създават от научната медицинска общност чрез консенсус. В тях са "отразени" постиженията на медицинската наука, възможностите на достъпните технологии и ограниченията поставени от икономиката на медицинската помощ. Те включват какво трябва да бъде направено, как да се направи и т.н. за да се осигури "приемливо качество" на медицинската помощ.

"Рамковата технология" се отличава от другите носители на медицинска информация - учебници, монографии, статии и др. по няколко основни параметъра:

- (1.) точност
- (2.) ясност и простота
- (3.) категоричност
- (4.) задължителност

На основата на рамковата технология могат да бъдат приети критерии на качеството на процеса и съответните стандарти за неговото оценяване. Рамковата технология не ограничава "клиничната свобода и творчество" на лекарите, но чрез нея се гарантира, че ще бъде постигнато определено ниво на качеството. В момента се извършва интензивна дейност за създаване на рамкови технологии на различните видове медицинска помощ в много страни, включително и под егидата на Световната здравна организация. В някои страни (Холандия, Великобритания, Австралия и др.) има създадени десетки рамкови технологии, които задължително се прилагат в медицинската практика. Според данните на сериозни проучвания те са оказали позитивно влияние върху качеството на различните видове медицинска помощ и върху получаваните здравни резултати. Освен това наличието на рамкови технологии значително облекчава контрола върху качеството на процеса на медицинската помощ.

"Резултатът" е последния компонент на подхода на Донабедиан.

В зависимост от различните видове медицинска помощ резултатът може да бъде определен чрез многобройни критерии, по-голяма част от които са свързани с промените в здравното състояние на хората, удовлетвореността, цената на резултата и др. Приемането на "стандарти" на критериите на "резултата на медицинската помощ" позволява той да бъде оценяван и да се направят заключения за действителното ниво на качеството.

Подходът "същински-заместителни критерии (показатели) на качеството" на медицинската помощ е предложен от **Максуел**. Този подход е построен върху логиката, че поради специфичните особености на медицинската помощ, нейната истинска потребителна стойност т.е. истинското качество може да се измерва пряко само ако се включват и използват критерии, които не са свързани единствено със здравния резултат. По този начин определянето и оценката на качеството на медицинската помощ няма да става само чрез размера на нейния резултат. Това в значителна степен намалява влиянието на "несигурността на изхода" при медицинската помощ. **Като преки (същински) критерии на качеството на медицинската помощ се използват следните:**

**Истински критерии на качеството на медицинската
помощ**

- (1) ефективност (результатност)
- (2) адекватност
- (3) релевантност
- (4) ефективност
- (5) удовлетвореност
- (6) своевременност
- (7) системност

Измерване на стойностите на тези критерии и тяхното сравняване с предварително приети стандарти дава възможности да се определи истинското качество на извършената медицинска помощ.

Определянето на по-голяма част от тези критерии става чрез евристични методи, което изисква участието на предварително подготвени експерти.

Преките (същинските) критерии на качеството се намират в силно корелационна връзка със заместителните критерии на качеството, т.е. те са резултативни по своя произход.

Със заместителните критерии се характеризират и измерват:

- **условията при които се извършва медицинската помощ**
- **процесът на медицинската помощ, т.е. на структурата и на процесите според подхода на Донабедиан**

Информационната сила на заместителните критерии е недостатъчна за измерване на истинското качество, но тяхното наличие или отсъствие и размер при извършване на медицинската помощ оказва влияние върху стойността на същинските критерии на качеството.

Голямо предимство на заместителните критерии на качеството е, че те могат да се управляват, а това открива възможност качеството на медицинската помощ да може да се управлява като цяло.

В приложната квалитология се използват голям брой и различни по естество заместителни критерии на качеството, които могат да се разпределят в различни групи:

**Основни групи
заместителни критерии на качеството
на медицинската помощ**

- (1) критерии на научното качество
- (2) критерии на технико-технологичното качество
- (3) критерии на социално-психологическото качество
- (4) критерии на организационното качество
- (5) критерии на битовото качество

Смесеният подход за определяне на качеството на медицинската помощ съчетава в различни пропорции горните два подхода, като използва техните предимства. В повечето страни методологиите, които се прилагат за определяне на качеството на медицинската помощ, се изградени върху правилата и нормите на смесения подход.

