



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

ЦЕНТЪР ЗА ДИСТАНЦИОННО ОБУЧЕНИЕ

КАТЕДРА „ОБЩЕСТВЕНОЗДРАВНИ НАУКИ”

ЛЕКЦИЯ № 8

**ЗА ДИСТАНЦИОННА САМОПОДГОТОВКА ПО УЧЕБНА ДИСЦИПЛИНА
„ОСНОВИ НА УПРАВЛЕНИЕТО В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО”**

**ЗА СТУДЕНТИ ОТ СПЕЦИАЛНОСТ
„ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ И ЗДРАВЕН МЕНИДЖМЪНТ”**

ТЕМА: Управление на качеството в здравеопазването.

Стандартизация

РАЗРАБОТИЛ: доц. Жасмин Караджа, дм

Гр. Плевен

2017 г.

Лекция 8

Управление на качеството в здравеопазването. Стандартизация (лекция 2 часа) Дефинирани са основните понятия и подходи за оценка на качеството в здравеопазването. Обсъдени са факторите, които влияят върху качеството, както и разнообразието на критериите за качество в здравеопазването. В подробности са дискутирани методите за оценка - оценка чрез терапевтични стандарти, медицински одит, анализ на регистрираните данни, анкетиране на пациентите и акредитация на лечебните заведения.

Качеството е категория, която описва характеристиките на даден обект. Етимологически думата се появява в старобългарския език като калка на гръцкото ποιότης, което произлиза от ποιός, „какъв“. Съответно качеството на даден предмет е неговата „каквина“. Качеството е основна логическа категория във философията на Аристотел, Имануел Кант и Хегел. Съществено място заема разбирането и разграничаването между първични и вторични качества във философията на Новото време в лицето на мислители като Бейкън, Декарт и Лок. В наше време качеството е обект на сериозен дебат в социалните и икономическите науки и е едно от основните понятия, върху които се изграждат редица политически, управленски и организационни теории.

Аристотел разглежда качеството като една от десет категории в едноименното произведение „Категории“, което е част от неговия „Органон“. Според него качеството може да се приписва или да се притежава от предметите и хората. Има четири вида качества: навик и предразположение, естествени способности и неспособности, въздействия, форма.

Джон Лок в „Опити върху човешкия разум“ описва първичните качества като онези, които принадлежат на даден обект и притежават

обективно съществуване, докато вторичните по-скоро само като резултат от неговата способност за въздействие и за пораждање на идеи в ума. Така например материята и движението са първични качества, докато цветът е вторично. Вторичните качества зависят от първичните, които са единствените, подлежащи на пряко разбиране. Разбирането на вторичните качества е винаги опосредствано от сетивата.

Кант дискутира качеството най-вече в Критика на чистия разум. За него категориите са форми на разсъдъчната способност, които, бидейки приложени чрез въображението върху опита, правят възможно неговото познаване. Категориите са разпределени в четири групи -- по количество, качество, отношение и модалност. Категориите според качеството са реалност, отрицание и ограничение. Аналогична класификация Кант прилага и спрямо съжденията. Съжденията според качеството биват утвърдителни, отрицателни и безкрайни.

В логиката на Хегел, която в неговата философска система е разгръщането на мисловните форми като вътрешно съдържание на духа, качеството е в началото на учението за битието. Качеството и битието се преплитат, защото са заедността на онова, което се предицира. Тъкмо от предицирането, според Хегел, трябва да започне логиката. Най-абстрактно е битието като неразлично от нищото, като чиста абстракция. В тази неразличимост е същевременно и тяхното единство, което се осъществява в ставането. Снемайки в себе си тези моменти, ставането е резултат, налично битие. Наличността е непосредствена определеност на битието, качество. Т.е. качеството е отрицателното, битието за друго, онова, чрез което наличното има реалност, защото то първо може да я има само като за нещо друго, като инобитие. Другостта е безкрайна по отрицателен начин и това, като

отрицание на отрицанието, възстановява битието, но вече като битие за себе си.

Качеството в икономиката и обществото. Качеството става централна тема на внимание, дискусии, изследвания и организационни дейности в областта на производството и услугите през втората половина на 20 век. Икономическите основания за това се дължат на съзряването на пазарите и пазарните отношения, които водят до усилена конкуренция и повишават изискванията на потребителите. Качеството се превръща във фактор за успеха и оцеляването на отделните икономически субекти. Заедно с това се повишава и политическата значимост на темата, доколкото качеството на публичните услуги влияе на конкурентността на гражданите и организациите и играе съществена роля в състезанието между отделните държави за привличане на инвестиции и повишаването на авторитета и влиянието им в международен аспект. Толерирането на некачествени продукти и услуги започва да се счита, също така, за деструктивно и пилеещо човешките способности и таланти и в крайна сметка за пречка пред постигането на удовлетворение и щастие.

Икономическата необходимост и свързаните с нея политически инициативи дават силен тласък на значителна научна и организационна работа по разработване на теории, стандарти, практики и системи за управление на качеството. Както в теоретичен, така и в практически план се оформят няколко широки области, в които разбирането за същността на качеството имат своя специфика.

Качество на продуктите и услугите. В областта на стопанските дейности качеството е решаващ фактор за начина, по който функционират икономическите субекти, от една страна, и за склонността на клиентите да изберат един или друг продукт, от друга. Голяма част от концепциите и

определенията, с които работи икономическата наука по тази тема, са продукт на авторитетни специалисти, понякога наричани „гурута на качеството“. За такива гурута биват приемани, например, Филип Кросби, Уилям Едуардс Деминг, Джоузеф Джуран, Каору Ишикава.

Възможен подход към мисленето на качеството на даден продукт е изискването той да съответства на някаква предварително зададена дефиниция. Такава дефиниция може да се извежда от неща като продуктовата спецификация, очакванията на клиентите, очакваният начин на употреба на продукта или цялостният набор от нужди, които продуктът се опитва да посрещне и задоволи. Заедно с това съвременните концепции отчитат и факта, че самите дефиниции се развиват и променят, което следва да бъде отчетено в организацията на процеса на планиране, производство, продажби и получаване на обратна връзка от потребителите.

Някои основни методи в управлението на качеството в бизнеса са прилагането на статистически контрол на процесите, тотално управление на качеството, концепцията „Нула дефекти“, стратегията Шест сигма, както и разнообразни системи, базирани на стандарти като тези от серията ISO 9000.

Качеството на образованието се измерва обективно чрез одити и класации. Основни показатели са ниво на учителите, постижения на отличени обучавани и други. Когато това е смислено (средно и висше образование), значение има и кариерното развитие на възпитаниците.

Във висшето образование съществуват установени класации за сравнение на университетите. В тях фактор е и научната дейност в университета. В световен мащаб популярни са тези на Times Higher Education и академичната класация на световните университети, развивана в Китай. В България от 2010 съществува рейтингова система за висшите училища в България разработена от МОМН.

Качеството на живота е понятие, което се използва в области като здравеопазването, политологията и международното развитие, за да се обозначат и синтезират обективни и субективни критерии и оценки за благосъстоянието на отделните хора и обществата. Интересът към темата в близките години се засилва, благодарение на разработки върху субективното благоденствие и психологията на щастието. Съществуват няколко международни класации, които сравняват качеството на живот в отделните държави. Най-известна сред тях е Индексът на човешкото развитие.

Индексът на човешкото развитие (ИЧР) (на английски: Human Development Index (HDI)) на ООН задава оценка за нивото на бедност, грамотност, образование, очаквана продължителност на живота и др. ИЧР оценява средните постижения на дадена страна в следните три основни аспекти от човешкото развитие:

- Продължителност на живота и здравословен начин на живот, който се преценява според вероятната продължителност на живота към момента на раждането; позволява да се изчисли косвено задоволяването с продукти от първа необходимост, между които достъпа до питейна вода, жилище, добра хигиена и медицински грижи и услуги.
- Знание или равнище на образованието, което се преценява според степента на грамотност на възрастните. Това е процент от населението над 15 години, които могат да четат и разбират кратък и лесно достъпен текст за ежедневиия живот. Отчита се и общия сбор от съотношението на записалите се учащи начално и основно, средно, и висше образование (тежестта му е $1/3$). Това число изразява задоволяване от нематериални блага като възможността за участие при взимане на решения в обществото или на работното място. (тежестта ѝ е $2/3$)

- **Жизнен стандарт** – естествен логаритъм от БВП на глава от населението в съотношение с покупателната възможност, за да могат да бъдат включени елементи от качеството на живот като мобилност, достъп до продукти на културата и др., които не са отчетени от първите две категории.

