

КАЧЕСТВОТО - ПРИОРИТЕТ ИЛИ ПСЕВДОПРИОРИТЕТ В УСЛОВИЯТА НА РЕФОРМИРАЩО СЕ ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ? - II ЧАСТ

З. Петрова

QUALITY - PRIORITY OR DEMAGOGY IN THE CONDITIONS OF HEALTHCARE REFORM? - PART II

Z. Petrova

Резюме: Качеството се приема навсякъде като съществен компонент и основен атрибут (заедно с дейностите и разходите) на здравеопазването. Качественото здравеопазване днес не е лукс, а право на всеки пациент и следва да се превърне в държавен приоритет, особено когато ресурсите са ограничени и се налагат ограничения в бюджета. Подобряването на качеството в системата на здравеопазване се приема като процедури, мерки и действия, насочени към осигуряване от страна на здравните институции на определени стандарти. Те следва да покрият голям диапазон от проблеми в целия процес на здравеопазване, от идентифициране на здравните нужди на пациентите, до подобряване на резултатите от дейностите в системата на здравеопазване и на вътрешно ниво до осигуряване на подходяща администрация. Системата за повишаване на качеството, която е необходима да се създаде, ще покаже на здравните институции, на финансиращите здравеопазването, на лекари, граждани и обществото като цяло, как се управлява качеството на услугите и какви са резултатите от това. Качеството може да се управлява ефективно само, когато може да се измерва, а това изисква на практика визия, информационна система и ресурси. Настоящата работа се състои от три части, в които се разглеждат въпроси свързани с:

- качеството, като общовалидна категория,
- клиничната пътека – метод за стандартизиране на диагностично-лечебния процес при пациенти със сходни заболявания,
- методите за оценка: чрез стандарти, акредитация, медицински одит в системата на ЗЗО (мониторинг на нива на изпълнение и на връзките с клиентите).

Направен е и опит за анализ на Системите за осигуряване на качеството в България в условията на реформиращо се здравеопазване.

Ключови думи: качество, осигуряване на качеството, стандарти, медицински одит, акредитация, мониторинг, управление на качеството, клинични пътеки, приоритети

Summary: The quality is deemed to be everywhere in the world a considerable component and fundamental attribute (along with activities and expenses) of health care. Quality healthcare is not a luxury today but a right of every patient and thus, should become a state priority in particular when keeping in mind that resources are limited and budget are restricted. Improving the quality of healthcare system is seen as procedures, measures and activities geared towards the provision of certain standards by health institutions. They should cover a large scope of problems in the whole process of health care starting from the identification of patients' health needs to the improvement of healthcare system activities and internally to the establishment of adequate administrative levels. Quality improvement system which needs to be established will demonstrate to health institutions, to institutions financing health care, to medical doctors, citizens and society as a whole how service quality is managed and what are the consequent results. Quality can be managed effectively only when it can be measured and this in practice requires vision, information system and resources. The present study is composed of three parts, which examine questions related to:

- *Quality as an overall category,*
- *Clinical pathway- method of diagnostic and treatment process standartisation of patients with similar complaints/diseases,*
- *Assessment methods: via standards, accreditation, medical audit in the Law of health insurance system (monitoring of performance and patients relations).*

An attempt has been made to analyse the system of quality assurance in Bulgaria in the conditions of health care reform.

Key words: *quality, quality assurance, standards, medical audit, accreditation, monitoring, quality management, clinical pathways, priorities.*

(Продължава от брой 5/2007)

ИЗМЕРВАНЕ НА КАЧЕСТВОТО ПРИОРИТЕТ В УСЛОВИЯТА НА ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ

Защо НЗОК насочи своето внимание и усилия към Качеството на медицинските дейности и тяхното оценяване? Чрез МО, като основен подход за ОК, качеството на здравната помощ в условията на здравно осигуряване, може да бъде системно измервано, оценявано, като се обръща специално внимание върху **намаляването до минимум** на отклоненията от практиката. Чрез измерването и оценката на изпълнението, както и анализа на отклоненията, може да се **идентифицират изпълнителите**, чието изпълнение се отклонява от стандарта. В последствие могат да бъдат **информирани самите изпълнители** за качеството на услугите, които предоставят на пациентите и да се сравни тяхното изпълнение. При една добре създадена и приложена система за ОК/МО при изпълнителите на БМП ще се осигури по-добра информация за НЗОК и потребителите относно изпълнението и качеството на медицинската помощ, както и възможност на НЗОК **да измерва тенденциите** на изпълнението във времето, **да сигнализира за очертаващи се проблеми** на здравната помощ и доставянето на услугите, както и динамично да променя КП. При възприемане на МО като основен подход за ОК, НЗОК ще има система която:

1. Фокусира вниманието си върху здравната помощ за пациента.
2. Осигурява ясно формулирана отчетност за качеството на здравните услуги в рамките на организациите на изпълнителите на здравни услуги и финансовата институция.
3. Акцентира върху дейности, свързани с качеството и признава съществената роля на здравните професионалисти за подобряване на качеството.
4. Осигурява основи за непрекъснатото му

усъвършенстване и подобряване, чрез стратегически преглед на състоянието, коригиращи и превантивни действия.

През 2002 г., базирайки се на тези принципи, група експерти от дирекция "Медицински одит" на НЗОК създадоха Концепция за ОК/МО и План за действие на НЗОК за периода 2003-2006 г., който бе утвърден с решение на УС на НЗОК № РД-04-167/10. 11. 2003 г. Беше създадена собствена методика, включваща индикатори и метод за сборна оценка на качеството на болничната помощ.

Сборната оценка за качеството на БП се изготвя въз основа на следните параметри от дейността на лечебните заведения:

1. Годишна оценка на лечебното заведение за качеството на оказаната медицинска помощ по специфичните индикатори, посочени в съответния член на НРД.
2. Обем на договорена дейност.
3. Обем извършена дейност.
4. Констатирани нарушения в дейността на ЛЗ от РЗОК и НЗОК по отношение на обема и вида на оказаната помощ за периода на действие на НРД.