ДИАГНОСТИКА НА КАЧЕСТВОТО НА МЕДИЦИНСКАТА ПОМОЩ

Под диагностика на качеството се разбира дейността за неговото определяне т.е. измерване и оценяване. По своята същност диагностиката на качеството представлява изследователска дейност, която включва извършване на *4 последователни действия*.

- (1) Определяне на критериите и стандартите, които ще бъдат използвани при съответния вид медицинска помощ.
- (2) Събирането на данни за критериите на качеството - наличие, размер, степен и т.н.
- (3) Определяне на действителното ниво на качеството чрез сравняване на измерените стойности на критериите с приетите стандарти
- (4) Определяне на причините за отклонения от стойностите на критериите от приетите стандарти

Според броя на "случаите", при които ще се определя качеството, диагностиката бива:

- (1) индивидуална т.е. на 1 случай
- (2) групова т.е. на повече от 1 случай на извършване на медицинска помощ

При *груповата диагностика* на качеството на медицинската помощ с оглед достоверност на направените заключения трябва да се спазват две правила:

- (1) достатъчен брой наблюдения
- (2) случаен подбор на случаите, ако изследването не е изчерпателно за конкретния изпълнител на медицинска помощ.

Диагностиката може да бъде *пълна*, ако се определя тотално качеството или *частична*, ако се определят критериите само за някои от елементите на качеството - структура, процес или резултат или само някои същински или заместителни показатели.

Обикновено индивидуалната диагностика на качеството става по искане на потребителите, купувачите на медицинска помощ, съдебните власти и др., т.е. когато се предполага, че има големи отклонения в качеството на медицинската помощ.

Резултатите от индивидуалната диагностика не могат автоматично да се използват за заключение за качеството на медицинската помощ като цяло поради специфичните особености които бяха посочени.

ОСНОВНИ ТЕХНОЛОГИИ НА ДИАГНОСТИКА НА КАЧЕСТВОТО

В практиката за диагностика на качеството се използват 3 основни технологии:

- (1) обикновена инспекция
- (2) колегиална инспекция т.н. peer review
- (3) медицинска ревизия (одит)

Обикновената инспекция за диагностика на качеството най-често е непълна (отделни елементи на качеството и недостатъчен брой наблюдения). При медицинската ревизия диагностиката на качеството е пълна. При нея се измерват критерии на всички елементи на качеството и се обхващат достатъчен брой обслужване болни и здрави. Като сложна изследователска дейност инспекцията и медицинската ревизия на качеството трябва да се извършва само от подготвени лекари - експерти, които да имат възможностите да използват методите за получаване на медицински данни, на статистическите методи за обработка на данните и на евристичните методи за оценка и заключение.

През последните години колегиалната инспекция - peer review- широко се прилага в много страни (USA, Великобритания, Австралия и др.). Тя се използва от лекарите от различни видове самостоятелни практики, които не се намират в конкурентни отношения. При тази инспекция те последователно и чрез размяна извършват диагностика на качеството на медицинската помощ, като независимо, но колегиално правят и съобщават своите оценки и заключения. В медицинската литература има многобройни съобщения за положителното влияние на колегиалните инспекции върху подобряването на качеството на медицинската помощ.

МЕТОДИ ЗА ПОЛУЧАВАНЕ И ОБРАБОТКА НА ИНФОРМАЦИЯТА ЗА КАЧЕСТВОТО НА МЕДИЦИНСКАТА ПОМОЩ.

Получаване на информацията за качеството на медицинската помощ, т.е. определянето на наличието, отсъствието, размера или степента на различните критерии става чрез няколко **метода**, сред които основно значение имат:

- (1) анкетата (на болни и персонала)
- (2) интервюто (на болни и персонала)
- (3) прякото наблюдение
- (4) непрякото наблюдение
- (5) изследването на документални записи (хартиени или електронни, които се създават при извършването на медицинската помощ).

Всеки метод дава различна по вид и характер информация за избрани критерии на качеството, затова те трябва да се прилагат най-често комбинирано.

При **груповата диагностика на качеството** на медицинската помощ за обработка на данните се използват следните **статистически методи**:

- (1.) Стратификация
- (2.) Вариационен анализ
- (3.) Алтернативен анализ
- (4.) Корелационен анализ
- (5.) Факториален анализ
- (6.) Графичен анализ

С помощта на тези методи в зависимост от характера на критериите се получават различни разпределения, средни величини, коефициенти, графични изображения и др., които позволяват да се направят съответни оценки за нивото на качеството, отклоненията от някои от стандартите т.н. дефекти, силата на действие на основни детерминиращи фактори и др.