Независимо от социално-политическите сътресения, които България преживява през последните три десетилетия, нейният ИЧР, макар и бавно, расте. През 1980 г. – 0.66; 2013 г. – 0.77. Страната ни заема 58-мо място в световната класация през 2013 г. (През същата година с малка разлика пред нас са страни, като: Румъния, Либия, Куба, Оман, Черна гора, Беларус, Уругвай и Бахамските острови.) Съседните на България държави за 2013 г. заемат следните места: Гърция – 29-то място; Румъния – 54-то място; Сърбия – 77-то място; Македония – 84-мо място; Турция – 69-то място.

Въпросът за **качеството в медицинската помощ** е стар, колкото е стара човешката история. Законите на Хамураби, датиращи от около 2000 години преди Христа, гласят, че “ако хирургът, направил дълбок разрез втялото на свободен човек и е причинил смъртта на този човек, или ако е отворил ухото или окото и го е разрушил, то трябва да му бъде отрязана ръката”.

В литературата са налице три категории доказателства, които се използват за доказване необходимостта от оценяване качеството на грижите. Те включват:

- рационалистични доказателства;
- икономически доказателства;
- доказателства, свързани със законността на медицинската практика.

Рационалистичните доказателства, според редица методолози и специалисти по оценяването са аргументи на общественото здраве. Според методистите качеството и ефективността не се различават. Някои автори

посочват, че само ефикасните здравни интервенции, които имат измерима благоприятна стойност върху здравето, са приемливи. Оценяването дава възможност да се различават ефикасните интервенции от останалите. Рационалистичните аргументи се основават на идеологията включваща цели, факти, цифри, които определят “рационалните” правила за провеждане на здравни грижи.

Икономически доказателства са необходими по две причини:

- осигуряване на качествени здравни грижи от съответните институции, за да не се изразходват средствата напразно
- здравно осигуряване за да не могат бюджетните ограничения да влияят на качеството на грижите.

Първият аргумент произхожда от 60-те години, когато правителствата вземат важни решения по отношение на финансирането на болниците и провеждане на здравно осигуряване.

Вторият икономически аргумент може да бъде обяснен по следния начин: нарастването на разходите за здраве не може да бъде овладяно при определяне качеството на здравните услуги. Това е аргумент както на професионалистите в здравеопазването, така и на представителите на правителствата. Ето защо професионалисти и правителства търсят начини за обединение, за да се постигнат икономическите цели без да се нарушава качеството на грижите.

От икономическа гледна точка, оценяването на качеството на здравните услуги може да бъде определено като преграда за възпрепятстване на възможното изразходване на средства, а също така и за ограничаване на възможните негативни резултати от увеличената стойност.

Доказателства отнасящи се до законността на медицинската практика са свързани с факта, че медицината преживява криза в законността: тази

криза се изявява по три начина, които отговарят на три различни гледни точки:

- гледната точка на правителствата и на институциите, които осигуряват средствата;
- гледната точка на пациентите;
- гледната точка на лекарите.

Икономическият ефект влияе върху избора на технология и че заплащането на дейностите се влияе от съотношението между стойността и ползата. По отношение на пациентите се констатира, че те са все по-малко удовлетворени от медицината. Пациентите считат, че медицината става все по-скъпа и че те са малко информирани по отношение на превенцията, чувстват се обезкуражени да защитават правата си. Пациентите губят все повече доверие в лекарите. Това, което може да се каже по отношение на лекарите е, че те стават все повече на брой; констатира се редица неефективни медицински дейности и липса на уместни решения; установени са редица неравноправия по отношение на социалните групи в областта на здравеопазването.

Трябва да се подчертае, че оценяването на здравните услуги би довело до подобряване дейността на медицинските специалисти. След като проблемът за оценяване на качеството се поставя на дневен ред, това означава, че качеството трябва все повече да се подобрява.

Определения и концепции за качество в здравеопазването. В целия свят се наблюдава непрекъснато развитие на проблемите на качеството в областта на здравеопазването, като се включват почти всички страни на проблема – научно-изследователски и конкретно-приложни, засягащи

въпросите както на макрониво, така и на отделното локално ниво. Изискванията към качеството на медицинската дейност са приоритет в законодателството на европейските страни, където е определено правото на гражданите да имат достъп до качествена медицинска помощ и да бъдат защитени от възможността за провеждане на ненужно и некомпетентно лечение.

Качеството на медицинското обслужване е многоаспектно явление и като такова следва да се разглежда като сложна съставна категория. Последната включва по определен начин и подчиненост на качеството на конкретните технически, социално-психологически и икономически елементи на процеса и изхода на медицинското обслужване. Качеството на отделните елементи се обуславя от следните основни фактори: субект, социални отношения, обект, финансови разходи и материално техническа база.

Оценяването на качеството е изходен момент в управлението на качеството в здравното обслужване. Според редица автори проблемът за качеството на здравеопазването има не само чисто медицинско и етично-хуманно значение, но представлява интерес и от гледна точка на управлението и финансирането на здравеопазването и условията на здравно-осигурителна система .

През последните години се възприема определението на Аведис Донабедиан, според което „качеството на медицинската помощ е степен на достигане на най-голяма полза за здравето на човека без увеличаване на риска за здравето, при оптимален баланс между полза и риск“. През 1966 г. Донабедиан разработва теоретичните постановки на системата за оценка на здравните услуги, като по този начин полага основите на оценката на качеството на здравните услуги като обособена научна област и дисциплина.

В различните схеми за оценка на качеството на здравните дейности и досега се използват предложените от Донабедиан три насоки за изследване на качеството:

- **Структурата**, обхваща налични сгради, техника и оборудване; структура на персонала, работни екипи, административно управление, финансиране;
- **Процесите**, включващи достъпа до съответните процедури и различните дейности, свързани с непосредственото оказване на здравната помощ / диагностика, лечение, профилактика, рехабилитация и др. / или по изречение на Донабедиан, “грижите сами по себе си”.
- **Резултатът**, или “изходът” от процеса, отразяващ ефекта от дейността спрямо пациента, като удължаване на живота, намаляване на болката, удовлетвореност на пациента от грижите.

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.

СЗО предлага прилагането на следните **принципи** при обсъждане на проблемите за качеството на здравната помощ:

- прилаганите методи трябва да имат за резултат идентифициране на алтернативите за решаване на проблеми, свързани с подобряване на здравната помощ, въздействащо положително върху физическото, психическото и социално равновесие на пациента;
- при осигуряване на качеството на здравна помощ, следва да се държи сметка за рисковете и ефективността, за да се получи максимална полза с

минимални разходи при възможно най-малко странични увреждания на здравето;

- при разработването на програми за осигуряване на качеството следва да се държи сметка за емоционалните, социалните и технически аспекти на качеството;
- с осигуряване на качеството следва да се ангажират всички здравни специалисти под непосредствената координация на административното ръководство, като то гарантира необходимите ресурси за дейностите по осигуряване на качеството;
- осигуряване на качеството следва да се простира върху цялата организационна структура и да обхваща всички възможни отношения между персонала на качеството;
- мониторинга на качеството и оценките за него следва да са продукт на широк интердисциплинарен екип от специалисти;
- при избора на алтернативни действия за подобряване на качеството следва да се проявява избирателна гъвкавост, съобразно нивото на развитие на науката за отделните специалности.

М. Маринов предлага следното определение на качеството: качеството е съвкупност от признаци, условия и свойства на даден продукт или процедура, използвани в процеса на предоставяне на здравна помощ, задоволяващи изцяло или надхвърлящи очакванията на определена група лица или индивидуален пациент.

Всяка област на познание или действие има своя специфична качествена определеност. Особеностите и предизвикателствата, които трябва да се имат предвид при осигуряване на качеството в системата на здравна помощ се определят от съществуващите гледни точки, компетентността на

участващите в съвместните процедури, развитието на медицинската наука и практика и усъвършенстването на медицинските технологии.

Концепцията на Максвел включва следните измерения на качеството:

- ✓ Достъп до здравната помощ;
- ✓ Релевантност – дали здравната помощ е достатъчна според нуждите. Този показател Максвел съветва да се прилага предимно при оценяване на качеството, в аспект на ползата за цялото общество.
- ✓ Ефективност – когато се прилага и към индивидуалния пациент, може да отчете подобряване или влошаване на състоянието.
- ✓ Равнопоставеност – това включва качеството на здравната помощ да е еднакво за бедни и богати, за различните етнически групи, за граждани и селяни, за млади и стари.
- ✓ Социална възприемчивост – обществото следва да може да възприеме резултатите от оказваната му здравна помощ и съответна цена за нея.
- ✓ Ефективност и икономичност – постигане на необходимия ефект, при минимална ресурсна осигуреност.