Какво се получи и какви бяха резултатите от приложението на методите за медицински одит и оценка на качеството на БЛЗ?

Проучихме вида, обема и качеството на оказаната болнична медицинска помощ за периода 2002- 2004 г. и разработихме показатели за наблюдение и оценка на клинични пътеки с голям обем, висока цена и риск и показатели за измерване и оценка на качеството в болничните лечебните заведения както и проведохме анкетно проучване за качеството на болничната ме-

ИНДИКАТОРИ	Стойност на индикатора
1. Изпълнение на клинична пътека	X или стойността на 1.2.
1.1. точно изпълнение – означава достатъчно по обем диагностична и лечебна дейност за съответната клинична пътека и липса на отклонение	X или празно
1.2. неточно изпълнение – изразява се в следните отклонения:	0, 2, 3 или сума
1.2.1. организационни отклонения;	3
1.2.2. клинични отклонения:	
а) напълно овладени в рамките на регламентирания болничен престой, без трайни последици;	0
б) пълното овладяване налага удължаване на болничния престой или рехоспитализация;	2
в) ненапълно овладени, независимо от болничния престой, трайни последици.	3
1.2.3. предизвикани от външни обстоятелства.	0
1.2.4. клинично отклонение, водещо до летален изход	0
2. Болничния престой :	
2.1. не надхвърля препоръчителния болничен престой, предвиден в пътеката;	0
2.2. надхвърля препоръчителния болничен престой, предвиден в пътеката с < 50 %;	1
2.3. надхвърля препоръчителния болничен престой, предвиден в пътеката с >50 %;	2
3. Болнична смъртност:	
3.1. преди започване на основното лечение;	0
3.2. по време на основното лечение без регистрирано клинично отклонение;	3
3.3. по време на основното лечение, с регистрирано клинично отклонение;	1
4. Приемна и окончателна диагноза	
4.1 съответствие между приемна и окончателна диагноза	0
4.2 несъответствие между приемна и окончателна диагноза	2
5. Сумарен показател от 1, 2, 3 и 4	

дицинска помощ. Обект на проучването бяха:

- 39 болнични лечебни заведения, които са договорни партньори на НЗОК и обхващат базовите нива на пирамидата на болничната помощ (общински, областни, университетски и специализирани болници);

- преминалите болни в БЛЗ и диспансерите с легла, отговарящи на индикациите за хоспитализация, определени в разглежданите клинични пътеки;

- лекарите от БЛЗ, работещи по клиничните пътеки.

Избраните КП бяха на базата на 4 основни критерия: високообемни, скъпи, високорискови и свързани със социалнозначими заболявания и през 9-те КП са преминали най-много (38%) пациенти от всички преминали по договорените

клинични пътеки.

Под наблюдение бяха следните клиничните пътеки:

38.0 Оперативни интервенции при херния;
54.0 Ендоскопски терапевтични процедури при заболявания на храносмилателната система;

62.0 Хронична обструктивна белодробна болест (ХОББ);

63.0 Бронхопневмония- усложнени форми при лица над 18-годишна възраст;

64.0 Бронхиална астма, средно тежък и тежък пристъп;

65.0 Хронична сърдечна недостатъчност;

66.0 Нестабилна форма на ангина пекторис;

68.0 Ишемичен мозъчен инсулт и консервативно лечение при интракраниален кръвоизлив;

70.0 Остър и обострен хроничен пиелонефрит и гломерулонефрит.

За мониторирането, измерването и оценката на качеството на болничния продукт е включен за пръв път **показател, отнасящ се за случаите с отклонения**. В този показател се включват пациентите, които изискват повече или различни дейности и процедури на отговорния екип от описаните в клиничната пътека. Отклоненията са систематизирани по следния начин:

- **Организационни отклонения:** забавено насочване, отложен прием по вина на пациента, отложен прием по вина на болницата, отклонения, свързани с работата на лабораторните и функционално-диагностичните звена, невъзможност за осигуряване на консултации, отклонения, свързани с човешкия фактор - отсъствие или недостатъчна квалификация на отговорния състав - лекар, сестра, консултант, други.

- **Клинични отклонения, свързани с основното заболяване** – усложнения, свързани с основното заболяване или със съпътстващи заболявания, изискващи диагностично и терапевтично поведение извън описаното в клиничната пътека (обикновено е свързано с консумация на повече ресурси).

- **Клинични отклонения, свързани с диагностични, терапевтични процедури или болничния престой** – тук влизат в съображение усложнения и грешки, свързани с дейностите и процедурите, приложени на пациента, вкл. и ятрогенно предизвикани: ВБИ, хематоми, декубитуси, реоперации, хематурия, хемо и пневмоторакс, алергични и анафилактични реакции, лекарствена интоксикация, постинтубационна стеноза и др.

- **Отклонения, свързани с външни обстоятелства:** социални, семейни, изчакване на резултати, които се получават след определено време и др.

Други използвани показатели в проучването бяха:

- **Брой случаи, изписани и заплатени на БЛЗ по съответната клинична пътека** - по този показател се включват пациентите, завършили курс лечение по определения диагностично-терапевтичен алгоритъм на съответната клинична пътека и изпълнени основни процедури, при което се счита, че тя е завършена.

- **Брой случаи с неспазени индикации за хоспитализация по клиничната пътека.** Този показател се включва в нарушенията по диагностично-терапевтичния алгоритъм и подлежи на санкция от контролните органи на РЗОК.

- **Брой случаи по клинични пътеки, насочени към друга болница.**

- **Рехоспитализирани случаи със същата основна диагноза по клинични пътеки.**

По този показател се включват хоспитализациите на едно и също лице два или повече пъти за едно и също заболяване през определен период, класифициран като период за некоректна хоспитализация.

