



Национален център по общественото здраве и анализи

Дирекция
„Промоция на здраве и превенция на болестите”

Д-р Марин Бойков Пенков

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

АВТОРЕФЕРАТ

на дисертационен труд за присъждане
на образователна и научна степен „Доктор”

Научна специалност:
„Социална медицина и здравен мениджмънт“

Научни ръководители:

Доц. д-р Наташка Данова, дм
Проф. д-р Златица Петрова, дм

Официални рецензенти:

Проф. д-р Пламен Димитров, дм
Доц. д-р Таня Чолакова, дм

София, 2018

Дисертационният труд съдържа 179 страници, включващи 4 таблици, 14 фигури и 3 приложения. Библиографията се състои от 101 литературни източници, на кирилица и латиница.

Във връзка с дисертационния труд са публикувани 3 статии.

Номерацията на таблиците и фигурите не отговаря на тези в дисертационния труд.

Дисертационният труд е обсъден и предложен за защита на 04.06.2018 г. на колегиум на дирекция „Промоция на здраве и превенция на болестите”.

Материалите по защитата са на разположение в секретариата на Научния съвет към НЦОЗА, както и на сайта на НЦОЗА: <http://ncpha.government.bg>

ВЪВЕДЕНИЕ

Живеем във време, в което европейските страни са в процес на политически, социални и икономически промени. Всички европейски здравни системи, като огледало на обществото, също са в непрекъснат процес на промени и реформи. Тези промени оказват влияние и на главните фигури, участващи в националните системи за здравеопазване:

1. Пациенти
2. Медицински специалисти
3. Лечебни заведения
4. Държава и здравна администрация

Всички европейски здравни системи днес са изправени пред сходни ситуации и проблеми: застаряване на населението, напредък на медицинските технологии, нарастваща стойност на здравните услуги, необходимост от постигане на ефикасност и ефективност при изразходваните в здравеопазването финансови средства, загриженост за качеството на здравните услуги. В стремежа им да търсят *сходни решения* на тези сходни проблеми се оказва, че решението за подобряване и устойчиво развитие на качеството на здравните услуги с контролния инструментариум на стандартите от серията ISO 9001 е един от важните процеси за реална конвергентност на европейските здравни системи.

Считаме, че подобна реална конвергентност по проблема “*качество на здравните услуги*” е не само желателна, но и необходима и за нашата болнична помощ. В случая се позоваваме на следните пет концептуални правила, съгласно които:

1. Качество в лечебно заведение за болнична помощ е степента, в която дейностите непрестанно създават търсените и/или желаните от пациентите болнични услуги, когато същите имат нужда от тях и без влошаване на изпълнението им.

2. Изходна точка на качеството в лечебното заведение за болнична помощ е връзката с пациента, която определя и описва формата, по която се работи с него чрез различните болнични услуги и грижи;

3. Важно изискване за качество на болничната помощ е определянето на това, което е нужно на пациента от гледна точка на клиничната дейност (изследвания, лечение, рехабилитация) и да е сигурно, че тази дейност ще бъде извършена по подходящ начин от специалисти, на основата на придобити знания и умения и с ресурсите, с които разполагат;

4. Знаков индикатор за качеството на болничната помощ е формата, под която болничният персонал се отнася към болничния пациент и неговите близки, защото една физически или душевно увредена личност, под въздействието на болката и загрижеността за оцеляването си е силно чувствителна на ергономичните и социалните аспекти на болничната среда по време на прилаганите му процедури;

5. Високото качество на здравните услуги и създаването на условия за неговото устойчиво развитие е задължителен етичен и обществен императив за всяко лечебно заведение за болнична помощ, предвид приноса му за укрепване на здравето, повишаване работоспособността и удължаване творческото дълголетие на лекуваните в него пациенти.

Съобразявайки се, както с ускорено протичащите новаторски организационни промени в българските лечебни заведения за болнична помощ, така и с потребността от конвергентност по проблема “качество” на произвежданите от тях здравни услуги, се стигна до извода, че всяка инициатива за изследване на проблеми в тази област на Public Health би била полезна. Особено ако подобна инициатива се основава на съвременните европейски практики за разработване и внедряване на системи за управление на качеството в лечебните заведения, ориентирани преди всичко към интересите на пациента.

Подобна съдържателност на настоящето изследване, трябва да финализира с мотивирани предложения за реновация на действащата у нас система за оценяване качеството в лечебните заведения за болнична помощ, основаваща се на следните опорни точки:

1. Адаптирана към пациентите политика на болницата за организация на техния прием, обслужване, информираност и зачитане на човешките и гражданските им права.

2. Ориентирана към пациентите политика за подобряване и устойчиво развитие на качеството на болничната помощ и за превенция на рисковете при нейното оказване.

3. Управление на болницата в полза на оказваните на пациента болнични услуги.

4. Ресурсно осигуряване, организация на дейностите и вътрешния ред в болничните структури, като важен компонент от условията за оказване на качествени услуги на хоспитализирани пациенти.

В настоящето проучване се разглеждат сложните проблеми, които трябва да стоят в центъра на вниманието на ръководителите на лечебните заведения за болнична помощ. За тази цел то се опира на лечебните заведения за болнична помощ. За тази цел то се опира на различни аналитични гледни точки и се основава, както на теоретични постановки, така и на опита от практиката при решаване на актуални проблеми, касаещи *качеството на болничните услуги* в условията на ограничения в тяхното финансиране. В него са включени, както данни от редица дисциплини: обществено здравеопазване, организационно поведение и икономика, така и от дейността на УМБАЛ “Св. Ив. Рилски” ЕАД – София.