СЗО е инициатор за създаването на общоевропейски индикатори за качеството на медицинската помощ, осигурявана в различни области. В миналото най-сериозните дейности по осигуряване на качеството бяха дефинирани и въвеждане на стандарти по пътя на оказване на помощта. Инициативите на СЗО имат за цел измерването на резултатите, свързани с процесите на здравна помощ. Необходимо е индикаторите за резултати на качеството на здравна помощ да са директно подпомогнати от здравните изпълнители, така, че да осигурят възможност за самооценка. Те са един продължително влияещ критерий, при който на основата на резултатите от дейността – професионалистите или институциите могат сами да оценяват работата си като добра или лоша, както и да извършват корекциите. Тази

стратегия не е насочена към наказателни действия спрямо лошите изпълнители, а системен подход по проблема “ качество на здравната помощ”. Събирането на информация за добра дейност и разпространяването ѝ до различни изпълнители в Европа, позволява разкриването и решаването на сходни проблеми. Така започва един динамичен процес, който направлява идентифицирането на най-добрите решения и най-конструктивната им употреба. СЗО има достатъчно опит в това направление – като пример можем да посочим организацията на помощта при диабетиците за подобряване и избягване на усложнения, превенция на хирургическите раневи инфекции и др.

В еволюцията на теорията и практиката на качеството навлиза и все повече се утвърждава разбирането за ролята на потребителя като фактор, както за оценката, така и за формирането на качеството. Потребителят все повече изпъква като “господар на пазара”, с чиито желания, потребности и търсене на даден продукт трябва да се съобразява производителят.

Според Деминг, качеството представлява не постигнато съвършенство, а това, на което разчита пазарът, т.е. потребителите. В този смисъл и Питър Дракър изтъква, че “един удовлетворен клиент е показател за качество”.

Оценката за оказаната медицинска помощ в значителна степен зависи от предварителните очаквания на потребителя. Когато предоставената медицинска помощ надхвърли предварителните очаквания на пациентите, качеството се определя като “отлично”. Ако резултатите от медицинската помощ съвпадат с очакванията на пациентите, тогава тя се оценява като “добра”. В случай че очакванията са били по-големи от предоставената медицинска помощ, то нейното качество се преценява като “лошо”.

Оценката за качеството, извършвана от отделни специалисти базирана само на използването на един показател или изследването на един частичен

проблем, е със съмнителна валидност и често пъти дори вреди. Все по-налагащото се развитие на програми за осигуряване на качеството на здравната помощ, но пак във връзка с резултатите. Според Д. Банта, могат да се използват два пътя за осигуряване на качеството – единият е развитие на информация за ефикасност и безопасност за здравната помощ чрез база данни и вторият е чрез мониторинг на резултатите от нея. Доскоро оценката на технологиите и оценката за качеството на здравната помощ бяха относително независими дейности. Едно конструктивно развитие на системи за осигуряване на качеството на здравна помощ налага включването на оценката на технологиите, като част от развитието на системата за осигуряване на качеството.

Банта предлага следната схема на система за осигуряване на качеството:

- идентифициране на един проблем от практиката
- разследване на възможните източници за проблема
- “технологична оценка”, базирана на литературни и други източници
- синтез на подходящи знания
- развитие на нови указания за качеството
- ревизия на новите указания за качество на експертна група
- разпространение на новите указания
- проверка с обратна връзка от ползвателите до оценителите
- нова технологична оценка или изследвания, оценяващи качеството.

Друг автор – Грийнфилд, предоставя списък от проблеми, които следва да се имат предвид при оценяване на резултатите:

- процеса трябва да се изпълнява резултатно
- измерителите на резултатите трябва да бъдат точни

- тежест на заболяването
- придружаващи заболявания
- оптимално време за наблюдението
- фактори, влияещи на обслужването на пациента
- оценка на разхода и ползата
- наличие на стандарти
- мощност на изследването (при оценяването, оценката да се извършва базирано на достатъчен брой изследвани пациенти).

Според Т. Питърс, факторите за качество, които могат да се прилагат при създаване на система за мониториране и управление на качеството на здравната помощ са следните:

- ръководствата на лечебните заведения трябва да имат идея за качеството и да работят така, че да преследват идеята си
- да се изградят системи за проследяване на качеството
- необходимо е да се намерят измерители на качеството
- необходимо е да се мотивират хората и да се заплаща трудът им за революция в качеството
- да се създаде система за повишаване квалификацията и преквалификацията в самата организация
- да се създадат групи за подобряване на качеството
- да се създадат функционални интердисциплинарни екипи
- да се работи за внедряване на всяка добра идея
- да се взема под внимание мнението на всеки
- в подобряване на качеството следва да се ангажират всички.

Много болници в западноевропейските, централните и източноевропейски държави вече са ангажирани с дейности по осигуряване

на качеството на медицинската дейност. Част от тези дейности са обусловени от външни фактори, като например законодателство по осигуряване на качеството на повечето места са професионалистите и болничните мениджъри, опитвайки се да извършат оценка, контрол и да осигурят процесите по оказване на здравна помощ. Ефектът от това са различни инициативи, наименовани често пъти различно и имащи не винаги един и същи смисъл. Те варират от медицински одит, клиничен одит, тотален мениджмънт на качеството до непрекъснато подобряване на качеството.

Техники за осигуряване на качеството. В хода на изграждане на система за контрол и управление на качеството на здравната помощ е необходимо да се посочат различните видове техники, които ще се използват при оценяване на резултатите от предоставената здравна услуга и действията насочени към непрекъснатото подобряване на качеството ѝ. Техниките са разделени на три основни групи:

- външни техники
- вътрешни техники
- техники, ориентирани към пациента.

Външните техники се организират на основата на провежданата здравна политика и необходимостта от постигане на целите в здравеопазването. Една от възможните външни техники е промяната в законодателството. Чрез изработването на нови закони и нормативни документи се създават възможности за промени, отговарящи на определени потребности на населението от здравна помощ.

Акредитацията е процес, при който всяко лечебно заведение представя възможностите си за качествено извършване на определени процедури, а специална независима външна комисия по акредитирането ги

оценява според определени възприети критерии и определя кои отговарят на тях, след което лечебното заведение получава възможност за извършване на този тип процедура. Тази техника дава възможности за приоритетно поддръждане на лечебните заведения в категории по различни признаци.

Инспекцията е техника, при която качеството се гарантира чрез извършване на периодични проверки на различни нива. Те са механизъм, който все повече следва да се развива. Необходимо е да се следят не само някои видове дейности или дейностите на определени структури, защото заключенията явно ще бъдат недостатъчни или фалшиво позитивни, а следва да се наблюдава целия процес. Когато това е абсолютно невъзможно да се прави, поради обхватния обем, трябва да се определят приоритетно важните елементи за мониториране. Инспекцията изисква да се прави с особено внимание, поради ролята ѝ в широк организационен аспект, даващо възможност в хода на проверките да се извлече нова алтернатива за организационно решение.

Професионални критерии се разработват и въвеждат от специални организации и институции. Създаването на професионални критерии от установени експерти изисква последните да са с утвърден и изявен авторитет, за да може и стандартите да са авторитетни. Не е задължително те да бъдат интегрирани във всички специалности, както и не трябва да бъдат обвързани с осигуряването на ресурси и да зависят от това.

Вътрешните техники включват :

- изграждане на мрежа от стандарти, които да са подходящи за протичащите в организацията и взаимодействащи си процеси и процедури, за да може относително лесно да се определи разликата между стандарта и реално извършвания процес или процедура

- протоколи от проверки, извършвани, докладвани и разпространявани от определена група експерти – протоколите са повече полезни, отколкото заплашващи персонала и в това отношение има доста какво да се направи за промяна на начина на мислене; за отхвърляне на наслоеното убеждение, че след всяка проверка следва кадрова промяна, административно наказание; протоколите установяват какво може и какво трябва да се направи в организацията.
- специфични изследвания – медицинска ревизия. Това е техника, която по-обемна и обхваща предимно и по-цялостно процеса и то с акцент към изхода му. Целта на медицинската ревизия не е да се установяват злоумишлени нарушения, а да се подобрят и предотвратят някои погрешно изпълнявани процедури.
- кръгове по качеството – те не са специфични за системата на здравеопазването.
- тотално управление на качеството – става дума за цялостен процес за създаване на организационна култура и нагласа за качество, практически за изграждане на желание и нова концепция за качеството. Тя изисква всеки член на организацията да действа точно, легално и лоялно. Поставянето на тотално управление на качеството като проблем, трябва да бъде крайна и върхова цел на организацията.

