



ФОНД  
НАУЧНИ  
ИЗСЛЕДВАНИЯ

МИНИСТЕРСТВО НА ОБРАЗОВАНИЕТО И НАУКАТА

*25 години*

**ВИСШЕ УЧИЛИЩЕ ПО АГРОБИЗНЕС И РАЗВИТИЕ НА РЕГИОНИТЕ**  
**Юбилейна международна научна конференция БЪЛГАРИЯ НА РЕГИОНИТЕ**

*Перспективи за устойчиво регионално развитие*

27-28 октомври 2017 г., Пловдив, България



*25 years*

**UNIVERSITY OF AGRIBUSINESS AND RURAL DEVELOPMENT**  
**Jubilee International Scientific Conference BULGARIA OF REGIONS**

*Sustainable Regional Development Perspectives*

27-28 October 2017, Plovdiv, Bulgaria

<http://regions.uard.bg>

## **Study and Analysis of Quality Management Models in Hospital Help**

**Neven Enchev<sup>1</sup>, Petar Petrov<sup>2,3</sup>**

*<sup>1</sup>Multiprofile hospital for active treatment "Medline" – Plovdiv, Bulgaria*

*<sup>2</sup>Multiprofile hospital for active treatment "Escullap" – Pazardzhik, Bulgaria*

*<sup>3</sup>University of agribusiness and rural development – Plovdiv, Bulgaria*

**Abstract:** The principle of choosing a model for organization and quality management has set the axiomatic rule that the production of hospital services is carried out by medical and other specialists (doctors, nurses, midwives, rehabilitators, laboratories, etc.); in all of their production, human capital is decisive. What unites and links the six factors of quality of hospital services (legal status, specific labeling, professional ethics and deontological norms, economic context, consumer pressure and organizational culture), their shared substrate is the human capital and the intellectual capacity it possesses. Because of this, the quality management of hospital services is ultimately the impact and management of people, not of things.

**Keywords:** models, management, quality.

## Проучване и анализ на моделите за управление на качеството в болничната помощ

Невен Енчев<sup>1</sup>, Петър Петров<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>МБАЛ „Медлайн“ - Пловдив

<sup>2</sup>МБАЛ „Ескулап“ - Пазарджик

<sup>3</sup>Висше училище по агробизнес и развитие на регионите – Пловдив

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

**Ключови думи:** модели, управление, качество=

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

Акредитация на лечебните заведения за болнична помощ

Акредитацията е въведена и развита в САЩ през 1917 г. от д-р Ернест Колдман и е била насочена към „признаване на професионално доверие на онези хирургични институции, които реализират своите идеали с високи стандарти за качество, а на онези с по-ниски стандарти, се дават препоръки за подобряване качеството на тяхната работа”. В търсене на подобрения на американския модел в някои страни се прилагат специфични способности за оценка на качеството на болничните услуги. Независимо от различията в детайлите те притежават следните общи черти:

- подлежащите на акредитация болници се оценяват от обучени експерти в регулярни интервали по установени стандарти, критерии и показатели;
- критериите, стандартите и показателите се основават на съвременни знания и опит;

- акредитационният орган присъжда степен и срок на доверие на болниците за качество на оказаните от тях болнични услуги на основата на факти за достигнатото по установени стандарти, критерии и показатели.

- докладите за констатациите включват добри и слаби страни в качеството на оказаните болнични услуги и препоръки за неговото подобряване;

- присъденото от акредитиращия орган доверие за качество на оказваните от болницата услуги е публично.