I. МЕТОДОЛОГИЯ НА ПРОУЧВАНЕТО

1. Работна хипотеза, цел и задачи

Работна хипотеза на изследването

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

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

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

- действащият модел за смесено (социално здравно осигурително + частно здравно застрахователно + бюджетно + „джобно“) финансиране на здравните услуги и произтичащите от него смесени подходи за тяхното перспективно лимитиране и ретроспективно заплащане води до некоординираност на държавния, обществения и здравноосигурителния контрол върху качествените еквиваленти на разходвания за медицинска помощ съвкупен финансов ресурс
- повърхностните разчети за потребностите на населението от качествени здравни услуги, както и финансовите бариери, пред които се изправят регламентираният от Закона договарящи се страни са причина за подценяване на проблемите за качество на медицинската помощ в ежегодните Национални Рамкови Договори и в индивидуалните договори с изпълнителите на здравни услуги.
- липсата на стабилна стратегическа визия за усъвършенстване на организацията и управлението на качеството на здравните услуги е причина за честата промяна на приоритетите под влияние на конюнктурни политически и корпоративни интереси и за непрекъснатата еквилибристика от страна на изпълнителната власт, Националната здравно осигурителна каса и съсловните организации на лекарите и зъболекарите в хода на реформата в здравеопазването
- субекти на качеството на здравните услуги са: лекарят или друг професионалист (носител на съответна компетентност и притежаващ професионален еталон за качество) и потребителят на здравни услуги (пациент, други заинтересовани лица и организации),

който също носи своя специфична компетентност и потребителски еталон за качество.

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

ЦЕЛ

Целта на проучването е да се направи оценка на внедрената в болницата система за организация и управление на качеството ISO 9001:2008.

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

ЗАДАЧИ

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

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

2. Материал и методика

Обект на наблюдение:

Болнично лечебно заведение УМБАЛ "Св. Иван Рилски" ЕАД София

Единици на наблюдение

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

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

Единици на изследването са

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

Време на проучването

По своя характер проучването е като моментно изследване в болничното заведение. Посредством анкетни проучвания на персонала 20.01.2016г. до 20.05.2016г.

Място на проучването

Място на проучването са клиниките и отделенията разкрити към момента на проучването в УМБАЛ “Св. Иван Рилски” ЕАД София

Методи на проучването

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

а) *Чуждестранни и български литературни източници.* Това са публикувани статии, монографии, реферати и ръководства, в които се третираат въпросите на организацията и управлението на качеството изобщо и в частност – на способите за неговото теоретично осмисляне и практическо приложение в съвременното лечебно заведение. Тъй като интересът към проблемите в тази област е голям, публикациите дори само по управление на несъответствията между потребностите от качествени здравни услуги и възможностите за тяхното предоставяне са значителни по брой, както в специализираните, така и в редица други издания. Литературният обзор в настоящата разработка съдържа подробен анализ на основните публикации и ръководства по изследвания проблем.

б) *Международни анализи и доклади,* отразяващи състоянието на качеството в здравеопазването. Това са издания на World Health Organization, WORLD BANK, European Observatory on Health Care Systems и др.

в) *Закони и подзаконовни нормативни актове:* Закон за Здравето, Закон за лечебните заведения, Закон за здравното осигуряване, Закон за професионално-

съсловните организации на лекарите и зъболекарите, Закон за съсловната организация на професионалистите по здравни грижи, Наредби за критериите, показателите и методиката за акредитация на лечебни заведения, Наредби за утвърждаване на медицински стандарти и други.

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

Методите, приложени в изследването, са както следва:

а) метод на систематизация и анализ на информацията от литературни и документални източници;

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

Зададените въпроси са групирани в следните направления:

1. Организация и управление на работния процес

2. Качество, достъпност и своевременност на предлаганата услуга

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

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

д) документален метод

II. СОБСТВЕНИ РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

Проведено е проучване сред персонала на УМБАЛ „Иван Рилски“ ЕАД – София. УМБАЛ „Св. Иван Рилски“ ЕАД София е лечебно заведение, осъществяващо дейността си въз основа на издадено от Министъра на здравеопазването Разрешение за осъществяване на лечебна дейност по реда на чл. 46 от Закона за лечебните заведения. Последното Разрешение е с № МБ-112 от 16.12.2015 г. Съгласно горепосоченото разрешение УМБАЛ „Св.Иван Рилски“ЕАД, гр. София може да осъществява следните дейности:

- диагностика и лечение на заболявания, когато лечебната цел не може да се достигне в условията на извънболнична помощ;
- рехабилитация;
- диагностика и консултации, поискани от лекар или лекар по дентална медицина от други лечебни заведения;
- клинични изпитвания на лекарствени продукти и медицински изделия съгласно действащото в страната законодателство;
- учебна и научна дейност по следните медицински специалности:
 - вътрешни болести;
 - нефрология;
 - гастроентерология;
 - кардиология;
 - ревматология;
 - ендокринология и болести на обмяната;
 - нервни болести;

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

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

Клиники и отделения с легла: с общо 383 легла към 30.06.2017г.; с 20 диализни поста; с 2 легла за дневна системна противотуморна терапия с краткосрочен престой /до 12 часа/ и с 6 легла за дневна химио-/хемотерапия, разпределени в 7 клиники и 4 самостоятелни отделения, както следва:

1. Клиника по Гастроентерология - с III-то ниво на компетентност в изпълнение на медицински стандарт „Гастроентерология” 50 легла;
2. Клиника по Нефрология – с III-то ниво на компетентност в изпълнение на медицински стандарт „Нефрология” 36 легла;
 - 2.1. Отделение по Нефрология - с III-то ниво на компетентност в изпълнение на медицински стандарт „Нефрология” 36;
 - 2.2. Отделение по Диализно лечение - с III-то ниво на компетентност в изпълнение на медицински стандарт „Диализно лечение” 20 диализни поста;
3. Клиника по Нервни болести - с III-то ниво на компетентност в изпълнение на медицински стандарт „Нервни болести” 20 легла;
4. Отделение по Анестезиология и интензивно лечение - с III-то ниво на компетентност в изпълнение на медицински стандарт „Анестезия и интензивно лечение”.
5. Клиника по Неврохирургия - с III-то ниво на компетентност в изпълнение на медицински стандарт „Неврохирургия” 70 легла;