Техниките ориентирани към пациента се разделят на:

- изследване на резултатите от оказваната здравна помощ и афиширането им сред определени групи лица изпълнители – това е истинска мярка за осигуряване на качеството; измерва се общото състояние на организацията и нейното функциониране.

- пациентски наблюдения и социологичната им обработка – тези проучвания имат място особено, когато се изследва задоволството от хотелската част и елементите на болничната среда.

Критерии и стандарти за качество на здравните услуги.

Медицинските технологии се оценяват според тяхната научна валидност, съответствието им с местните здравни потребности, приемливост за населението и за използващия ги здравен персонал. Използването на медицинските технологии като критерии за качеството в здравеопазването крие известна условност, тъй като те са елемент на входа на системата, следователно винаги трябва да се съобразяват останалите критерии за качеството, отнасящи се главно до изхода на системата.

Критериите са обективно измерими показатели, които са елементи на оценяването. Те трябва да отговарят на следните изисквания: да са валидни, надеждни, осъществими, чувствителни и възпроизводими.

За оценяване качеството на здравните грижи се използват не само критерии, а също така стандарти, норми, процедури и протоколи.

Стандартът е създадено ниво за възприемане на изпълнението, чието общо измерване е възможно от оторизирани органи и е насочено към измерване на количество и качество.

Нормата е желано и достижимо равнище на професионалната практика.

Процедурата е серия от действия, предназначена за извършването на дадена рутинна дейност в определена област.

Протоколите са описания на процеси или действия в хода на процеса на осъществяване на здравните грижи. Базират се на стандартите и определят качеството на конкретните процедури в заведението.

Качеството на здравното обслужване трябва да се оценява чрез следните критерии: безопасност, достъпност, адекватност, удовлетвореност на пациента, икономическа и социална ефективност, равенство на шансовете, приемлива цена, крайни резултати от здравното обслужване. Оценката на качеството по тези критерии може да бъде средство за засилване отговорността в процеса на здравното обслужване.

Постановки за качество в здравеопазването. В епохата на хуманизиращото се здравеопазване все по-важен измерител за оценка на качеството става мнението на пациента. В условията на здравно-осигурителната система и пазарни отношения в здравеопазването дори трябва да приемем, че мнението на пациента ще има приоритетна роля при общата оценка на качеството на здравеопазната дейност.

Всяка оценка преследва да установи степента на постигането на целите на системата. Оценката на качеството в здравеопазването трябва да покаже доколко се подобряват резултатите от здравното обслужване, отразени в здравния статус, функционалната дееспособност на населението, психосоциалното благополучие и удовлетвореността на пациентите.

В Националната здравна стратегия година се подчертава, че високото качество на дейностите в здравеопазването е изключително важен здравен проблем и важна стратегическа задача. Преди реформата в здравеопазването хиляди лекари, стоматолози, специалисти по здравни грижи и други специалисти от здравеопазването, са показвали и показват безброй примери и резултати на висококачествена работа в диагностиката, лечението, рехабилитацията, промоцията и профилактиката. Всички тези случаи обаче се дължат на амбицията, способностите, овладяването на знания и умения, стремеж към професионално изявяване и утвърждаване.

Начинът на финансиране на здравните заведения, както и липсата на конкуренция между тях доведоха до постепенна депрофесионализация.

Повишаването на качеството на здравните дейности следва да се осигури на базата на Национална система за осигуряване и непрекъснато развитие на качеството. Националната здравна стратегия поставя следните насоки за управление на качеството в здравеопазването:

- Разработване на цялостна национална система за управление на качеството в здравеопазването, която да обхваща работата във всички здравни институции. Националната система за управление на качеството следва да се основава на концепцията за “тотално управление на качеството”, имаща за цел непрекъснато усъвършенстване при поставяне на акцента върху работата в екип, увеличаване удовлетвореността на потребителя и снижаване на разходите;
- Според целите и приоритетите на Националната здравна стратегия, да се пристъпи към създаване на мрежа от национални стандарти за качество на дейностите в здравеопазването. Националните стандарти трябва да бъдат съобразени със стандартите в други европейски държави;
- Да се пристъпи към въвеждане в лечебните заведения на съвременни техники за оценка и подобряване на качеството на дейността: протоколи за сравняване и оценка, вътрешна анкета, медицинска ревизия (одит) и др. Особено място следва да бъде отделено на провеждането на акредитацията на лечебните заведения като изключително важна техника за осигуряване на качеството, предвиждаща непрекъснат процес на осигуряване и оценка на качеството. Важни моменти в този процес на осигуряване и оценка на качеството са оценката на структурата, процесите и резултатите от извършените дейности, на базата на утвърдените от МЗ критерии и показатели, на които следва да отговаря структурата и

организацията на дейността в лечебното заведение, необходимото оборудване, квалификацията на персонала, както и възприетите стандарти за качество на медицинските услуги. По този начин акредитацията е един напълно законен инструмент за осигуряване на обективна информация, която позволява да се определи мястото на лечебното заведение в съществуващото пространство между един минимум, който ѝ позволява да съществува и един максимум, който я разграничава от останалите лечебни заведения;

- Лечебните заведения трябва да имат програми за реално подобряване и развитие на качеството на дейностите в тях. За управление на процеса по подобряване на качеството лечебните заведения трябва да имат свои органи (комисия, съвет), които да разработват и предлагат програмите в тази област и да извършват мониторинг на тяхното изпълнение. Всяко здравно заведение, независимо от неговия профил или собственост, може да използва свои стандарти за качество, които не трябва да бъдат с изисквания, по-високи от националните;

Акредитацията е процес, насочен към гарантиране на качеството на здравните услуги, стимулиране на стремежа за постигане на по-добри резултати и информиране на медицинските професионалисти и гражданите. Провеждането на **акредитация** у нас е задължителна и се осъществява от специализиран орган по акредитация към Министерството на здравеопазването (Висш акредитационен съвет). Обсъжда се възможността в бъдеще да се създаде самостоятелна независима агенция по акредитация.

Сертифицирането на процесите се използва като по-високо ниво на системи за управление на качеството. При сертифицирането една неангажирана страна потвърждава, че дадена услуга се извършва в съответствие с определени стандарти и се издава сертификат.

Най-разпространени са т.н. ISO стандарти, разработени и утвърдени от ISO – Международна организация по стандартизация. При сертифицирането се оценява и се влияе основно върху структурата и процеса, докато резултатът по-скоро се явява като следствие на добре функциониращи структури и процеси.

ISO 9000 е серия международни стандарти, описващи изискванията към системите за управление на качеството в различни организации и предприятия. Серията стандарти ISO 9000 е разработена от Технически комитет 176 (ТК 176) на Международната организация по стандартизация. В основата на стандартите лежат идеите и постановките на теорията за всеобщ (тотален) мениджмънт на качеството (TQM). Прието е да се смята, че при разработването на първата версия на стандартите ISO 9000 ТК 176 се е ръководил от британския стандарт BS 5750, разработен от Британския институт за стандарти (BSI). На свой ред се смята, че британският стандарт се базира на отрасловите стандарти на военно-промишления комплекс.

ISO 9000 не е стандарт за качество на самия продукт и непосредствено не гарантира високо качество на продукцията. Съответствието с изискванията на ISO 9001 свидетелства за определено ниво на надеждност на доставчика и добро състояние на неговата фирма. От гледна точка на съвременните компании съответствието с изискванията на ISO 9001 е онова минимално ниво, което дава възможност да се излезе на пазара. Самият сертификат за съответствие с ISO 9001 е външно независимо потвърждение, че изискванията на стандарта са постигнати. По мнението на някои експерти процесният подход не следва да се използва в неголеми (по мащаб на операциите) компании: „Работата е там, че процесният подход е настройка към ефективност, а не към адаптивност. Адаптивността е функционално управление, то по-добре се адаптира към промените.“

Целта на серията стандарти ISO 9000 е стабилно функциониране на документираната система за мениджмънт (управление) на качеството на продукцията на предприятието-доставчик. Изходната насоченост на стандартите от серията ISO 9000 е била именно към отношенията между компаниите под формата „потребител/доставчик“. С приемането през 2000 г. на третата версия на стандартите ISO 9000 по-голямо внимание започва да се отделя на способностите на организациите да удовлетворяват изискванията на всички заинтересовани страни: собствениците, сътрудниците (служителите), обществото, потребителите, доставчиците. ISO 9004 поставя акцент върху постигането на устойчив успех. Посочените стандарти помагат на предприятията да формализират системата си за мениджмънт, въвеждайки такива системообразуващи понятия, като вътрешен одит, процесен подход, коригиращи и превантивни действия. Стандартът ISO 9000 е фундаментален, приетите с него термини и определения се използват във всички стандарти на ISO от серията 9000. Този стандарт поставя основата за разбиране на основните елементи на системата за управление на качеството на продукцията съгласно стандартите на ISO от серията 9000. ISO 9000 определя 8 принципа на управление на качеството, а също използването на процесния подход с цел постоянно подобрене. Процесите за създаване на продукцията влизат във (част са от) веригата „доставчик – организация – потребител“. Само тези процеси добавят стойност, защото създават това, което е определено в договора с потребителя, останалото са спомагателни, поддържащи процеси.