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

Следва да се подчертае, че доскоро в повечето от действащите в света акредитационни програми бе включено изискването за наличие в болницата на структури и дейности, фиксирани в медицински стандарти и в акредитационни критерии и показатели. През последните години обаче все повече се налага разбирането, че акредитацията не може да изпълни очакванията на обществото, медицинската колегия и източниците, които финансират болничната помощ, ако в акредитационната процедура не се включат и подходи за оценка на качеството на резултатите от оказаните болнични услуги. Ето защо целта на всяка съвременна болнична акредитационна програма е да установи не само усъвършенстване на структурите на болницата и подобряване на извършващите се в тях основни и спомагателни дейности, а както подчертава Shin Ys. (94) и на доказателствата за качество на резултатите от оказаната болнична помощ. Без съмнение този нов подход е по-сложен и изисква специфична, в т.ч. клинична информация, за да подкрепи очакванията от подобна резултатно ориентирана организационна програма.

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

а) същността на здравеопазването;

б) мястото и ролята на всяка болница в реализиране:

- на адаптирана към пациентите политика за организиране на техния прием, обслужване, информираност и зачитане на човешките и гражданските им права;

- на ориентирана към пациентите политика за подобряване и устойчиво развитие на качеството на болничните услуги и за превенция на рисковете при тяхното оказване;

- на здравен и клиничен мениджмънт, основан на доказателства и отчитащ нуждите на пациентите и очакванията на обществото;

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

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

В някои страни (САЩ, Великобритания, Австралия), в които има повече от един акредитационен орган (агенция, комисия, съвет) действат различаващи се по критерии, показатели и методологии акредитационни програми. Това

„пазарно” поведение на взаимноконкуриращи се акредитационни органи понякога води до объркване на болниците при избора им на акредитационна програма, а не рядко и до възникване на нелицеприятни юридически диспути между самите акредитационни органи.

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

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

а) Акредитацията подобрява грижите за пациентите.

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

б) Акредитацията засилва доверието на обществото в болниците.

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

в) Акредитацията провокира професионализъм при препращане на пациенти.

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

г) Акредитационният процес е и образователен.

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

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

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

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

Заслужава отбелязване на факта, че литературата, подкрепяща тази интуитивна допустимост, е твърдо ограничена. Използвайки непредубедени научноизследователски критерии, едно системно проучване, извършено от Jarlier A. и Chavet-Protats, (6) показва, че през периода 1992-2000 г. са публикувани само 12 статии: 9 в САЩ, 1 във Великобритания, 1 във Франция и 1 в Австралия), които свързват намаляването на разходите с подобряване на качеството. От дванайсетте статии шест се отнасят до общото качество на мениджмънта, три - за „скритите“ разходи, и три - за предотвратяване на неблагоприятни събития.

ж) Акредитационната оценка се ползва от здравноосигурителните и здравнозастрахователните организации.

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

з) Jackson S. (6) подчертава, че наблюдаваният се в последно време интерес от правителствени органи и неправителствени организации към акредитацията в много страни контрастира с миналото, когато качеството на болничните услуги беше смятано за строго специфична област на медицинския професионализъм. Този интерес в отделни страни е толкова силен, че в тях акредитацията е станала част от регулативния процес на контрол от страна на правителството и гражданското общество. Основна причина за това е, че когато пазарни структури се развиват в здравните системи, правителството и обществеността са заинтересовани потребителите да получават качествени болнични услуги, основаващи се на съвременни медицински стандарти.

и) Акредитацията може да доведе до намаляване на застрахователната премия.

С подобряване (в резултат на акредитацията) на управлението на рисковете в болниците се изграждат системи за безопасна практика, водещи до намаляване на премията на застраховките. Паралелно с това редовните вътрешни одити, съчетани с периодични външни такива, дават полезна информация за своевременно отстраняване на пропуски, пораждащи жалби от пациенти или от финансиращи болницата организации.

Организиране и провеждане на акредитацията в някои страни  
Акредитация в Испания – провинция Каталуния:

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

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

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

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

Алгоритъмът на акредитационната процедура включва следните етапи:

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

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

- от страна на KFOA: избор на отговорник за болницата и изпращане на наръчник за самооценяване;

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

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

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

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

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

а) заявление на лечебното заведение до JCAHO; б) планиране на посещението от JCAHO;

в) подготовка на визитата;

г) извършване на визита (външния одит) от JCAHO; д) изготвяне на акредитационен доклад;

е) присъждане на оценка и издаване на акредитационен сертификат.