6. Клиника по Ревматология - с III-то ниво на компетентност в изпълнение на медицински стандарт „Ревматология” 73 легла;
7. Клиника по Професионални заболявания - с III-то ниво на компетентност в изпълнение на медицински стандарт „Професионални болести” 30 легла;
 - 7.1. Отделение по Белодробни заболявания - с II-ро ниво на компетентност в изпълнение на медицински стандарт „Пневмология и фтизиатрия”;
 - 7.2. Отделение по Ушно-носно-гърлени болести - с II-ро ниво на компетентност в изпълнение на медицински стандарт „Ушно-носно-гърлени болести”;
 - 7.3. Отделение по Нервни болести - II-ро ниво на компетентност в изпълнение на медицински стандарт „Нервни болести”;
 - 7.4. В клиниката се осъществява дейност и по медицинската специалност „Клинична токсикология” с II-ро ниво на компетентност в изпълнение на медицински стандарт „Клинична токсикология”;
8. Клиника по Клинична хематология - с III-то ниво на компетентност в изпълнение на медицински стандарт „Клинична хематология” 55 легла;
 - 8.1. Отделение по Медицинска онкология - с II-ро ниво на компетентност в изпълнение на медицински стандарт „Медицинска онкология” 15 легла;
 - 8.2. Отделение по Клинична хематология - с III-то ниво на компетентност в изпълнение на медицински стандарт „Клинична хематология” 55;

9. Отделение по Хирургия - с II-ро по ниво на компетентност в изпълнение на „Общи медицински стандарти по хирургия, неврохирургия, гръдна хирургия, кардиохирургия, съдова хирургия, детска хирургия, пластично-възстановителна и естетична хирургия и лицево-челюстна хирургия 14 легла;
10. Отделение по Физикална и рехабилитационна медицина – с III-то ниво на компетентност в изпълнение на медицински стандарт „Физикална и рехабилитационна медицина” 20 легла;
11. Отделение по Лъчелечение - с III-то ниво на компетентност в изпълнение на медицински стандарт „Лъчелечение” 5 легла.

Клиники и отделения без легла:

1. Отделение Образна диагностика - III-то ниво на компетентност в изпълнение на медицински стандарт „Образна диагностика”;
2. Отделение по Нуклеарна медицина - III-то ниво на компетентност в изпълнение на медицински стандарт „Нуклеарна медицина”;
3. Отделение по Клинична фармакология и терапия.

Клиничко-диагностични структури:

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

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

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

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

- **Консултативно-диагностичният блок, включва:**
 - Звено „Регистратура”;
 - Звено Контрол на инфекциите;
 - Приемно-консултативни кабинети на клиники и отделения;
 - Кабинет по очни болести;
 - Кардиологичен кабинет;

- Кабинет по вътрешни болести;
- Неврологичен-ЕЕГ кабинет;
- Отделение по Образна диагностика с направления: конвенционална образна диагностика, компютърна и магнитно-резонансна томография и инвазивна образна диагностика, и интервенционална рентгенология /ангиограф/;
- Отделение по Нуклеарна медицина;
- Клинична лаборатория с дейности по:
 - Лабораторни изследвания при порфирии и молекулярна диагностика на вирусните заболявания на черния дроб;
 - Лаборатория по Клинична имунология;
 - Лаборатория по Клинична патология;

Проучването е проведено през 2016 г. от януари до май, като в него са включени общо 116 реципиента. От тях 9 началника на отделения, 42 лекари и 65 професионалиста по здравни грижи от всички отделения в болницата. Бяха използвани специално разработени анкетни карти за трите категории персонал. Анкетните карти са представени в приложенията на дисертационния труд.

Средната възраст на началниците на отделения е 57,3 г. и среден трудов стаж – 11,1 години. (таблица 1).

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

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

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

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

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

В таблица 3 са представени средната възраст и трудов стаж на специалистите по здравни грижи. Те са със средна възраст от 47,3 г., и със 24,4 г. среден стаж. Също както при лекарите, техните отговори заслужават задълбочен анализ.

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

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

Анализ на данните от анкетните карти

I. НАЧАЛНИЦИ НА ОТДЕЛЕНИЯ

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

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

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

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

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

Резултати

Фигура 1.



Според началниците на отделенията наложително е усъвършенстването на **управлението на логистичните дейности, информационните процеси и комуникационните потоци в болницата и организацията и информационното осигуряване на приема на пациенти в болницата** – 88,9%, докато само според 33,3% от тях, **общовалидните за всички болнични клиници изисквания за организация и вътрешен ред** се нуждаят от усъвършенстване. Прави впечатление много малкият процент 44,4% утвърдителни отговори при въпросите, касаещи усъвършенстването на

системите за превенция на лекарствения, анестезиологичния и хемотрансфузионния риск.

Водещо място заемат:

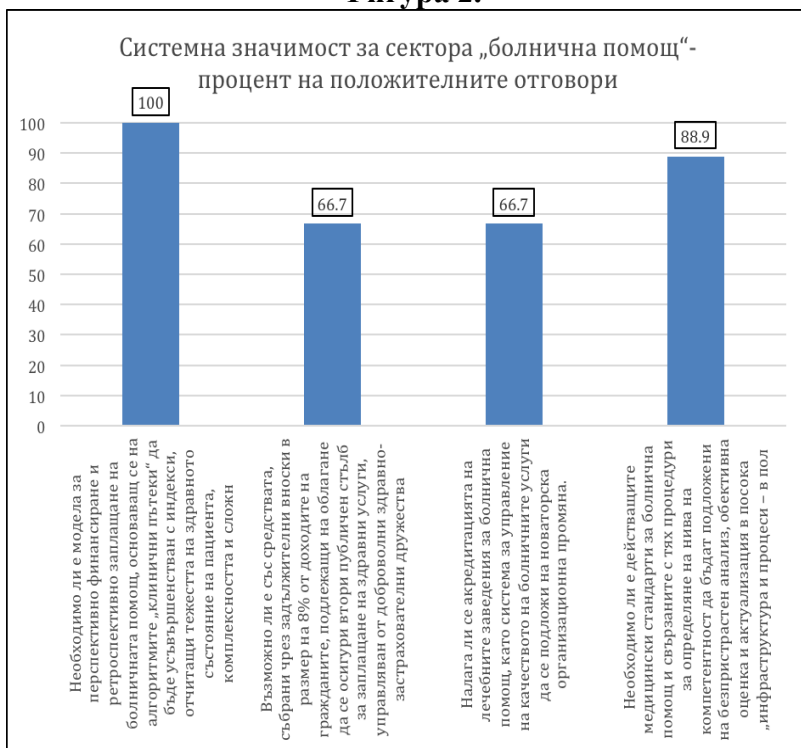
1. *Организацията, съдържанието и управлението на пациентското досие и*
2. *Системата за превенция на злоумишлени действия, за контрол на професионалните рискове и създаване на добра организация за материална бдителност – 77,8% от началниците считат, че те се нуждаят от усъвършенстване.*