Представянето на данните от групова диагностика на качеството може да стане чрез:

- (1.) стратификация в таблици - групиране на случаите според стойностите на определени критерии
- (2.) разпределение и средни величини
- (3.) относителни величини
- (4.) коефициенти на корелация
- (5.) графики

При графичния анализ най-голямо информационно значение за оценяването имат:

- (1.) диаграмата на разпределение на качеството по отделни критерии;
- (2.) диаграмата за броя и вида на "дефектите" (значителни отклонения от стандартите) - т. н. диаграма на Парето;
- (3.) причинно-следствената диаграма на дефектите - т.н. диаграма тип "рибена кост" или диаграма на Ишикава.

Диагностиката на качеството на медицинската помощ трябва задължително да завърши с обща оценка.

В квалитологията се използват две крайни общи оценки на качеството:

- (1.) приемливо ниво на качество (acceptable quality level - AQL)
- (2.) отхвърлящо ниво на качество (rejectable quality level - RQL)

Оценката "приемливо ниво на качество" се поставя когато стойностите на основната част от същинските показатели на качеството съответстват на приетите и използвани в момента стандарти и обратно при "отхвърлящо ниво на качеството".

При последната оценка задължително трябва да бъдат посочени операционните фактори, които са детерминирали негативните отклонения на стойностите на същинските критерии от стандартите, с оглед на тяхното отстраняване.

ОСИГУРЯВАНЕ И УПРАВЛЕНИЕ НА КАЧЕСТВОТО НА МЕДИЦИНСКАТА ПОМОЩ

Качеството на медицинската помощ е продукт на голям брой и различни по вид и механизъм на действие фактори, които условно в квалитологията се наричат **"оператори на качеството"**.

Всеки заместителен и истински критерий на качеството е свързан с един или няколко оператори, които детерминират неговото наличие или стойност в реалната медицинска помощ.

От множеството оператори на качеството на медицинската помощ най-важно значение имат следните:

- (1.) професионалната компетентност на медицинските специалисти;
- (2.) комуникативните способности на медицинските специалисти;
- (3.) медицинските технологии и възможностите за тяхното свободно използване в съответствие с рамковите технологии (ако има създадени);
- (4.) организацията на първичния, повторен, консултативен и болничен прием;
- (5.) състоянието на медицинския бит;
- (6.) възможностите на системите на медицинско документиране и обработка на данни;
- (7.) системата на заплащане и мотивиране на медицинските специалисти;
- (8.) системата за контрол на качеството.

От операторите на качеството на медицинската помощ най-голямо значение имат професионалната компетентност и комуникативните способности на лекарите и останалите медицински специалисти.

Затова неслучайно системите на обучение, които осигуряват непрекъснато приемливо ниво на професионалната компетентност стоят в центъра на управлението на качеството. По-голяма част от операторите на качеството се променят под влиянието на активни и целенасочени действия, а това означава, че качеството на медицинската помощ трябва да се управлява.

Управлението на качеството може да се определи като съвкупност от дейности и техните методи, които се извършват за да се осигури стойностите на същинските (истинските) показатели да съответстват на предварително приетите стандарти , т.е. качеството да има приемливо ниво за потребителите. То има 2 основни цели:

(1.) да не се допусне извършване на медицинска помощ с "дефекти", т.е. със значими негативни отклонения от стандартите

(2.) да се повишава качеството на медицинската помощ.

В съдържанието на управлението на качеството се включват различни видове дейности, които се осъществяват с определена последователност. В квалитологията това съдържание е получило наименованието цикъл "PDCA" или цикъл на Деминг и съдържа следните видове дейности:

(1.) планиране (P)

(2.) извършване (D)

(3.) контролиране (C)

(4.) коригиране (A)

Цикъла на Деминг показва, че поддържането на приемливо качество или неговото повишаване може да стане само ако непрекъснато се управлява. Това трябва да се извършва независимо от това дали здравното заведение се състои само от 1 основен изпълнител - лекар (например обща медицинска практика) или представлява болница с голям брой изпълнители и отделения.