Стандартите от серията ISO 9000:2000 се базират на следните принципи:

- **Ориентация към клиента.** Организациите зависят от своите клиенти и затова трябва да разбират техните настоящи и бъдещи нужди, да

изпълняват техните изисквания и да се стремят да надминат очакванията им. Основни ползи:

- Нарастващ доход и пазарен дял, получен чрез гъвкави и бързи отговори на възможностите на пазара.
- Системите за управление на качеството могат да подпомагат организациите при повишаване на удовлетворяването на клиента.
- Увеличаване на лоялността на клиентите.

Поставянето на клиента във фокуса на внимание категорично води към:

- Проучване и разбиране на нуждите и очакванията на клиентите.
 - Гарантиране, че целите на организацията са свързани с нуждите и очакванията на клиентите.
 - Комуникация между нуждите и очакванията на клиентите и организацията като цяло.
 - Измерване на удовлетворението на клиентите и действието му върху резултатите.
 - Систематично управление на отношенията с клиентите.
 - Осигуряване на баланс между задоволените купувачи и други заинтересовани групи (такива като: собственици, доставчици, финансисти, местни общности и обществото като цяло).
- **Ръководене/Лидерство.** Ръководителите създават единство на целите и управлението на организацията. Те трябва да създават и поддържат вътрешна среда, в която хората могат да бъдат напълно включени/въвлечени в постигането на целите на организацията. Основни ползи:
- Хората ще разберат и ще бъдат мотивирани от мисията и целите на организацията.

- Дейностите са оценени, подредени и вградени по обединен начин.
- Липсата на комуникации между отделните звена на организацията ще бъде сведена до минимум.

Поставянето на принципа на ръководене категорично води към:

- Обсъждане на нуждите на всички заинтересовани групи, в това число собственици, доставчици, финансисти, местни общности и обществото като цяло.
 - Изграждане на ясна визия за бъдещето на фирмата.
 - Поставяне на предизвикателни цели и задачи.
 - Създаване и поддържане на споделени ценности, честност и етични модели по всички нива на организацията.
 - Осигуряване на исканите от сътрудниците ресурси, обучение и свобода да действат отговорно.
 - Мотивация, насърчаване, и признаване на приноса на хората.
- **Въвличане/Включване на хората.** Хората от всички нива представляват същността на организацията и тяхното пълно въвличане дава възможност техните способности да бъдат използвани в полза на организацията.

Основни ползи:

- Мотивирани, обвързани и въвлечени в организацията хора.
- Иновации и креативност в постигането на организационните цели.
- Хора, отговорни за техните собствени действия.
- Силно желание на хората за участват и съдействат в бъдещи подобрения.

Представянето на принципа за въвличане/включване на хората категорично води до:

- Разбирането от хората на важността на тяхното участие и роля в организацията.
- Хората търсят и откриват пречките в тяхната работа.
- Хората приемат проблемите лично и поемат отговорността за решаването им.
- Хората развиват постиженията си в съответствие с личните си цели и задачи.
- Хората активно търсят възможности да повишат компетентността, образованието и опита си.
- Хората свободно споделят опит и знания.
- Свободно дискутират проблеми и въпроси.

➤ **Процесен подход.** Желаният резултат се постига по-ефикасно, когато дейностите и съответните им ресурси се управляват като процес. Основни ползи:

- По-ниски цени и по-кратък времеви цикъл, чрез ефективно използване на ресурсите.
- Усъвършенствани, последователни и предвидими резултати.
- Фокусирани приоритети и усъвършенствани възможности.

Прилагането на принципа на процесен подход категорично води до:

- Систематично формулиране на действията необходими за получаване на желания резултат.
- Установяване на ясни отговорности за управление на основните дейности.
- Анализ и оценка на способността на основните дейности.
- Установяване на интерфейс между основните дейности вътре и между функциите на организацията.

- Фокусиране върху факторите: ресурси, методи, материали, които ще подобрят основните дейности на организацията.
- Развиване на рисковете, резултатите и въздействието на изпълнението върху купувачите, доставчиците и другите заинтересовани групи.

➤ **Системен подход към управлението.** Определяне, разбиране и управление на взаимосвързаните процеси като система допринася за ефективността и ефикасността на организацията при постигането на целите. Основни ползи:

- Въвеждане и подреждане на процесите, чрез които най-добре ще се постигне желаният резултат.
- Способност да насочат действията си към ключовите процеси.
- Осигуряване на доверие на заинтересованите групи към работата, ефективността и ефикасността на организацията.

Прилагането на принципа на системен подход в управлението категорично води до:

- Структуриране на система за постигане на организационните цели по най-ефективния и ефикасен начин.
- Разбиране на вътрешната зависимост между процеса и системата.
- Структуриране на предложенията за интегриране и хармонизиране на процесите.
- Осигуряване на по-добро разбиране за ролята и отговорностите, необходими за постигане на общите цели и по този начин намаляване на междуфункционалните бариери.
- Разбиране на потенциалните възможности на организацията и установяване на ресурсни ограничения предшестващи действието.

- Дефиниране на начина, по който трябва да оперират специфичните дейности в системата.
- Непрекъснато подобряване на системата, чрез измерване и оценяване.

➤ **Непрекъснато подобряване.** Непрекъснатото подобряване на дейността на организацията като цяло трябва да бъде постоянна цел на организацията. Основни ползи:

- Проява на предимство посредством напреднали организационни способности.
- Изравняване на напредъка във всички нива на организационните стратегически цели.
- Гъвкавост и бърза реакция.

Издигането на принципа за непрекъснато подобряване категорично води до:

- Постигане на последователна широка организационна подготовка за непрекъснати подобрения в работата на организацията.
- Осигуряване на обучение, за хората в методите и средствата за непрекъснати подобрения.
- Поставяне на непрекъснатите подобрения на продуктите, процесите и системите като цел за всеки член на организацията.
- Установяване на цели и мерки, които да водят до непрекъснати подобрения.

➤ **Взимане на решение, основано на факти.** Ефективните решения се основават на анализ на данни и информация. Основни ползи:

- Информирани решения.

- Нарастваща способност да се демонстрира ефективността на минали решения, позовавайки се на фактически постижения.
- Нарастваща възможност за преразглеждане, поставяне под въпрос и дори промяна на мнения и решения.

Поставянето на принципа за взимане на решения, основани на факти категорично води до:

- Осигуряване на достатъчно точни и надеждни данни и информация.
- Създаване на достъпност на данните за тези, които се нуждаят от тях.
- Анализиране на данни и информация, ползвайки действени методи.
- Вземане на решения и реагиране на базата на фактически анализи, балансирани с опит и интуиция.

➤ **Взаимноизгодни отношения с доставчици.** Организацията и нейните доставчици са взаимно зависими и взаимноизгодните отношения повишават способността и на двете страни да създават ценности. Основни ползи:

- Нарастваща способност за създаване на ценности и за двете страни.
- Гъвкавост и бързина в отговор на промяната на пазара и потребителските нужди и очаквания.
- Оптимизиране на целите и ресурсите.

Издигането на принципа за взаимноизгодни отношения с доставчиците категорично води до:

- Установяване на отношения, които балансират краткосрочните печалби с дългосрочните намерения.
- Събиране на уменията и ресурсите, работейки с партньорите.
- Идентифициране и избор на основни доставчици.
- Ясна и отговорна комуникация.

- Споделяне на информация и бъдещи планове.
- Създаване на съвместни разработки и подобряване на дейностите.
- Вдъхновяващи, насърчаващи и признати от доставчиците подобрения и постижения.

Националната здравноосигурителна каса като институция защитава интересите на здравноосигурените лица в България, насочва усилията си към създаване на предпоставки за въвеждане на система за мониториране и подобряване на качеството. По смисъла на Националния Рамков Договор: “Качествена здравна услуга е тази, която предоставя на всеки пациент достатъчно видове диагностични и терапевтични дейности, осигуряващи най-добър резултат по отношение на здравето, съобразено с актуалното състояние на медицинската наука, при оптималната цена за същия резултат, при минимален ятрогенен риск и при достигане на възможно най-голямо удовлетворение по отношение на процедурите на резултатите и хуманност на здравните грижи“.