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

- Необходимо ли е моделът за перспективно финансиране и ретроспективно заплащане на болничната помощ, основаващ се на алгоритмите „клинични пътеки“, да бъде усъвършенстван с индекси, отчитащи тежестта на здравното състояние на пациента, комплексността и сложността на лечението му
- Възможно ли е със средствата, събрани чрез задължителни вноски в размер на 8% от доходите на гражданите, подлежащи на облагане, да се осигури втори публичен стълб за заплащане на здравни услуги, управляван от доброволни здравно-застрахователни дружества
- Налага ли се акредитацията на лечебните заведения за болнична помощ, като система за управление на качеството на болничните услуги, да се подложи на новаторска организационна промяна.

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

Фигура 2.



Резултати:

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

66,7% от анкетираните считат, че е възможно със средствата, събрани чрез задължителни вноски в размер на 8% от доходите на гражданите, подлежащи на облагане, да се осигури втори публичен стълб за заплащане на здравни услуги, управляван от доброволни здравно-застрахователни дружества. Също толкова от тях считат, че се налага акредитацията на лечебните заведения за болнична помощ, като система за управление на качеството на болничните услуги, да се подложи на новаторска организационна промяна.

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

II. ЛЕКАРИ

Анкетните карти за лекарите включват набирането на информация, която цели отговор на следните въпроси, свързани с:

1. Организацията и управленията на качеството на приема, диагностиката, лечението и грижите за хоспитализираните пациенти
2. Необходимостта от повишаване на компетентността по качествени аспекти на извършваната от тях дейност
3. Влиянието на професионалната и психосоциалната характеристика на работното място върху качеството на болничните дейности

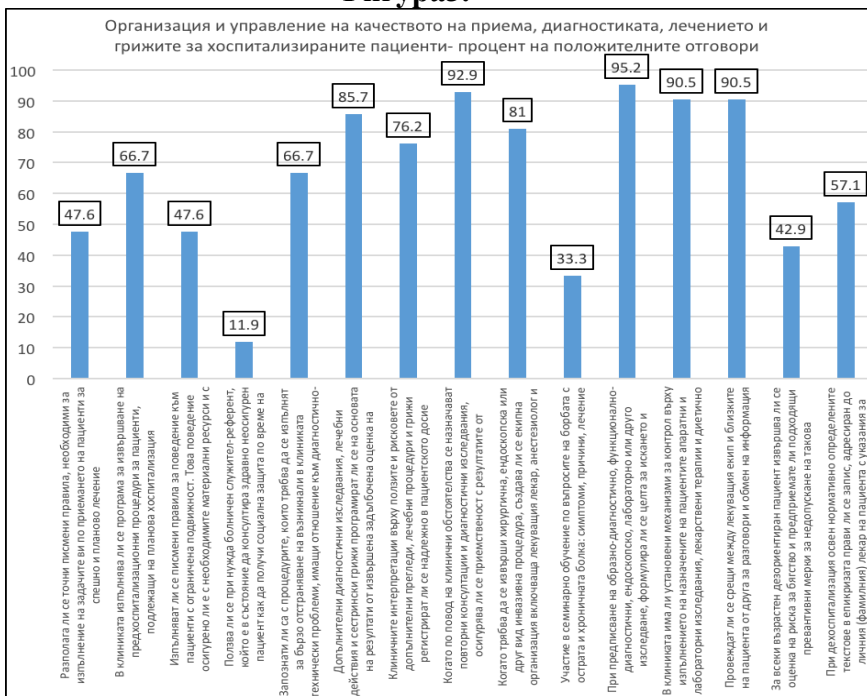
Първата група въпроси имат за цел да изяснят конкретно:

- Разполага ли се точни писмени правила, необходими за изпълнение на задачите ви по приемането на пациенти за спешно и планово лечение
- В клиниката изпълнява ли се програма за извършване на предхоспитализационни процедури за пациенти, подлежащи на планова хоспитализация
- Изпълняват ли се писмени правила за поведение към пациенти с ограничена подвижност. Това поведение осигурено ли е с необходимите материални ресурси и с облекчен достъп до общо болничните структури с диагностично - консултативни функции (лаборатории, кабинети за специализирани изследвания и др.)
- Ползва ли се при нужда болничен служител-референт, който е в състояние да консултира здравно неосигурен пациент как да получи социална защита по време на болничния му престой

- Запознати ли са лекарите с процедурите, които трябва да се изпълнят за бързо отстраняване на възникнали в клиниката технически проблеми, имащи отношение към диагностично-лечебния процес
- Допълнителни диагностични изследвания, лечебни действия и сестрински грижи програмират ли се на основата на резултати от извършена задълбочена оценка на здравословното състояние на пациента?
- Клиничните интерпретации върху ползите и рисковете от допълнителни прегледи, лечебни процедури и грижи регистрират ли се надлежно в пациентското досие
- Когато по повод на клинични обстоятелства се назначават назначават повторни консултации и диагностични изследвания, осигурява ли се приемственост с резултатите от извършените преди това аналогични процедури
- Когато трябва да се извърши хирургична, ендоскопска или друг вид инвазивна процедура, създава ли се екипна организация включваща лекуващия лекар, анестезиолог и други специалисти, имащи отношение към лечението на пациента
- Участие в семинарно обучение по въпросите на борбата с острата и хроничната болка: симптоми, причини, лечение
- При предписване на образно-диагностично, функционално-диагностични, ендоскопско, лабораторно или друго изследване, формулира ли се целта за искането и клиничните аргументи за него
- В клиниката има ли установени механизми за контрол върху изпълнението на назначените на пациентите апаратни и лабораторни изследвания, лекарствени терапии и диетично хранене.