- **Съвпадение на диагнозите - приемна и окончателна.**

- **Болничен леталитет.**

- **Удовлетвореност на пациентите от качеството на обслужване - общ индикатор.**

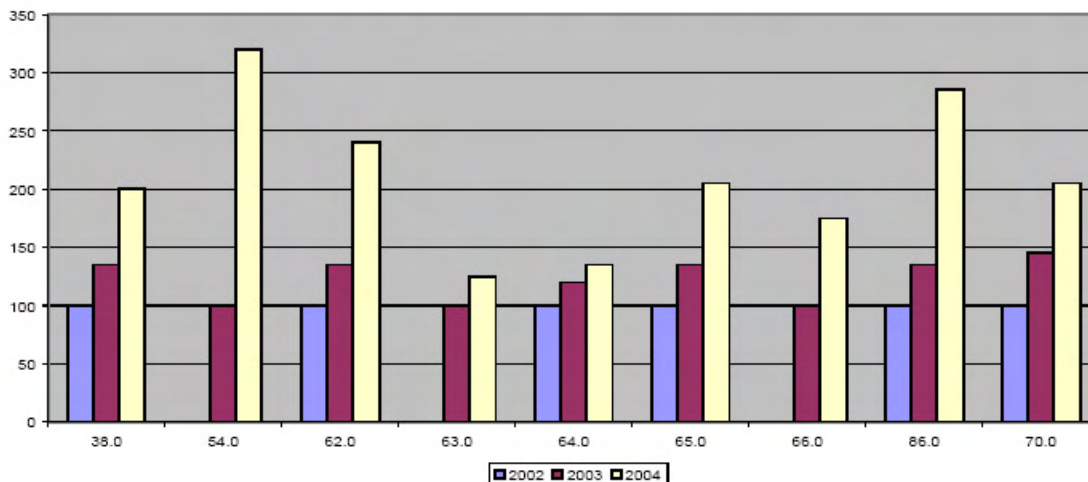
- **Основателност на жалбите от ЗЗОЛ** за предоставена болнична помощ на пациентите.

- **Нарушения/отклонения от изпълнението на договорените дейности** в болничните лечебни заведения, установени от контролните органи на РЗОК и НЗОК.

Системата на клиничните пътеки, като метод за договаряне в болничната помощ е въведена през 2000 г. През 2002 г. НЗОК договаря 40 клинични пътеки, като следващата година техният брой се удвоява и достига 80 пътеки. Договорите, които касата сключва през 2002 г., са със 193 болнични заведения. В следващата година относителният дял на сключените договори нараства 33.86%, за да достигне 42.49% през последната година на проучването. Броят на клиничните пътеки нараства от 2 899 на 6 293 или с 217.07%, а още по-чувствително е увеличаването на диагнозите или по-точно заболяванията, лекувани по клиничните пътеки, което е с три пъти по-голямо. Определен интерес представлява представянето на договорните партньори на НЗОК с болничните лечебни заведения по изпълнение на клиничните пътеки, в зависимост от категорията на заведението за болнична медицинска помощ. Следва да се отбележи, че при всички категории болнични лечебни заведения е налице изразена тенденция на увеличаване броя на работещите по договор с НЗОК. Най-чувствителни динамични проблеми са настъпили при МБАЛ. В последната година на проучването само 4.44% от болниците в тази категория нямат сключени договор с касата. При СБАЛ, след значително увеличаване на броя сключени пътеки през 2003 г., е регистрирано известно намаление през последната година на проучването. Статистически значимо е увеличаването на договорните отношения на другите ЛЗБП с НЗОК - близо четири пъти - $P < 0.001$ ($t = 8.92$). С 20% са увеличени договорите на касата с диспансерите. Динамичното увеличаване броя на клиничните пътеки, както и увеличаване броя на сключените договори с НЗОК, доведе до рязко нарастване броя на пациентите, преминали курса на лечение по клинични пътеки. Наблюдаваните КП са с тенденция към нарастване и представляват $38.50 \pm 0.01\%$ от всички лекува-

Фиг. 1.

Динамични промени в броя на случаите преминали по наблюдаваните клинични пътеки



ни по клинични пътеки през 2004 г. Детайлният анализ по наблюдаваните пътеки позволява да се констатира, че при някои от тях в последната година на проучването намалява относителния дял на преминалите болни. Това се отнася за следните клинични пътеки: **Оперативни интервенции при херния, Бронхиална астма, Хронична сърдечна недостатъчност, Ишемичен мозъчен инсулт.** Най-вероятната причина за това се дължи на факта, че **абсолютният брой** на всички преминали болни по клинични пътеки **нараства**, с превес на увеличаване на преминалите болни по „сезонни“ клинични пътеки и превъртането на болни по клинични пътеки с по-висока цена от тази на гореупоменатите клинични пътеки. Независимо от тенденцията на намаляване с **най-голям интензитет е броят на преминалите болни с Хронична сърдечна недостатъчност, следвани от Ишемичен мозъчен инсулт и Бронхопневмония.** Проследени са в динамика за наблюдаваните години и базовите показатели: **брой случаи, изразходвани средства в лева, цена на клиничната пътека, среден престой в дни и средна стойност на един леглоден.** При всички наблюдавани клинични пътеки е налице **нарастване**, при това чувствително **на броя преминалите болни** по отделните клинични пътеки. Над три пъти е увеличен броят на ендоскопските терапевтични процедури при заболявания на храносмилателната система и Ишемичния мозъчен инсулт. Над два пъти е увеличението при ХОББ, Хроничната сърдечна недостатъчност и Острия и обострен пиело и гломерулонефрит. Останалите клинич-