Съвременното интерпретиране на проблема за качеството в здравеопазването включва две ключови концепции, с които са съобразени инициативите на НЗОК в тази сфера. С въвеждането на здравното осигуряване необходимостта от измерването на качеството става все по-актуална. Оценяването на качеството предоставя следните възможности:

- улесняват се потребителите и здравните осигурители при извършване на информиран избор по отношение на изпълнителите на медицинска помощ;
- подпомагат се лекарите и пациентите при вземане на решения при лечението или при издаване на направления;
- стимулират се изпълнителите към подобряване на предоставените от тях услуги;

- определя се значението на нова здравна политика или на нова система;
- определя се клиничният аспект при вземане на финансови решения.

Тази оценка е възможна при наличие на ясни стандарти. НЗОК участва в процеса на разработване на националните здравни стандарти. Информация за съблюдаването им се получава от извършените медицински одити от експерти на НЗОК.

Основни принципи на управление на качеството в здравеопазването. Теорията за управление на качеството, определяща необходимостта от насочване към управление на процесите, изисква да се определят компонентите и процесите, като вниманието се фокусира върху естеството на качеството и причините за неговото снижаване, както и върху методите за планиране, усъвършенстване и контролиране на качеството. След определянето на тези основни концепции теорията се разпространява навсякъде, в това число и в областта на услугите. Тя се характеризира със следните принципни постановки:

Продуктивната работа се реализира чрез процесите. Теорията за управление на качеството разглежда всеки човек в една организация като част от един или повече процеси. Работата на всеки участник е да получи работа от друг участник, да добави стойност към тази работа и да я предаде на следващия участник във веригата на процеса. Това често се нарича "тройната роля" на работещия като "клиент", "участник в процеса " и "доставчик".

В областта на здравеопазването, което представлява една комплексна производствена система, повечето от дейностите могат да бъдат разделени на процеси, например процесът на потока от пациенти, който показва движението им в хоризонтален и вертикален ред (от място на място),

процесите на информационните потоци, процесите на материалното снабдяване и др.

В центъра на всички дейности е поставен клиентът. Да се управлява качеството означава да се опитваме да усъвършенстваме капацитета и възможностите на процесите, за да се удовлетворят нуждите на тези, които са обслужвани от процесите и това на практика са " клиентите ". По-невидими остават тези клиенти, които не могат да бъдат определени като преки клиенти. Управлението на качеството определя "моя" клиент като всеки, който зависи от мен.

Многобройните клиенти на болницата са пациентите, но към тях се включват семействата и приятелите на пациента, лекарите, работещи в болницата, другият персонал, финансиращите органи, институциите, които поемат пациента след изписването му и обществото като цяло, което вижда болницата като един от компонентите на общата система на здравеопазване. Следва да се отбележи, че в повечето случаи многобройните клиенти на болницата могат да се намират в конфликт. Например финансиращите здравеопазването органи искат цените да бъдат контролирани, лекарите от своя страна искат да имат достъп до най-модерното оборудване. **Това, разбира се, прави трудно планирането на качеството, обаче не променя основните изисквания, че по-добрата организация може да установи и да удовлетвори нуждите на разнообразните си клиенти в по-далечен план.**

Главният източник на дефекти в качеството е проблем на процеса. Това е ключовата позиция в теорията за управлението на качеството. Редица автори (Е.Деминг, У. Шухард) отбелязват, че се наблюдава доста интересно явление в момента, когато организациите, започвайки да анализират своите процеси, се стряскат от факта, че това са изключително сложни процеси.

Много от процесите, даже тези, които имат централно значение за успехите на организацията, не са добре уредени. Учудващото в повечето случаи е не, че процесите дават дефекти, а че те въобще работят при съществуващата постановка.

Модерната теория за качеството описва събитията, които водят до влошаване на качеството така: увеличаване на цената, която клиентите плащат, неудовлетворяването на нуждите на клиента. Това се отнася за функционирането на процеса, а не до това как хората си вършат работата. Старото разбиране беше, че качеството не е на висота, когато хората извършват "правилни" неща по "неправилен" начин. Новото разбиране е, че дефектите в продукцията нарастват, когато хората правят "неправилни" неща по "правилен" начин. Не винаги добрата дисциплина и инициативите са в състояние да подобрят качеството. Когато хората вършат своята работа както им е казано, както им е определено, напътствията да се прави това по-добре е управленска некомпетентност. Героичните усилия на отделни личности, които се опитват да компенсират недостатъците на процеса не са в състояние да подобрят нещата. Постигането на успех в дадения случай може да стане чрез установяването на истинския враг- грешките в самото протичане на процеса. Усилията следва да бъдат насочени не към хората, които участват в протичащия процес, а към самите процеси.

Втората част на тази теория е, че отговорността за усъвършенстване на качеството е на управляващите. Това се отнася и за конкретното лечебно заведение. Работещите в една болница много рядко могат да контролират или да изменят обстоятелствата в тяхната собствена работа, тъй като обикновено те нямат автономията да извършват това. Управляващите са тези, които следва да усъвършенстват процесите.

Лошото качество струва скъпо. Преследването на целта, това, което се произвежда да е без дефекти, в повечето случаи снижава цената, при това драматично. Преследването на целта да се удовлетвори клиентът, в повечето случаи води да завладяване на съответна пазарна ниша, увеличаване на удовлетвореността на клиентите, но струва повече. Модерната теория на качеството включва двете цели: превенция на дефектите или брака в продукцията и развиване на най-ефективните методи за удовлетворяване на нуждите на клиентите. Лошото качество оказва влияние и върху увеличаване на вътрешната цена, тъй като организацията трябва да преработи това, което е произвела с дефект. Дефектните продукти се бракуват, произвеждат се нови, за да заменят бракуваните. Нещо повече, наличието на дефекти ерозира доверието, лоялността и мотивацията на работещите. Дефектната продукция резултира и върху външната цена, когато контролът не е на висота и тази продукция стигне до клиентите. Те ще бъдат неудовлетворени и ще съобщят за това на своите приятели. Това води до загуба на част от пазара. Клиентите могат да поискат да им се замени дефектния продукт, а това увеличава цената. Целта на всички действия е да се осигури превенция - да няма дефекти. Естествено е, че крайният продукт следва да се оценява, защото той е този, който стига до клиента. В болницата нещата се усложняват още повече, защото както се отбеляза бракувана продукция в здравеопазването не бива да се допуска.

Разбирането на вариабилността на процесите е ключът за усъвършенстване на качеството. Във всеки процес и при всяка оценка се наблюдава вариабилност. Това много добре се илюстрира в областта на медицината. Когато клиничните изследователи правят клинични изпитвания на нови начини на лечение или на нови лекарствени средства, те правят всичко възможно да контролират вариабилността на резултатите сред

отделните лица или подбраните подгрупи. Понастоящем организациите разбират важността на установяването на вариациите при процесите, както и на източниците на тези вариации. Контролът на източниците на вариациите в протичането на даден процес е от съществено значение за повишаване на качеството. Например, ако причината за неритмичното снабдяване на дадена болница с дезинфекционни средства е липсата на установени правила за този процес, то следва да се направи всичко възможно тази причина да бъде отстранена. Разработването на правила, внедряването им в практиката и контролът за спазването им би довело до ликвидиране на тези вариации. Това ще повиши качеството на дезинфекционния режим и на дейностите по предотвратяване на вътреболничните инфекции.

Контролът на качеството следва да се фокусира върху най-важните жизнени процеси. При управлението на качеството във всяка организация и особено в болницата, първо трябва да се определят най-важните компоненти на процесите и вниманието да се насочи към това, те да бъдат контролирани. Този, който се опитва да контролира всичко, често се намира оплетен в измервания и на практика не може да вземе решение и да направи нещо полезно. Осигуряването на качеството при всеки ключов параметър на процеса изисква ясна дефиниция **какво се очаква** на това ниво, **начинът да се определи** това, което се очаква, **начинът да се интерпретира** и пътищата за предприемане на действия за подновяване на контрола, ако това е необходимо.