- Провеждат ли се срещи между лекуващия екип и близките на пациента от друга за разговори и обмен на информация
- За всеки възрастен дезориентиран пациент извършва ли се оценка на риска за бягство и предприемате ли подходящи превантивни мерки за недопускане на такова
- При дехоспитализация освен нормативно определените текстове в епикризата прави ли се запис, адресиран до личния (фамилния) лекар на пациента с указания за медицинско наблюдение и сестрински грижи в домашна обстановка, ако такива са необходими

Фигура 3.



По отношение на организацията и управлението на качеството на приема, диагностиката, лечението и

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

Над 90% от лекарите считат, че

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

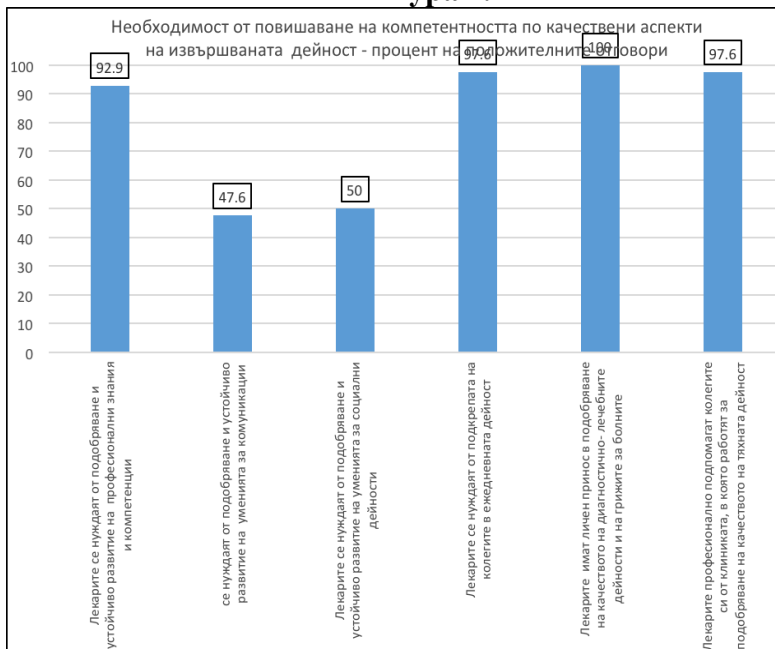
Едва 11,9% от лекарите ползват при нужда болничен служител-референт, който е в състояние да консултира здравно неосигурен пациент как да получи социална защита по време на болничния му престой. Факт който подлежи на внимателен анализ относно бъдещето място на служителите-референти и здравни медиатори,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

Втората група въпроси има за цел да изясни дали лекарите:

- се нуждаят от подобряване и устойчиво развитие на професионалните знания и компетенции
- се нуждаят от подобряване и устойчиво развитие на уменията за комуникации

- се нуждаят от подобряване и устойчиво развитие на уменията за социални дейности
- се нуждаят от подкрепата на колегите в ежедневната дейност
- имат личен принос в подобряване на качеството на диагностично- лечебните дейности и на грижите за болните
- професионално подпомагат колегите си от клиниката, в която работят за подобряване на качеството на тяхната дейност

Фигура 4.



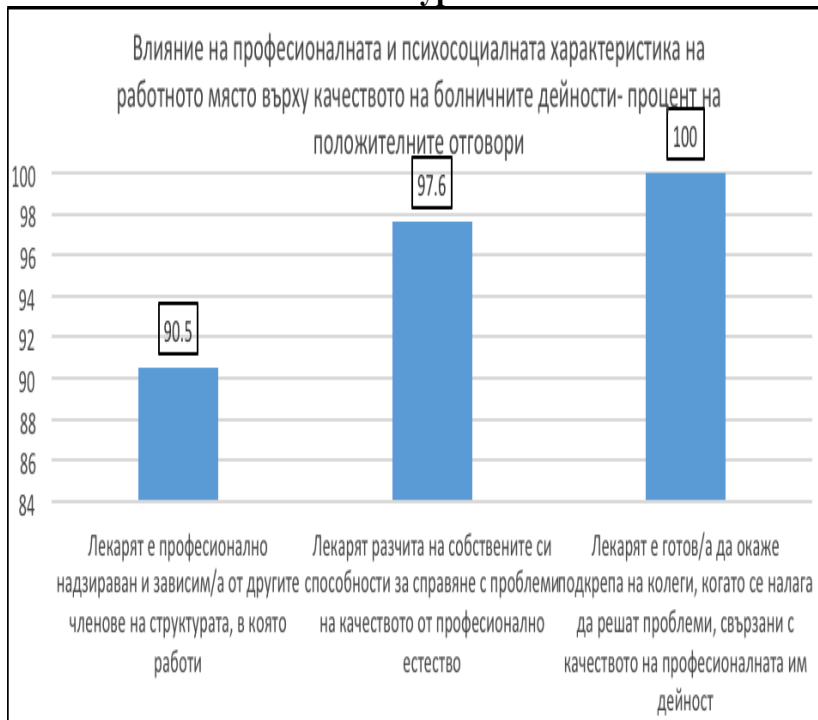
100% от лекарите имат личен принос в подобряване на качеството на диагностично- лечебните дейности и на грижите за болните. 97,6 % от тях се нуждаят от подкрепата на колегите в ежедневната дейност, както и

професионално подпомагат колегите си от клиниката, в която работят за подобряване на качеството на тяхната дейност. По отношение на професионалното развитие, 92,9% от тях се нуждаят от подобряване и устойчиво развитие на професионалните знания и компетенции, докато едва 47,6% се нуждаят от подобряване и устойчиво развитие на уменията за комуникации. Което допълнително се подкрепя от малкият процент положителни отговори на въпроса от първа група относно ползването на служителите референти.

Третата група въпроси, която има за цел да изясни как професионалната и психосоциалната характеристика на работното място влияе върху качеството на болничните дейности, се състои от въпроси дали лекарят е:

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

Фигура 5.