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

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

Полето на болничната акредитационна процедура обхваща (12):

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

б) качеството на административния прием на пациентите;

в) качеството на клиничните практики за диагностика, лечение, рехабилитация;

г) качеството на грижите и храненето на пациентите; д) качество на болничната хигиена;

е) сигурността и безопасността на пациентите и на болничния персонал;

ж) воденето, защитата и обмена на информацията в пациентската документация и др.;

Алгоритъмът на акредитационната процедура включва следните етапи:

а) заявление на болницата до ANAES за провеждане на акредитация;

б) изпращане от ANAES на болницата „Наръчник за самооценяване и акредитация“;

в) самооценяване на лечебното заведение за болнична помощ и изпращане на доклад в ANAES;

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

д) извършване от експертната група на външната оценка и изготвяне на стандартен акредитационен доклад с препоръки, които ANAES адресира до болницата и регионалния директор на здравеопазването;

е) възможност за обжалване на констатациите на експертната група;

ж) присъждане от ANAES на акредитационна оценка за ниво и максимален срок до 3 години.

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

Целите на програмата ALPHA са:

- да демонстрира в международен мащаб, че акредитацията е надежден оценъчен процес;

- да демонстрира, че външната обективна оценка на дадена акредитираща организация е възможна и желателна и че има средства за нейното осъществяване;

- да отговори на непрестанната необходимост от наличие на организационна структура, чрез която могат да бъдат споделени знанията и опита относно акредитацията.

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

## **Литература**

1. Bergrem, H. Five years with the St Vincent Declaration: Report Based on 1994 Questionnaires Completed by the St Vincent Declaration Liaison Persons of WHO/EURO members states – Copenhagen: WHO R.O, for Europe, 1995.
2. Culver, A.J. Health, health expenditures, and equity/ Equity in the finance and delivery of health care. An International Perspective. Oxford University Press.1993.
3. Daniels, N. Just Health Care – Cambridge University press 1985.
4. De Roo A. Contracting and solidarity: market- oriented changes in Dutch health insurance schemes – Buckingham: Open Univ. Press. 1995.
5. Deming, W.E. Quality productivity and Competitive Position. Cambridge Massachusetts: MIT Center for Advanced Engineering Study. 1982.
6. Enkin, M. Guide to Effective Care in Prignancy and Childbirth- Oxford univ. Press, 1995
7. Esping- Andersen G. The Three Worlds of Welfare Capitalism. Princeton University Press 1990.
8. Fischer, F. Technocracy and the Politics of Expertise – Newbury Park: Sage,1990.
9. Fuchs, V.R. Physician – induced demand: a parable.
10. Glaser, W.A. Health insurance in Practice – San Francisco: Jossey Boss.1991.
11. Fischer, F. Technocracy and the Politics of Expertise – Newbury Park: Sage,1990.
12. Fuchs, V.R. Physician – induced demand: a parable.
13. Glaser, W.A. Health insurance in Practice – San Francisco: Jossey Boss.1991.
14. Guattari, F. Pour une refondation des pratique sociales / Le mondel Diplomatique-1992.
15. Guid metodologique pour L’auto-Evaluation, Service Evaluation et Qualite-DIREQ-DMP, Hopital Bicetre, Mai 1998, APHP – Paris.
16. Habermans, J. Theorie de L’agir Communicational – Paris: Fayard, 1987.
17. Peckham, M. Research and development for the national health service. Lancet. 1991.
18. Petersen, L.K. Hospital Financing in Denmark – Paris: Organization for Economic Cooperation and Development. 1995.
19. Preker, A.S. Feachem R. Searching for the Silver Bullet: Market Mechanisms and the Health Sector in Central and Eastern Europe. Washington W.B. 1987.
20. Rice, T. Demand curves economists and desert is lands in a response to Feldman and Dowd/J. Health Econ. 1993.