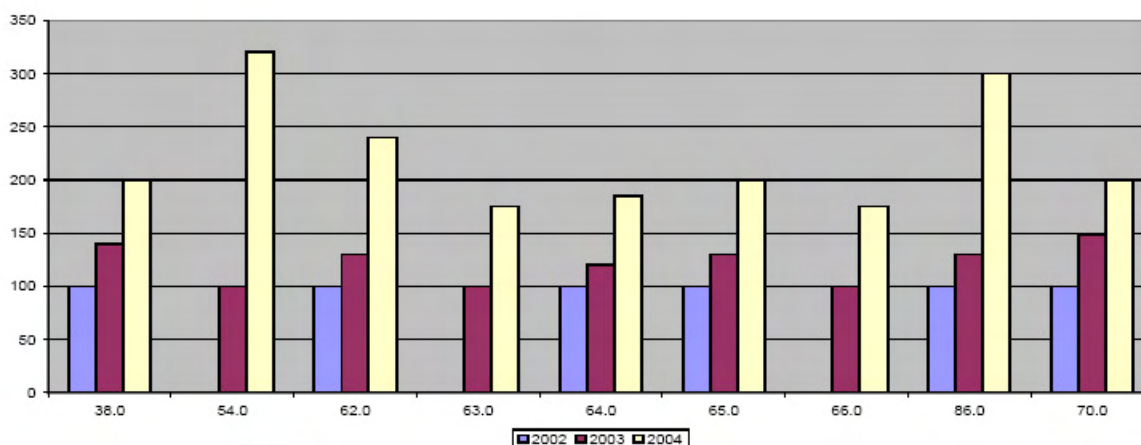
ни пътеки са близо двукратно увеличени.

През 2002 г. НЗОК е изразходвала за 6 от наблюдаваните клинични пътеки 31 553 559 лв.* В следващата година разходваните средства са 55 201 010 лв., а през 2004 г. увеличението в сравнение с първата година е над три пъти - 101 517 565 лв. Най-чувствително са увеличени средствата, над три пъти, при клинична пътека 54.0. - Ендоскопски процедури на горния интестинален тракт и клинична пътека 70.0. - Остър и подостър пиело и гломерулонефрит. Близо до трикратното увеличение е и оперативната интервенция при херния - 281.67%. Най-ниско е нарастването на стойността при Хроничната сърдечна недостатъчност.

Проведената съпоставка на действителната цена на клиничните пътеки по години, сравнени с базовата цена, публикувани в ДВ, позволява да се заключи, че при всички клинични пътеки цената през 2002 г. е значително по-ниска от определените от НЗОК цени. Изключение прави единствено пътека 65.0. - Хронична сърдечна недостатъчност. През 2003 г. при всички пътеки са въведени цените по Постановлението, а увеличението за 2004 г. при всички пътеки е 2.3%. През наблюдавания период в КП бе посочено изискване за препоръчителен престой в ЛЗ на хоспитализираните пациенти. Само при две от клиничните пътеки, ХОББ и Бронхопневмония, реализираните в болничните заведения леглодни са близки до препоръчителния престой. Повисок от препоръчителния е средният престой

Фиг. 2.

Стойност в лева при отделните наблюдавани КП в периода 2002-2004г.



при КП 64.0. Бронхиална астма. При всички останали, наблюдавани клинични пътеки, средният престой е значително по-малък от препоръчителния.

Намаляването на препоръчителния болничен престой най-вероятно се дължи на:

- недостатъчно средства за изпълнение на максималния диагностично-лечебен алгоритъм, отразен в клиничните пътеки;
- стремеж за увеличаване на броя на пациентите по клинични пътеки, дори с неспазени индикации за хоспитализация, с цел усвояване на повече средства от Здравната каса.

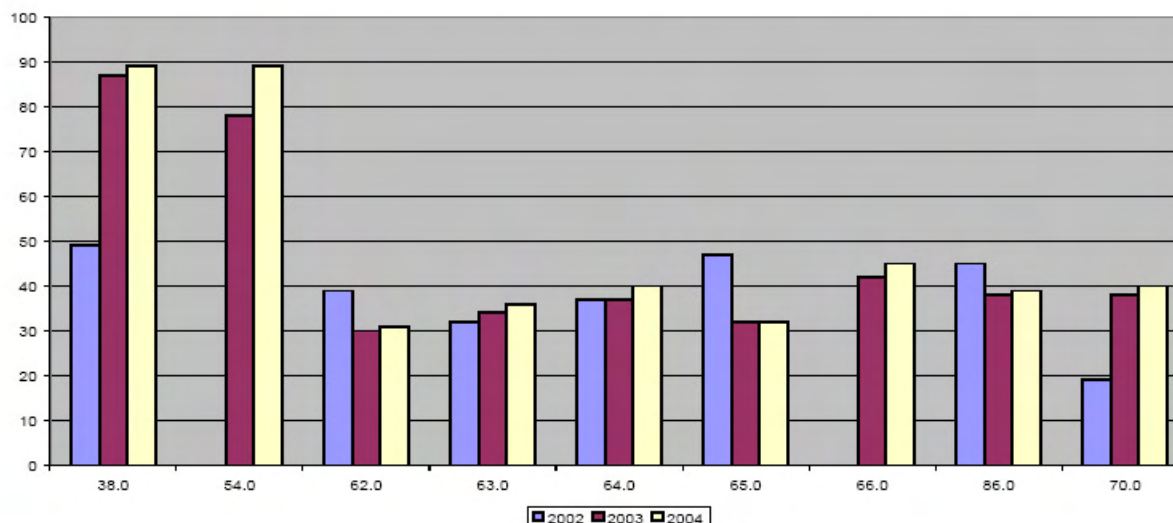
Тези предположения се подкрепят от факта, че най-често отклоненията са свързани с диагностично-лечебния алгоритъм и организационни причини. Най-честите установени наруше-

ния при контрол са свързани с вида, обема на оказаните болнични услуги, както и с диагнозата и лечението по съответните клинични пътеки. Тъй като се касае за хронични заболявания, не е изключено обаче и възможността за оптимизиране на диспансерната дейност на изпълнителите на извънболнична помощ и подобряване на връзката болнична – извънболнична помощ, т. е. "пътя на пациента". Средната стойност на един леглоден е изчислена като частно на цената на клиничната пътека и средния престой в дни. Чувствително увеличаване на стойността на леглодена е регистриран по КП 38.0. – Оперативни интервенции при херния.