По отношение на качеството на болничните дейности, 100 от лекарите са готови да окажат подкрепа на колеги, когато се налага да решат проблеми, свързани с качеството на професионалната им дейност. 90,5% от тях считат, че те са професионално надзиравани и зависими от другите членове на структурата, в която работят, т.е. силно изразено е екипното начало на работния процес в болницата

III. ПРОФЕСИОНАЛИСТИ ПО ЗДРАВНИ ГРИЖИ

Анкетните карти за професионалистите по здравни грижи включват набирането на информация, която цели отговор на въпроси, свързани с:

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

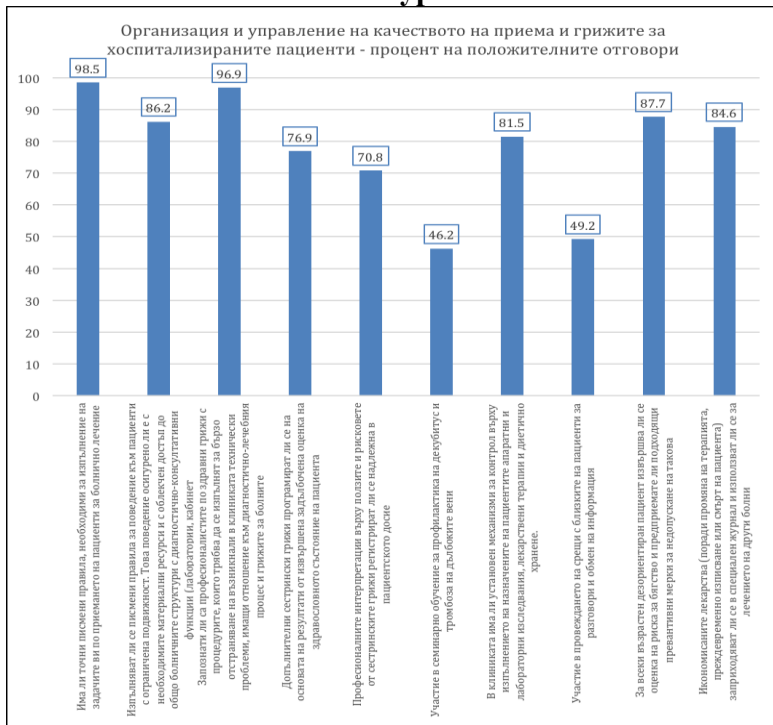
Първата група въпроси има за цел да изясни:

- Има ли точни писмени правила, необходими за изпълнение на задачите ви по приемането на пациенти за болнично лечение
- Изпълняват ли се писмени правила за поведение към пациенти с ограничена подвижност. Това поведение осигурено ли е с необходимите материални ресурси и с облекчен достъп до общо болничните структури с диагностично-консултативни функции (лаборатории, кабинети за специализирани изследвания и др.)
- Запознати ли са професионалистите по здравни грижи с процедурите, които трябва да се изпълнят за бързо отстраняване на възникнали в клиниката технически проблеми, имащи отношение към диагностично-лечебния процес и грижите за болните
- Допълнителни сестрински грижи програмират ли се на основата на резултати от извършена задълбочена

оценка на здравословното състояние на пациента

- Професионалните интерпретации върху ползите и рисковете от сестринските грижи регистрират ли се надлежна в пациентското досие
- Участие в семинарно обучение за профилактика на декубитус и тромбоза на дълбоките вени
- В клиниката има ли установен механизми за контрол върху изпълнението на назначените на пациентите апаратни и лабораторни изследвания, лекарствени терапии и диетично хранене.
- Участие в провеждането на срещи с близките на пациенти за разговори и обмен на информация
- За всеки възрастен дезориентиран пациент извършва ли се оценка на риска за бягство и предприемате ли подходящи превантивни мерки за недопускане на такова
- Икономисаните лекарства (поради промяна на терапията, преждевременно изписване или смърт на пациента) заприходяват ли се в специален журнал и използват ли се за лечението на други болни

Фигура 6.



По отношение на организацията и управлението на качеството на приема и грижите за хоспитализираните пациенти над 90% считат, че има точни писмени правила, необходими за изпълнение на задачите по приемането на пациенти за болнично лечение. Това показва, че правилата са реално въведени и сведени до знанието на всички членове на колектива. Също толкова от тях са запознати с процедурите, които трябва да се изпълнят за бързо отстраняване на възникнали в клиниката технически проблеми, имащи отношение към диагностично-лечебния процес и грижите за болните. Под 50% от специалистите по здравни грижи участват в семинарно обучение за профилактика на декубитус и

тромбоза на дълбоките вени, както и в провеждането на срещи с близките на пациенти за разговори и обмен на информация. Тези резултати ясно показват нуждата от подобен тип продължително обучение с цел профилактиране и избягване на социално значими усложнения като белодробна тромбемболия, която води до инвалидизация на пациентите.

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

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

Фигура 7.



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

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

- Професионално мониториран зависим от другите членове на структурата, в която работи
- Разчита на собствените си способности за справяне с проблеми касаещи качеството на здравните грижи
- Проявява готовност да окаже професионална подкрепа на вашите колеги, когато това се налага
- Дали е ведър психологичния климат в структурата, в която работи и дали може спокойно и качествено да започне работата още в началото на работната седмица (работния ден)

Резултати:

Фигура 8.



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

III. КОНЦЕПТУАЛЕН МОДЕЛ И ЗА ОРГАНИЗАЦИЯ И УПРАВЛЕНИЕ НА КАЧЕСТВОТО В ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ

Проблемите по качеството на здравните услуги не могат да бъдат решени чрез изолирани по време и място мениджърски интервенции, а чрез формиране на нова философия по цялата изпълнителска верига: директор /управител - главна медицинска сестра - началници на отделения, лаборатории и немедицински структури - лекари, медицински сестри, акушерки, лаборанти, рехабилитатори - помощен персонал. Последното е ясно потвърдено от резултатите от анкетното проучване. Ето защо в сърцевината на тази философия трябва да се поставят следните императиви:

- недопускане на дефекти в диагностично-лечебния процес и в грижите за болните;
- насочване на вниманието преди всичко към превенция на грешките, а не към тяхната корекция;
- поставяне на акцент върху непрекъсваемостта на мониторинга, анализа и оценката на качеството във всички медицински и спомагателни структури и процеси
- постоянно обучение на персонала по въпросите на качеството;
- постоянно действащ механизъм, отчитащ удовлетвореността на пациентите от оказаната им медицинска помощ

Моделът за управление на качеството трябва да оперира не толкова с данни от традиционните отчети за количеството извършени дейности и на техни отделни качествени нюанси, а преди всичко с анализи от вътрешните оценки на качеството извършени от представители на различни дисциплини: клиницисти,

икономист, статистик. Този подход трябва да се основава на широка гама от наблюдения, които ще дадат възможност да се извлече, както полза от естествените вариации в параметрите на извършващите се в лечебното заведение дейности, така и анализи, които генерират хипотези и изследват смисъла на променливите, изведени от количествените характеристики.