Съвременното управление на качеството на медицинската помощ трябва да има 3 основни характеристики:

(1.) тотално обучение на персонала, т.е. всички, постоянно и завинаги

(2.) тотално включване на целия персонал в решаване на проблемите на качеството

(3.) тотален контрол т.е. непрекъснат контрол на всички показатели и оператори на качеството.

Само такава управление на качеството на медицинската помощ, ще гарантира, че неговото ниво ще бъде непрекъснато приемливо и ще има потенциални възможности за неговото повишаване.

В **Националната здравна стратегия 2020** е записано: Подобряването на качеството в здравната ни система означава не само предоставяне на подходящите здравни услуги на всеки пациент по всяко време, но и изпълнение на обещанието, че държавата се и ще продължава да се грижи за своите граждани.

Неговите основни измерения са:

- **Безопасност** – намаляване на риска за пациентите от причиняване на вреда в хода на диагностично-лечебния процес.
- **Своевременност** – диагностичните процедури и съответно лечението се предоставят в подходящия момент.
- **Ефикасност** – лечението се предоставя по най-добрия начин и довежда до желаните резултати.
- **Ефективност** – лечението довежда до желаните резултати при минимални усилия, разходи и загуби.
- **Ориентиране към пациента** – уважение, отговорност и индивидуален подход към всеки, потърсил медицинска помощ.

Повишаването на качеството на здравните дейности е тясно свързано с развитието на националната система на здравеопазване, която трябва да се фокусира върху нуждите и очакванията на потребителите на здравни услуги и да въвлеча в този процес участниците от всички ѝ нива.

Необходимо е сега действащата институционална акредитационна система да се превърне в инструмент за контрол и оценка на качеството на медицинското обслужване.

Осигуряването на качеството на здравната помощ изисква определяне и координиране на отговорностите и усилията на всички участници в този процес - на **национално ниво** – Министерство на здравеопазването, Изпълнителна агенция „Медицински надзор“, Национална здравноосигурителна каса, застрахователни фондове, а на регионално и локално ниво – регионални здравноосигурителни каси, регионални здравни инспекции, общински и местни дирекции/отдели по здравеопазване.

Изпълнителите на медицинска помощ имат пряката отговорност за лечението и грижите за пациентите и като такива са ключовата фигура по осигуряването и развитието на качеството в здравните заведения.

Съсловните организации на лекари и лекари по дентална медицина, както и на фармацевти и специалисти по здравни грижи, следва да играят основна роля в процеса на осигуряване на качеството, особено при провеждането на изпреварващо обучение на членовете си и създаването на работни групи по въпроси на качеството в различните професионални сфери.

Научните дружества и асоциации на специалистите в различни области на медицината следва да имат решаваща роля в разработването на препоръки, алгоритми за клинично поведение и тяхното периодично актуализиране.

Образователните институции също играят важна роля в областта на качеството и безопасността на медицинското обслужване. Обучението в тази област следва да бъде интегрална част както от студентското, така и от следдипломното обучение.

Научните изследвания в областта на качеството на здравните дейности следва да допринесат за развитието му.

Електронното здравеопазване следва да се развие като основен инструмент за повишаване на ефективността и качеството на здравната система.

НОРМАТИВНА РЕГЛАМЕНТАЦИЯ ЗА КАЧЕСТВО НА МЕДИЦИНСКАТА ПОМОЩ В БЪЛГАРИЯ

Съгласно чл. 80 от Закона за здравето, Качеството на медицинската помощ се основава на **медицински стандарти**, утвърдени по реда на чл. 6, ал. 1 от Закона за лечебните заведения, и **Правилата за добра медицинска практика**, приети и утвърдени по реда на чл. 5, т.4 от Закона за съсловните организации на лекарите и лекарите по дентална помощ.

Съгласно Закона за лечебните заведения, Медицинските стандарти се утвърждават с наредба на министъра на здравеопазването.

Изискванията на Медицинските стандарти по отделните клинични специалности са залегнали и в действащите Национални рамков договори.

Контрол за качество на медицинските дейности се осъществява от ИА «Медицински надзор», РЗИ и НЗОК/РЗОК.

Акредитацията на лечебните заведения бе регламентирана в глава 9 от Закона за лечебните заведения, която считано от 01.01.2019 год. е изцяло отменена.