При три от клиничните пътеки, колкото и парадоксално да е това, е регистрирано намалява-

Фиг. 3.

Средна стойност на един леглоден при наблюдаваните КП



не на стойността на леглодена. Това са заболявания, които се отнасят към социалнозначимите такива - ХОББ, Хронична сърдечна недостатъчност и Ишемичен мозъчен инсулт. При останалите клинични пътеки нарастването стойността на един леглоден е в границите от 6.59 до 16.1%. Елементарният анализ показва, че тези средства, като се има предвид, че 40.% от стойността на пътеката се отделя за изпълнителите на медицинска помощ по клинични пътеки, в никакъв случай не могат да осигурят качествено обслужване на пациентите, гарантиращо ефективна терапия, рационално диетично хранене, заплащане на параклиничните и функционални изследвания.

Статус на болните, хоспитализирани в БЛЗ общо и при наблюдаваните клинични пътеки

Една от основните задачи на настоящето проучване беше да се проследят отклоненията, които възникват в процеса на лечение, общо при всички пациенти и тези от наблюдаваните девет клинични пътеки, за периода 2002-2004 г. За целта в специално разработената Статистическа карта са отразени два базови структурни показателя:

Общ брой случаи – болни, преминали през наблюдаваните години в страната, общо и по наблюдаваните клинични пътеки и

Общ брой отклонения от нормалното протичане на терапевтичния цикъл в болничните заведения. Отклоненията са систематизирани в няколко основни групи:

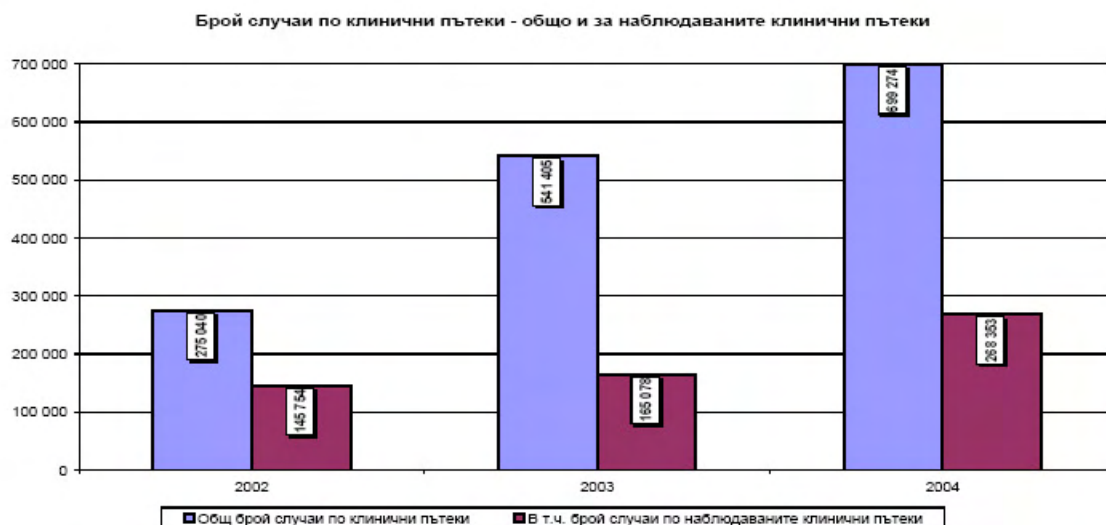
- Свързани с основното заболяване.
- Свързани с придружаващо заболяване.
- Свързани с диагнозата и лечението.
- Свързани с организацията.
- Свързани с външни обстоятелства.

При направения от нас анализ установихме,

че промяната в броя и изменението в динамиката на отклоненията за 2002 и 2003 г. се дължи основно на промяната на броя на клиничните пътеки между двете години, съответно 40 и 81. Допълнително затруднение за анализа на данните е и фактът, че съдържанието на клиничните пътеки е променяно в хода на изпълнението на НРД, с цел то да бъде оптимизирано, съгласно наблюдаваните промени в нуждите на здравноосигурените лица и възможностите на БЛЗ да изпълняват заложения стандарт. Прави впечатление увеличението през 2004 г. на преминалите по клинични пътеки случаи с 157 869 или 29,2% спрямо 2003 г. Същите тенденции се наблюдават и през 2005- 2006 г., както и КП по които най-често се хоспитализират пациенти. Действително с всеки НРД се увеличават броя на КП (особено от 2006 г., когато основното финансиране на БЛЗ е от НЗОК по КП), както и броя на договорните партньори на Касата.

Подобно нарастване на броя преминали случаи е трудно да бъде обяснено само с увеличаване на броя КП и нарасналата заболеваемост. Заболеваемостта е стабилна през годините величина и ако се приеме, че нарастване с почти 30% се дължи на увеличена заболеваемост, то този факт би бил доста обезпокоителен относно здравето на нацията. По-вероятно става въпрос за едно от следните предположения: а) пациенти с диагнози, не попадащи в клинични пътеки, се приемат за болнично лечение по клиничната пътека, съдържаща най-близката до реалната диагноза; б) хоспитализират се случаи, които реално не се нуждаят от хоспитализация, което от своя страна поставя под съмнение "гейткийпърската" функция на общопрактикуващите лекари; в) пациентите се "превъртат" по няколко клинич-

Фиг. 4.



Фиг. 5.



ни пътеки и стремеж на ЛЗ да запазят финансовите постъпления за сметка на увеличен брой преминали пациенти. Според нас се наблюдава **“явна, истинска хиперхоспитализация”**, дължаща се на застаряване на населението, увеличаване на потребностите от БМП във връзка с нарастващата заболяемост, увеличен брой КП с обхващане на по-голям брой диагнози, повишаване на технологичните възможности на болниците, подобрен достъп на населението и **“индуцирана, изкуствено предизвикана хиперхоспитализация”**, дължаща се на администриране на процеса и недофинансиране на КП.