В този смисъл моделът за управление на качеството по ISO 9001:2008 и нашите резултати от проведените анкети и насоки за подобряване управление на качеството, ще позволи да се обедини набора от съществуващите дейности по самооценяването, периодичния вътрешен одит и проверките на лечебно-контролната комисия в единно цяло, включващо в себе си оценка и осигуряване на качество на прилаганите в лечебното заведение диагностични и лечебни технологии и системи за грижи на болните.

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

- да дефинира ясно мероприятията и преследваните резултати, а така също и механизмите за контрол на тяхното изпълнение;
- да разработи стратегии за управление на основата на периодично извършван STEP анализ* и SWOT анализ**;
- да мониторира взаимодействието между отделните процеси;
- да създаде условия за лесно комуникиране между медицинските структури на заведението, пациентите и другите заинтересовани страни;

- да осъществи тотално участие на човешкия потенциал на лечебното заведение в изпълнението на модела за управление и устойчиво развитие на качеството по всички направления на извършващите се в него дейности;
- да отчете постиженията и слабостите на ефекта от медицинската помощ пред крайните потребители и обществото;
- да се придържа към изискванията на Международния стандарт ISO 9001:2008 за цикличност на процедурите при мониторирането и оценяването на качеството, както на цели ключови функционални зони от дейността на заведението (фиг. №2), така и на качеството на конкретни диагностични и/или лечебни технологии (фиг. №3).

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

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

Този цикъл следва да се задейства винаги, когато в лечебното заведение възникне назрял проблем. Същественото в такива случаи трябва да бъде разкриването на противоречията, стоящи в основата на проблема и които го възпроизвеждат в процеса на медицинската помощ.

В недалечното минало индивидуалното професионално поведение на лекаря-специалист се считаше за най-добрия ориентир при избора на здравната услуга. Но през последните няколко години се натрупаха не малко факти, доказващи съществуването на значителни различия в обема, качеството и начина на предоставяне на медицинската помощ. Не е тайна, че при акредитацията на лечебните заведения в България се установяват някои вариации във:

- вида и качествените характеристики на материално-техническите, финансовите и човешките ресурси и на способите за рационално използване на техния капацитет;
- организацията на процесите, осигуряващи качеството на:
 - приемът, обслужването, информираността и зачитане на човешките и гражданските права на пациентите;
 - диагностичните и лечебни дейности и на превенцията на рисковете при тяхното извършване;
 - мениджмънта на лечебното заведение.

- нагласата на ръководителите на клиничните и другите структури на лечебното заведение за въвеждане на непрекъсваемост в самооценъчните процедури по качеството на медицинската помощ.

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

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ИЗВОДИ И ПРЕПОРЪКИ

Изводи от литературния обзор

1. Популярният характер на провежданите в страните от европейския съюз реформи в системите им за здравеопазване са приоритетно насочени към мобилизиране на потенциала , с които разполагат за постигане на сериозно и устойчиво качество на медицинската помощ .
2. От гледна точка на системния процесен подход трудностите, пред които е изправено обществото при реформата на здравеопазването в посока “устойчиво развитие на качеството на здравните услуги”, касаят сложната връзка между правилата , възприети за постигане на тази ценност и наличието на свободни индивиди , които са зависими от нея.
3. Взаимодействието между лицата, ангажирани в предоставянето на качествени здравни услуги може да се дефинира с помощта на един от следните регулативни модели: технократичен, професионален – саморегулиращ се, пазарно ориентиран и демократичен.
4. Съществуват взаимосвързани убеждения за подобряване и устойчиво развитие на качеството на здравните услуги , които в даден момент изкрystalизират в ясно обособен конкретен избор от новаторски организационни форми без да се нарушава равновесието на системата като цяло – например организиране на асистанси между публични болнични заведения по подобие на тези в Париж, Марсилия, Лион.

5. Европейските практики за включване на изискванията за качество на здравните услуги в процедурата за тяхното договаряне между възложители и изпълнители са основава върху съблюдаването на следните принципи: подобряване на планирането, ефективност на изпълнението и надеждност на управлението им.
6. Инициативите за подобряване и устойчиво развитие на качеството в лечебните заведения трябва да се планират, реализират и оценяват при отчитане на факта, че лечебното заведение не е затворена “ в себе си” система, а такава която е подложена на постоянно въздействие от множество динамично променящи се фактори (здравно – демографски, научни, културни, политически), които се отразяват пряко на величината и структурната характеристика на пациентите потоци, ограниченията, налагани от социално- икономически ситуации и др.
7. УправлениеТО на качеството в съвременното лечебно заведение трябва да се основава на три съществени изисквания : непрекъснатост, способности за оценка, разграничение между вътрешните и външните одити и да бъде фокусирано върху трите измерения на качеството:
 - а) качество на условията, при които и на средствата , с които се произвежда здравната услуга:
 - б) качеството на дейностите (процесите), използвани при диагностиката и лечението на пациентите:
 - в) качеството на резултатите от оказаната здравна услуга.
8. Проблемът за организацията и провеждането на вътрешните одити на качеството на здравните услуги