Модерните пътища за осигуряване на качеството се базират на научното и статистическото мислене. Теорията за управление на качеството е разработена от инженери, статистици, психолози и други представители на различни клонове на науката, които са започнали този процес, поставяйки си научния въпрос: Защо качеството не е на нужната

висота? В областта на медицината се обръщат към лекаря с наличието на някакви симптоми на заболяването. Лекарят полага усилия чрез съответните диагностични методи да намери причината за тези симптоми. Заедно лекарят и пациентът постигат съгласие за това какви изследвания да бъдат направени, какво лечение ще се проведе, след това оценяват резултатите от лечението и определят следващите стъпки на поведение.

При тоталното управление на качеството се прилагат същите методи. Симптомът, който трябва да бъде диагностициран е наличието на някакъв дефект в качеството - например изискванията на клиентите не са удовлетворени. Най-вероятно това е някакъв проблем, който възниква при протичането на процеса на оказване на съответната услуга. Причините могат да бъдат най-различни: може би материалите, с които се работи не са достатъчно качествени, или процедурите не са правилни, или оборудването е повредено, или хората не са подходящо обучени. "Терапевтът" на процеса, точно както и лекарят, следва да проведе съответните диагностични тестове, да формулира специфична хипотеза за причините, да тества тази хипотеза, да обрисова и проведе необходимите мерки и след това да тества резултатите - да определи ефекта от тези мерки. Според науката за управление на качеството по силите на всеки един е да използва научните методи, за да усъвършенства процесите като част от своята ежедневната работа. Изисква се обаче всеки един от работещите да владее тези методи. Това предполага постоянно обучение на всички за провеждането на този контрол. Естествено прилагането на научни методи изисква наличието на съответната база данни. Това, от своя страна, поставя и редица въпроси: Какви данни трябва да имаме, за да определим нуждите на пациента? Какво точно иска този, който зависи от нас? Какво трябва да знаем при определяне на ресурсите, за да удовлетворим нуждите на пациента? От какво точно се нуждаем за дадения

процес? Какво трябва да бъде доставено? Правилно ли е определен процесът на доставката? Стабилен ли е този процес? Извършват ли се предвидените дейности? Как на практика действа процесът? Какъв е неговият изход- постигнали ли сме поставените задачи и пр.

Въвличането на всички участници в процеса на управление на качеството е от изключителна важност. Този принцип изисква идеите и мерките по подобряване на качеството да бъдат подкрепяни от всички участващи. За тази цел всички трябва да бъдат стимулирани да дават идеи за подобряване на качеството. За да могат да дават идеи, участващите в процесите трябва да бъдат обучени на методи, които да им позволяват да идентифицират проблемите. Те трябва да откриват причините, довели до проблемите, да определят действията за решаване на проблемите и да оценяват резултатите, за да се осъществи контролът на ново ниво.

Качество на медицинската помощ в съвременните здравеопазни системи. Здравните системи в Европа преминаха през значителни организационни промени в последното десетилетие. В страните от Източна Европа, включително и в България, бяха проведени значителни здравни реформи, компетентността се смени, въведени бяха нови финансови системи и изпълнението на здравни услуги бе напълно реструктурирано. Следвайки международните тенденции, в европейските страни и в България държавата е отговорна за законодателството, планирането и контрола над здравните услуги, за регулацията на медикаментите и новите медицински технологии, лицензирането на лекарите и създаването на медицински стандарти, за осигуряване на качество на предоставяната медицинска помощ. Здравното осигуряване/застраховане е въведено във всички страни, което е в основата

на финансирането на системата. Акцентът пада върху първичното здравеопазване и представянето на общопрактикуващите лекари като “пазители на входа” на системата.

Най-очевидните проблеми в нашата страна остават свръхпредлагането на услуги, големият болничен капацитет, влошаването на качеството, професионалната квалификация на лекарите, твърде малкото структури за дългосрочна и сестринска помощ и продължаващата борба с разходите в здравеопазването. Развитието на политика на качеството и въвеждането на мерки за осигуряване на качество едва напоследък стават тема в политиката на здравеопазването. Всяка здравеопазна система се състои от неделимото единство и взаимодействието на здравни ресурси, управление, качество на предлаганата здравна помощ и здравни резултати за населението.

Основните причини за въвеждането на мерки за осигуряване на качество обикновено са неприемливите различия в предоставянето, практиката и резултатите на медицинските услуги, неефективните или неефикасни здравни технологии и/или изпълнение, неудовлетвореността на клиентите, неравенството в достъпа до здравни услуги, медицинските грешки, високите обществени разходи за лошокачествени услуги. През ноември 2005 г. Световният алианс за безопасност на пациента към СЗО разработва „Насоки за Система за отчитане на медицинските грешки и нежеланите ефекти“. През 2006 г. Съветът на Европа приема „Насоки за подобряване на безопасността и превенция на нежеланите ефекти в здравеопазването“. Целта и на двата документа е да подпомогнат страните членки в процеса на подобряване или създаване на техните национални системи за отчитане на медицинските грешки. Във всички страни значението на националните политики по качество на здравеопазването е добре осъзнато, има различни закони и регулации, често съществуват определени

отговорности на национално ниво като мерки за целите на качеството, експертни комитети или дори национални координатори по качеството в определени сфери на медицината. Все пак тези функции невинаги са дадени със законодателни правомощия и ресурси на достатъчно координирани дейности по качеството, което, изглежда, е общ проблем.

Основните използвани подходи са регистрацията и лицензирането на лекарите и здравните институции, сертифицирането, продължаващото обучение и квалификация, акредитацията, регистрацията на медикаменти, медицинско оборудване и кръвни продукти, последвано от разработване на **стандарти/инструкции** за практиката и **одитни/контролни ревизии**. В някои страни се провеждат редовни проучвания на удовлетвореността на пациентите. Латвия вече е формулирала политика на качество, включваща систематичен подход с качество на структурата, процесите и резултатите по отношение на изпълнението на всички здравни услуги. Полша и Унгария са включили механизми за стартиране на „Технология за оценка на здравето“. Професионалните организации във всички европейски страни показват голям интерес в създаване на правила за диагностика и лечение за подобряване на всекидневната практика и базиране на действията на научно (доказателствено базирано) вземане на решения.

Осигуряването на качество е от особено значение в дисциплини, които трябва да се докажат в здравната система, като семейната медицина, здравните грижи на сестрите и ролята им в долекуването и продължителното наблюдение на пациентите. С предоставяне на добро качество на услугите те могат да легитимират ролята си в здравната система.

Продължителното медицинско образование (ПМО) има съществен приоритет за повишаване на квалификацията на лекарите и медицинските специалисти. Продължаващото професионално развитие (ППР) има за

резултат повишаване задоволството от работата и е важна страна на професионализма в медицината. ППР е процес, продължаващ извън формалното медицинско и следдипломно обучение, което позволява на отделните лекари да поддържат и подобряват своите стандарти на медицинска дейност чрез усъвършенстване на знания, умения, отношения и функционални елементи. Продължаващото професионално развитие има няколко ключови цели:

- Да гарантира стандартите на професионалната практика;
- Да докаже на обществото и работодателите, че всеки лекар е в крак със съвременната практика и знания, като по този начин гарантира безопасността на пациента;
- Отговорност пред регулаторните власти и съсловието.

Здравноосигурителните компании/институции играят основна роля за подобряване на външния контрол по качеството на услугите, които купуват. Чрез договарянето те могат да влияят на качеството на извършваните услуги от договорните партньори (лекари, здравни институции) в много по-голяма степен, отколкото понастоящем.

На **болнично ниво** има няколко дейности по качеството в европейските страни. Те са предимно **медицински одит, работа в кръга на качеството, акредитацията, медицинските стандарти, участие в награждаване за качество и провеждане на изследвания за удовлетвореността на пациентите**. Разработени са различни модели за финансиране на качеството (например в Унгария около 0,1 процента от целия бюджет са отделени за създаване и работа на система на качество).

Основните препятствия и бариери за широко приложение на осигуряването на качество в българската здравна система на национално ниво са: липсваща национална политика по качеството, стратегия и

финансиране, както и липса на координация на различните дейности. Това е така, защото съответните институции липсват като цяло на национално ниво (центрове по качество, комитети или национални координатори) и/или заради липсата на единни критерии за оценка на качеството или клиничните индикатори. На институционално ниво се отбелязват предимно: съпротивата на лекарите, липсата на адекватна информационна система и допълнителната (предимно административна) натовареност. Няма обучени специалисти по качество, от друга страна преминаването през специализация за мениджмънт по качеството не е задължително да гарантира адекватна позиция в здравната система.