Наблюдава се и увеличение на броя случаи с отклонения, като случаите с отклонения, дължащи се на основното и придружаващите заболявания, заемат над 60%. Най-вероятно това се дължи на:

- Застаряващо население с влошен здравен статус.
- Повишена потребност от хоспитализация.
- Увеличен брой клинични пътеки.
- Увеличения брой, преминали пациенти по клинични пътеки.
- Включени нови пътеки с висок риск от усложнения и високотехнологични диагностични процедури.

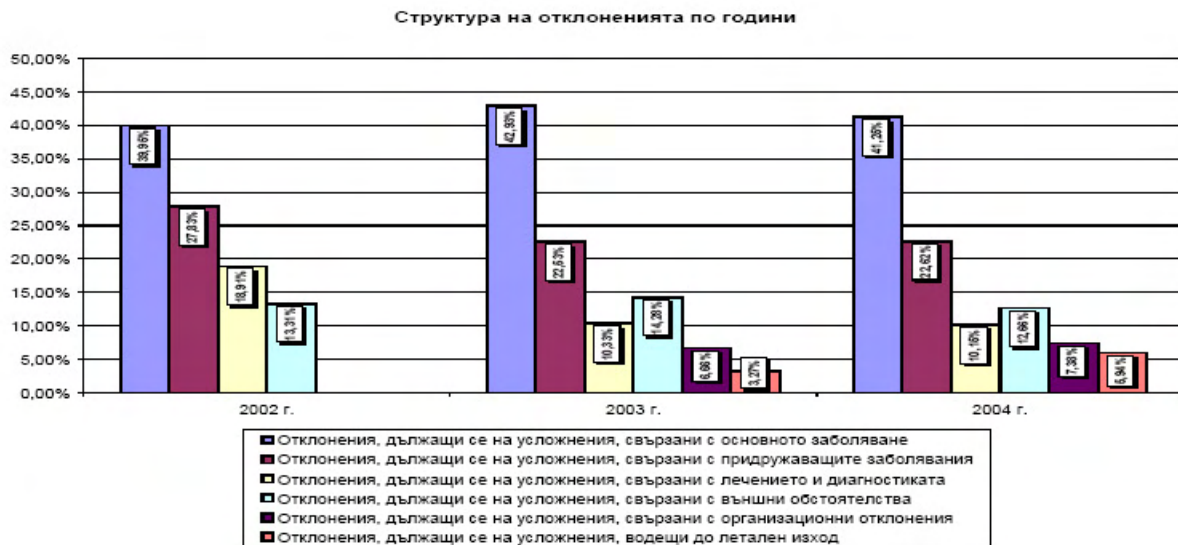
С 13,4% се увеличават случаите на отклонение от клиничните пътеки в следствие на усложнения, свързани с основното и тези с придружаващи заболявания. Най-голямо е увеличението на случаите, свързани с отклонения, водещи до летален изход – 105,4%. При същия състав и структура на клиничните пътеки тези отклонения са се удвоили.

Броят на случаите с отклонения, дължащи се на **организационни причини**, е **нараснал с 25,2%**. Организационните причини са липса на

специалист или неговото отсъствие, липса на съответна апаратура или нефункционираща такава и други подобни. **Нарастването на случаите с отклонения** по организационни причини би могло да доведе до два извода: а) **съдържанието** на клиничните пътеки е **твърде разширено** и изискванията по клиничната пътека са много **по-големи от реалните нужди** или от реалните възможности на лечебните заведения за болнична помощ; б) **повишаване на изискванията** при сключването на договори с цел подобряване на качеството и капацитивните възможности на ЛЗ, както и договорите да се сключват с БЛЗ, които отговарят на изискванията на медицинските стандарти и са акредитирани съгласно нормативната уредба в Р. България. Случаите по клинични пътеки, **насочени към други болници намаляват** през 2004 г. спрямо предходната с 20,5%. Тълкуван сам за себе си, този показател би могъл да доведе до извода, че дейността на лечебните заведения за болнична помощ се подобрява. Сравнен с показателя за отклоненията по организационни причини обаче, се наблюдава странен **парадокс**; **организационните отклонения нарастват, а случаите, насочени към друго лечебно заведение намаляват**. Покорно би могло да се предположи, че независимо от организационните проблеми, пациентите се задържат в болницата и не се привеждат своевременно към лечебно заведение, в което ще получат адекватна медицинска помощ. Най-вероятната причина за това е да получат заплащане от РЗОК за завършена КП. По този начин съществува възможност да се създаде ситуация, която да заплашва здравето и живота на пациента. Вероятно за в бъдеще би било удачно, ако тези показатели се наблюдават успоредно. Смъртните случаи по клинични пътеки се увеличават всяка година като абсолютна величина.

Като относителен дял спрямо общия брой,

Фиг. 6.



преминали по клинични пътеки, случаи, обаче, процентът на смъртните случаи спада. Най-голям е процентът на смъртните случаи през 2002 г. – 2,14% при 275 040 преминали болни по 40 клинични пътеки. През 2003 г. процентът спада на 1,44% при 541 405, преминали болни по 81 клинични пътеки.

През 2004 г., при същия брой клинични пътеки, процентът на смъртните случаи е 1,42%, но вече при 699 274 преминали болни. От така представените данни може да се заключи следното:

(а) клиничните пътеки през 2002 г. са обхващали диагнози, повечето от които могат да доведат до летален изход;

(б) удвояването на броя на клиничните пътеки през 2003 г. и нарастването на преминалите болни с 96,8%, при смъртност 1,44%, показва, че броя на преминалите болни по клинични пъ-

теки и диагнози, неводещи до летален изход - леки случаи, без придружаващи заболявания и усложнения, е много по-голям (нарастването е непропорционално!) от броя на преминалите болни по клинични пътеки и диагнози, които могат да завършат с летален изход;

(в) през 2004 г. тенденцията се запазва: смъртните случаи по клинични пътеки нарастват, но относителният им дял спрямо общия брой преминали болни намалява. Възниква следният въпрос по отношение на динамиката на смъртните случаи: броя на смъртните случаи расте като абсолютна величина, но това е функция от увеличаването на общия брой, преминали болни. Възможно е да се получава така и защото: а) предоставената от лечебните заведения информация, касае смъртните случаи само по време на пребиваването на пациента в лечебното заведение, б) пациентите, постъпва-

Фиг. 7. Случаи с орг. отклонения



Фиг. 8. Смъртни случаи по клинични пътеки и % смъртни случаи спрямо преминалите болни



щи в БЛЗ, са по-тежки и с повече придружаващи заболявания, в) включени са високо-технологични пътеки, г) качеството на лечение се е подобрило. Този извод се подкрепя и от факта, че случаите с повторна хоспитализация намаляват.