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

9. Все по-сложният характер на здравните услуги се отразява в голяма степен, както в тяхната конфигурация и в начините на предоставянето им, така и върху равнището на тяхното качество .
10. Ефективната организация и управление на качеството в съвременното лечебно заведение изисква достатъчност и надеждност на наличната му капиталова инфраструктура. то защо размера и вида на инвестициите в лечебното заведение ще оказват определящо влияние върху неговите възможности за предоставяне на качествени здравни услуги, отговарящи на Customer Delight.
11. В Европейското здравеопазно пространство са налице три съществени причини, които императивно налагат приоритетно фокусиране към проблема “качество на здравните услуги”.Те се състоят в следното:
 - а) продуктът, който се създава в здравното заведение може да бъде само с определено необходимо качество , защото здравна услуга с ниско качество може да бъде съдбоносна за здравето или живота на пациента;
 - б) нарастващата култура и възискателност на гражданите, които все повече се превръщат от обекти на здравни услуги в партньори на медицинските специалисти;

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

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

Изводи от проучването

1. ***Наложително е усъвършенстването на управлението на логистичните дейности, информационните процеси и комуникационните потоци в болницата и организацията и информационното осигуряване на приема на пациенти в болницата.***
2. ***Общовалидните за всички болнични клиники изисквания за организация и вътрешен ред също се нуждаят от усъвършенстване.***
3. **Гореизложеното ясно показва нуждата от създаване на система за организацията, вътрешния ред и взаимодействията между различните звена в една болнична структура или оптимизация на съществуващата. Което ще доведе до повишаване на качеството и скоростта на предлаганата услуга. Необходимо е усъвършенстване на информационния поток в болничните заведения с възможност за лесна, бърза и детайлна информация за всеки отделен пациент.**

4. Болшинството работещи в сферата на здравеопазването обвързват организацията на работата с нейното качество.
5. Организацията на работния процес касае както болничното заведение като едно цяло, така и организацията на работния процес вътре в структурите и най-вече комуникацията между тях.
6. Прави впечатление малкият процент положителни отговори относно нуждата от усъвършенстване на **системите за превенция на лекарствения, анестезиологичния и хемотрансфузионния риск**, въпреки че тези три вида риск са основните в западното общество за настъпили нежелани реакции и усложнения по време на лечебния процес, като последният е изрично записан и в “Закона за кръвта”. От което следва:
 1. Наличните системи и правила са ясни, адекватни и достъпни и не се нуждаят от усъвършенстване.
 2. Наличните системи и правила не са добре познати и не се спазват.
7. Наличният модел ISO 9001-2008 приет в УМБАЛ „Св. Иван Рилски” ЕАД - София е работещ и адекватен на ситуацията и не се нуждае от съществена промяна.
8. Необходимост от усъвършенстване на стандартите за различните специалности.
9. Необходимост от непрекъснато усъвършенстване на професионалните знания и умения на заетите в сферата на здравеопазването с цел повишаване качеството на предлаганата услуга.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Необходимост от концептуални фактори, обуславящи необходимостта от предоставяне на качествени здравни услуги, които са групирани в следната логическа последователност:
 - а) основни социални норми, свързани с потребността от качествени здравни услуги;
 - б) ценности в здравеопазването, като предпоставка за предоставяне на качествени здравни услуги;
 - в) методи за регулиране на взаимодействието между изпълнителите на качествени здравни услуги и за институционализиране на ценностите в лечебния сектор на здравната система. Последното е необходимо при разработване на стратегически нормативни документи с осигуряване качеството и неговото управление от МЗ
2. Необходимост от договаряне между възложителите НЗОК и изпълнителите на качествени здравни услуги, включващо:
 - а) основополагащи принципи на договарянето на здравни услуги;
 - б) обществени аспекти на договарянето на качествени здравни услуги;
 - в) проблеми, свързани с договарянето на здравни услуги ;
 - г) проблеми, свързани с заплащането на качествени болнични услуги .

3. Финансиране и качествено предлагане на здравни услуги, включващо отговорните за това структури НЗОК и МЗ
 - а) концепцията за облигатността на връзката “финансиране-качество” в контекста на европейската инициатива “движение в полза на ефекта от лечението”;
 - б) ключови направления на рамковия периметър на проблема “финансиране-качество”;
 - в) информационното осигуряване на сложните аспекти на подходите за подобряване и устойчиво развитие на качеството на здравните услуги;
 - г) изборът на стратегии за осигуряване на качество и на техните измерения.
5. Концептуалността на изискването за отчетност (отговорност) определя параметрите на стабилността на политиката за високо качество на здравните услуги.
6. Продължително обучение, което част от дейността на Съсловни организации и Университетски структури.
7. Актуализация на съществуващия модел ISO 9001-2008 с новоизлезлия.

ПРИНОСИ:

1. Проведено е широко обхватно и задълбочено изследване на литературата, отнасящо се до управлението на качеството на здравните услуги в контекста на основните социални норми, ценностите в здравеопазването и методите за регулация и взаимодействие между изпълнителите на медицинска помощ.
2. Направен е успешен опит за систематизиране на достойнствата на широко разпространените в света системи за управление на качеството в областта на материалното и духовното производство и услугите.
3. Досега не е описано в достъпната литература едновременно многоаспектно изследване на качеството в лечебно заведение през погледа на професионалисти по здравни грижи, лекари и началници на клиники (отделения).
4. Направена е оценка на адекватността на прилагания модел-наръчник за управление на качеството в лечебно заведение, основаващ се на СУК по ISO 9001:2008.

ПУБЛИКАЦИИ, СВЪРЗАНИ С НАУЧНИЯ ТРУД

1. Пенков М., Управление на качеството на здравните услуги с мениджърския инструментариум на European foundation for quality management-exceiience model и системите за болнична акредитация. Инициативи за съгласуваност между системите за управление на качеството на здравните услуги в европа.” - *Социална Медицина*, 2016, бр. 1, 34-39.
2. Пенков М., Управление на качеството на здравните услуги с мениджърския инструментариум на ISO 9001:2008 и цикъла на Deming”. - *Социална Медицина*, 2016, бр. 2, 28-31.
3. Пенков М., Измерването и анализът на резултатите – основна квалитологична технология на ISO 9001:2008 за подобряване качеството на болничните услуги– *Българско списание по обществено здраве*, 2017, бр. 4, 33-39.

Бележки:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....