Особено важно е да се приеме, че въпросите по качеството на здравеопазването имат все по-голям приоритет в политическите планове на ЕС. Директивите на ЕС трябва да накарат правителствата да развият национални стратегии по качеството и да създадат законовата рамка за организационна промяна – например въвеждане на системи по качество и мениджъри по качество в организациите. Подкрепа на изследвания, общи проекти, обмяна на опит и индикатори за качество за международно сравнение също могат да бъдат от голяма полза за посрещане на предизвикателствата на бъдещето. Възможности за международното коопериране в областта на осигуряването на качество е добре да се създадат в следните сфери :

- ✓ Качество в болниците и оценката чрез стандарти и акредитация;
- ✓ Установяване на доказателствено базирани правила;
- ✓ Установяване на централна медицинска база данни за системни грешки, сигурност и безопасност на пациента;
- ✓ Развитие на телемедицината;

- ✓ Управление на възникващите предизвикателства в електронното здравеопазване;
- ✓ Участие в съвместни с ЕС проекти в сферата на осигуряването на качество;
- ✓ Участие в групи, семинари, конференции;
- ✓ Обучение и образование за качество, коопериране с ЕС-институции, провеждащи подобни дейности;
- ✓ Създаване на национални системи за отчитане на медицинските грешки.

Законова уредба. В България със Закона за здравето, Закона за лечебните заведения, Закона за здравното осигуряване, Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина, Закона за трансплантация на органи, тъкани и клетки и други се регламентират различни стратегии за подобряване на качеството, което показва значението и мястото на този проблем в националната здравна политика. Най-широко използваните подходи се отнасят до регистриране и акредитация на лечебните заведения, регистрация на лекарства и кръвни продукти, разработване и въвеждане на медицински стандарти за различните медицински специалности, непрекъснато медицинско образование за повишаване на квалификацията на медицинските специалисти. Националната здравноосигурителна каса като институция, която отговаря за финансирането на медицинската помощ, предоставяна от лечебните заведения чрез процеса на договаряне, също играе важна роля за подобряване на качеството на здравните услуги, за които заплаща. Освен това на ниво лечебно заведение са налице редица дейности в областта на качеството: разработване и прилагане на алгоритми за лечение, функциониране на органи за контрол на качеството, провеждане на проучвания за изследване на удовлетвореността на пациентите.

Все още обаче, въпреки извършеното до момента, качеството не е сред високоприоритетните области: не са разработени политика, стратегия и финансови инструменти за неговото гарантиране на национално ниво. България е една от малкото страни в Европа, в която не съществува институция, която да работи предимно в тази област, да осигури съответната законодателна рамка, да мониторира и контролира предоставянето на медицинските услуги. Изпълнителната агенция за медицински одит, създадена от началото на 2010 г., е основно с контролни функции

Очертават се и редица други проблеми от институционално, професионално, законодателно и личностно естество.

1. Институционални проблеми: липса на единна политика в осигуряване и контрол на качеството; дублиращи се контролни функции и чести законодателни и структурни промени, касаещи звената за контрол в различни институции (НЗОК, МЗ); висока натовареност на сега съществуващите експерти, осъществяващи контролни функции в РЗОК, РЗИ – те са малко на брой (особено лекари); тенденция към увеличаване броя на договорите и договорните партньори на НЗОК, извършване на предварителен и последващ контрол, свързан с обемна документация и недостатъчна професионална подготовка на експертите; недостатъчно прецизно прилагане на разработените методики и материали, отнасящи се до контрола; неадекватно използване на наличния инструментариум; недостатъчно ниво на развитие на информационните системи и липса на софтуерни продукти в РЗИ, РЗОК, ИАМО за получаване на ежемесечна информация, необходима за осъществяването на контрола, както и липса на здравно информационни стандарти, за да се извършва административен и медицински одит с последващ анализ; липса на информация на национално ниво и възможност за координация между отделните институции.

2. Професионални проблеми: недостатъчен брой кадри, обучени и убедени в целта на одита; липса на достатъчен брой експерти по специалности с готовност да се занимават с проблемите за качество на здравните услуги; недостатъчна квалификация и познания в областта на качеството и медицинския одит.

3. Организационни проблеми: недостатъчна координация между различни контролни звена; административни затруднения по отношение на издаване на заповеди за проверка, ползване на различни видове констативни протоколи, актове за констатирани нарушения; недостатъчно прилагане на разработения инструментариум за извършване на проверки; недостатъчно техническо обезпечаване на дейностите по инспекциите – транспорт, компютри, средства за комуникация, работни места в проверяваните обекти.

4. Законови проблеми: регламентиране на медицинския контрол в различни закони (ЗЗО, Закон за здравето, НРД и др). в различен обем и задачи, в някои случаи дублиращи се; законът за административните нарушения и наказания е трудно пригодим в областта на здравеопазването.

5. Личностни проблеми: субективизъм при осъществяване на контрола и налагане на санкциите; липса на убеденост и мотивация при изпълнение на дейностите по контрола; негативизъм от страна на проверяваните спрямо дейностите по контрол.

Въпреки тези факти хиляди лекари, стоматолози или други здравни професионалисти са давали и продължават да дават примери за висококвалифицирана работа в процеса на диагностиката, здравната промоция и предпазването от болести. Все пак тяхното отдаване е продиктувано от професионални амбиции, знания, способности и професионална отговорност, а не от официална стратегия за политика по

качеството. Затова основните причини за въвеждане на стратегии по осигуряване на качество са:

- неприемливи различия в представянето, практиката и резултатите;
- неефективни или неефикасни здравни технологии и/или доставки;
- неудовлетвореност на пациентите и обществото;
- високи разходи за обществото (директни и индиректни).

Съществуват възможности за развиване на собствена национална стратегия за подобряване на здравните услуги, базирана на постоянно подобрене на качеството, като се имат предвид трите основни принципа на качеството:

- Фокусиране върху клиента;
- Развитие на процеса;
- Включване на всички участници в процеса на изпълнение на здравни услуги.

Подобрене на качеството на здравните услуги трябва да се реализира на всички нива на здравната система. Развитието на стратегия за националната политика по управление на качеството на здравеопазването, включително и качеството на работата във всички здравни институции, следва да бъде с активното участие на Министерството на здравеопазването, Националната здравноосигурителна каса и професионалните организации на лекарите и стоматолозите. Състоянието на доказателствено базираната медицина, оценката на здравните технологии (ОЗТ) и икономическата оценка на здравните технологии са ограничени. Няма опит в доказателствено базираната медицина и само частичен в ОЗТ. Оценката на здравните технологии в Министерството на здравеопазването е базирана на ползите и риска, а в Националната здравноосигурителна каса – на цената и ефекта.

Към настоящия момент са въведени много важни закони, директиви и програми относно политиката по качеството в контекста на здравната реформа – не само за увеличаване на разбирането за високо качество на услугите на всички нива на системата, но и за придобиване на необходимия опит и способности за прилагане и достигане на целите.

Необходима е обаче цялостна национална стратегия за осигуряване на качеството, което е основна предпоставка за по-добър здравен статус на нацията. В изпълнението на стратегията би следвало да се включат всички участници в здравеопазването, което предполага широка обществена и професионална основа за осъществяване на задачите и целите на стратегията.

Използвана литература:

1. Бонева, С., Качество, стандартизация, стандарти - същност, значение, взаимовръзка.
<http://www.sustz.com/journal/VolumeIII/Number7/Papers/SvetlaBoneva2.pdf>
2. Иванов, Л., Мениджмънт на здравната организация, Ес Ти Либер, София, 1992
3. Националната програма „Медицински стандарти в Република България 2008-2010“ (проект) www.strategy.bg/FileHandler.ashx?fileId=679
4. Попов, М., Б. Давидов, Хуманизираната болница – от концепция към осъществяване, Фондация Отворено общество, София, 2000, с.155.
5. Принципи за управление на качеството. <http://ptu.mf.tu-sofia.bg/lectures/МК/content/principi.htm>
6. Управлението на качеството като задача на управлението на организационното поведение.
http://eprints.nbu.bg/777/1/Management_of_Quality%2C_05.01.07.pdf

7. Drucker, P., *Managing in the Next Society*. New York: Truman Talley Books/St. Martin's Press, 2002.
8. *Guides for healthcare the use of ISO 9001:2000 and ISO 9004:2000* / European Committee For Standardization – Brussels, 2001.
9. Knowles, Gr. *Managing Quality in the 21st Century - Principles and Practice*. 2017, www.bookboon.com

Въпроси за самоподготовка:

1. Какви са възгледите за категорията „качество“ през различните исторически периоди?
2. Какво включва индексът за човешко развитие?
3. Какво е качество на медицинската помощ според критериите на СЗО?

Тема за дискусия:

Считате ли, че акредитацията на здравните заведения в настоящия ѝ вид гарантира високо качество на медицинската помощ?