При наблюдаваните КП най-значимо, независимо че се касае за две годишен период, е увеличението на преминалите болни по клиничната пътека "Ендоскопски терапевтични процедури при заболявания на хранопровода, стомаха и дуоденума, тънки и дебели черва".

Регистрираната информация за нарастващите потребности от специализирана болнична

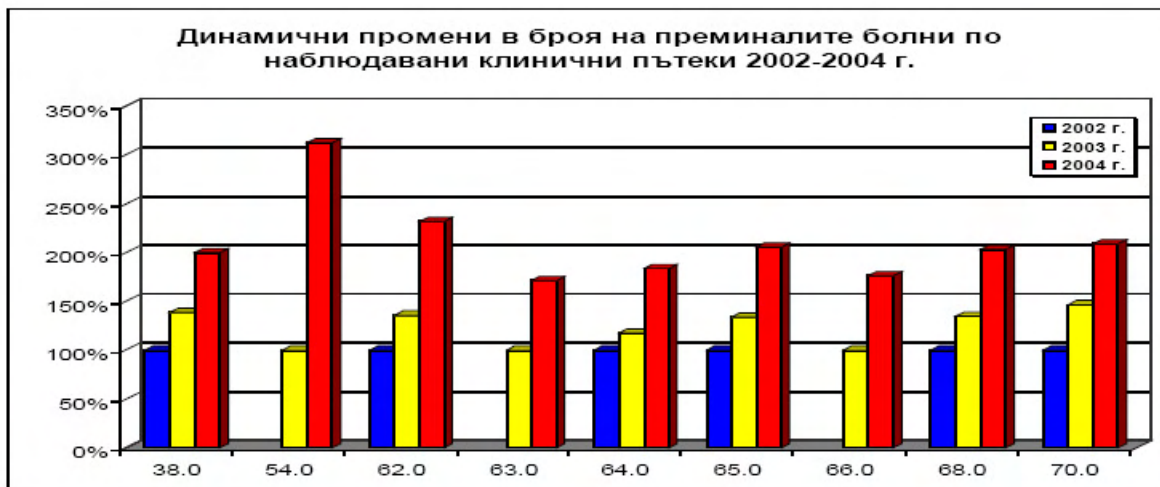
помощ и за динамично проследяване на заболяемостта от тези заболявания, предполага създаване на система за тяхната регистрация, лечение и планиране на достатъчни финансови ресурси. Значителното увеличение на хоспитализираните пациенти може да се дължи и на следните фактори:

- Отпадане на районирането и свободния достъп до БЛЗ.
- По-високото заплащане на преминал пациент по клинични пътеки от заплащането по методика на МЗ.
- Повишените диагностични и терапевтич-

Фиг. 9. Случаи с повторна хоспитализация



Фиг. 10.



ни възможности на ЛЗБП, в резултат на висока квалификация на лекарите, инвестиции в съвременна и модерна апаратура, изпълнението на медицинските стандарти.

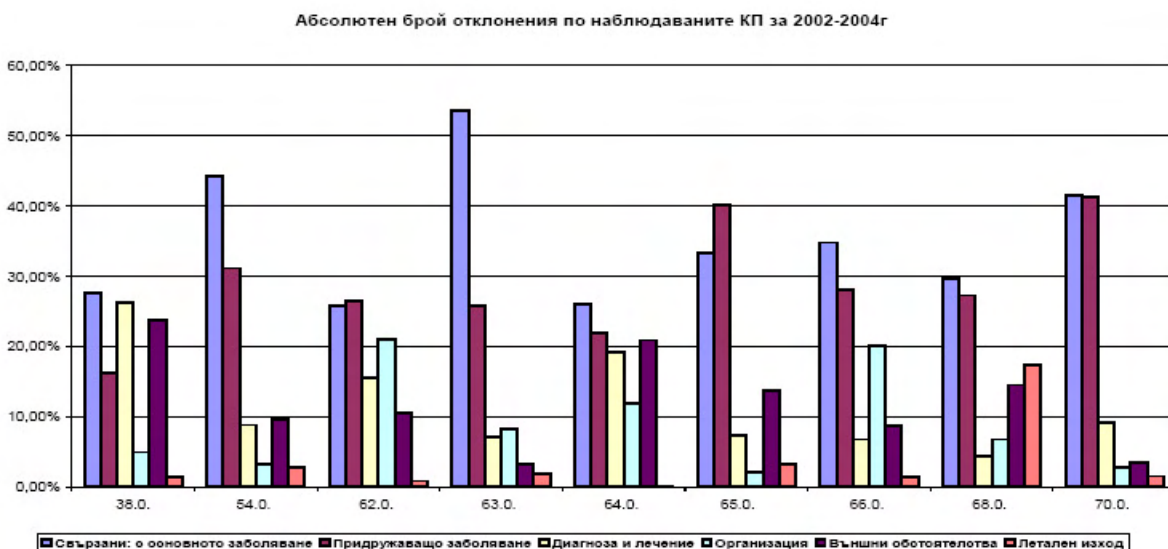
- Липсата на достатъчно лечебни заведения за долекуване, хосписи.
- Индуциране на хоспитализации с цел финансово обезпечаване на дейността на болниците.

Събраните данни позволяват да се направи задълбочен анализ на относителните дялове на болните, получили отклонения от нормалното протичане на лечебния процес при наблюдаваните пътеки. **На първо място** с най-висок процент отклонения са болните, преминали в клинична пътека **68.0**. **“Ишемичен мозъчен инсулт и консервативно лечение при интераниален кръвоизлив”**. Тревожен е фактът, че при тази клинична пътека всеки пети пациент е бил с отклонение от нормалното протичане

на диагностично-лечебния процес. **На второ място са болните с “Бронхопневмония”** с $14.61 \pm \text{отклонения}$, а на **трето място са пациентите с Хронична сърдечна недостатъчност с $12.60 \pm 0.09\%$, “Ишемичен мозъчен инсулт и консервативно лечение при интераниален кръвоизлив” с $19,82 \pm 0.14$.**

От особено значение за определяне както на клиничната, така и на икономическата ефективност от провежданите диагностични, терапевтични и рехабилитационни мероприятия, е определянето на причините, довели до отклонения от нормалното протичане на диагностично-лечебния и рехабилитационен процеси. **На първо място** отклоненията, при всички наблюдавани пътеки, са свързани с **“основното заболяване”**. **На второ място** са отклоненията, свързани с **придружаващи заболявания**. Двете отклонения формират $65.44 \pm 0.19\%$ от отклоненията. На трето място са отклонения, определяни от “вън-

Фиг. 11.



шни обстоятелства". Равностойно са представени две други причини - "диагноза и лечение" и "организация".

Събраната първична информация позволи да се проследи болничният леталитет при наблюдаваните клинични пътеки. Най-общото заключение е, че с малки изключения съществува тенденция за намаляване на леталитета в последната година на проучването в сравнение с първата. Най-висок леталитет е регистриран при клинична пътека 68.0. "Исхемичен мозъчен инсулт"; "Бронхиална астма" – 64.0. и "Нестабилна форма на ангина пекторис".

(Продължава в брой 7/2007)

Използвана литература:

1. Борисов, В. Мениджмънт на качеството на здравното обслужване. Въведение в здравния мениджмънт. Pг Phare, София, 1995
2. Борисов, В., Воденичаров, Ц. Реалности на здравната реформа. Филвест, София, 2000.
3. Борисов, В., Зл. Петрова. Управление на приоритети – управление чрез приоритети., Медицински мениджмънт и здравна политика. XXXI, 2000 (1), 3-9.
4. Борисов, В. Стратегически здравен мениджмънт: философия и практика. 2006, 320с.
5. Воденичаров, Ц., С. Попова. Медицинска етика. 2003, 230 с
6. Генов, С. Клиничните пътеки в България - шестгодишен опит. Сп. Здравен мениджмънт, 2006, N 6.
7. Давидов, Б. Болничен продукт: измерители и подходи за определяне на разходите по него. Основи на болничното управление. Македония прес, 2000, 451-467.
8. Димова, А. Болничен продукт и неговото качество. Сборник доклади по мениджмънт на качеството, 15 Национална школа за млади учени и специалисти, Издателство Фондация "Еврика", София, 2001, 100-107
9. Договаряне/ Методи на заплащане; ОК/ МО. Стратегически план за въвеждане на система за осигуряване на качеството и медицинския одит в заведенията за здравна помощ в България. Проект Реформа в здравния сектор; Técnicas de Salud март 2003
10. Иванова, Т., А. Димова, Г. Гарева. Качество на здравните услуги, в: Болничен мениджмънт. Ред. Л. Иванов, Ж. Големанова, НЦОЗ, 2005, 256-334.
11. Иванов, Л. Подходи и методи за оценка на

качеството на медицинското обслужване. Здравната реформа в България, I част, Македония прес 1997, 306-346

12. Костадинова, Т. Качество на здравните услуги и защита правата на пациентите. Здр.ик. менидж., 2, 2002, No3, 28-31

13. Кръшков, Д. Концептуалният метод на системния подход към експертизата на качеството на медицинската помощ. Сп. "Здравен мениджмънт", 2003, 1, 56-57

14. Максимова, С. Дългосрочната оценка – критерий за качеството на здравеопазната дейност. Сп. Здравен мениджмънт, 2004, 4, 41-43

15. Мартинес, Фр. "Акредитация на болничните заведения. Здравна реформа в България", Македония прес, 1998, 243-257

16. Мутафова, Е., Т. Костадинова. Основни проблеми при акредитацията на лечебните заведения и възможности за нейното усъвършенстване. Здр. ик. Менидж., 1, 2001, No 1, 37-39

17. Национална стратегия за осигуряване, контрол и постоянно подобряване на качеството на медицинските дейности. София, МЗ, 2002,

18. Попов, М., Давидов, Б. Управление на болницата. Управление на качеството в болницата. Издателство "Св. Климент Охридски", 2004, 165-221

19. Република България. Национална здравна стратегия. МЗ, София, април 2001 г.

20. Donabedian, A. Criteria and standards for quality assessment and monitoring. Quality Review Bulletin, 1986; 12:99-108

21. Donabedian, A., Asubonteng, P. Accountability and quality in managed care: implications for health care practitioners. Int. J. Health Care Quality Assurance, 1998, 11 (4): 137-142

22. ISO 9000:2000. Quality management systems – Fundamentals and vocabulary.

23. ISO 9004- 2, Управление на качеството и елементи на системата по качество, Част 2: Ръководни указания за услуги, София, 1991, 3/ 2000

24. Joint Commission on the Accreditation of Health Care Organizations In quality Assurance in Managed Health Care Organizations Chicago: USA.1989

Адрес за кореспонденция:

Д-р Златица Петрова
НЗОК
ул. Кричим 1, 1407 София
zpetrova@mail.bg
тел. 965 91 80

Редакцията колегия на сп. „Здравен мениджмънт“ поднася своите извинения на д-р З. Петрова за допуснатата техническа грешка при отпечатването на статията „Качеството - приоритет или псевдоприоритет в условията на реформиращо се здравеопазване?“ - част I, поместена в бр. 5 на списанието.