

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

З. Петрова

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

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 покриват 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 (мониторирани 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 6/2007)

КАТЕГОРИЯ НА БОЛНИЧНИТЕ ЛЕЧЕБНИ ЗАВЕДЕНИЯ И ХАРАКТЕРИСТИКА НА ОТКЛОНЕНИЯТА

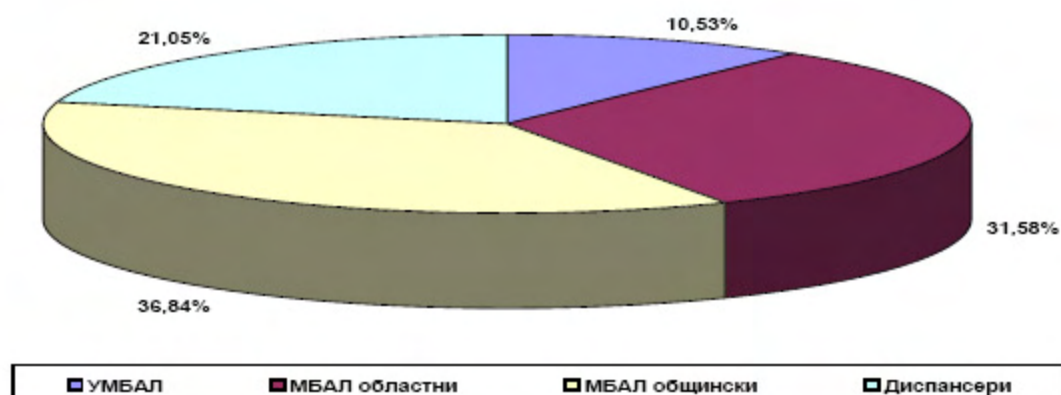
В проучването бяха обхванати 38 болнични лечебни заведения, включващи университетски, областни и общински многопрофилни болници за активно лечение, както и диспансери.

Общият брой на преминалите болни динамично се увеличава и в четирите категории БЛЗ като чувствително е при университетските болници, следвано от диспансерите. На трето място са областните МБАЛ, а на последно общинските МБАЛ. Различията в динамиката на увеличаване броя на преминалите болни в отделните болнични заведения е статистически значимо и се определя от различията в нарастването на относителните дялове в последната година в сравнение с предходната 2003 г. $P < 0.001(265.72)$.

Най значително е логичното нарастване в заведенията с най добри диагностично-лечебни възможности - УМБАЛ и областни МБАЛ. Събраната първична информация за броя на болните с отклонения по клинични пътеки позволи да се извърши задълбочен анализ по категория на болничните заведения. Необходимо е да се отбележи, че независимо от категорията на заведенията в наблюдавания период е настъпило значително намаляване на относителните дялове на отклоненията в наблюдаваните клинични пътеки. В 2004 г. с над два пъти са намалели отклоненията в университетските болници, следвани от областните такива. Близко три пъти са намалели отклоненията в диспансерите.

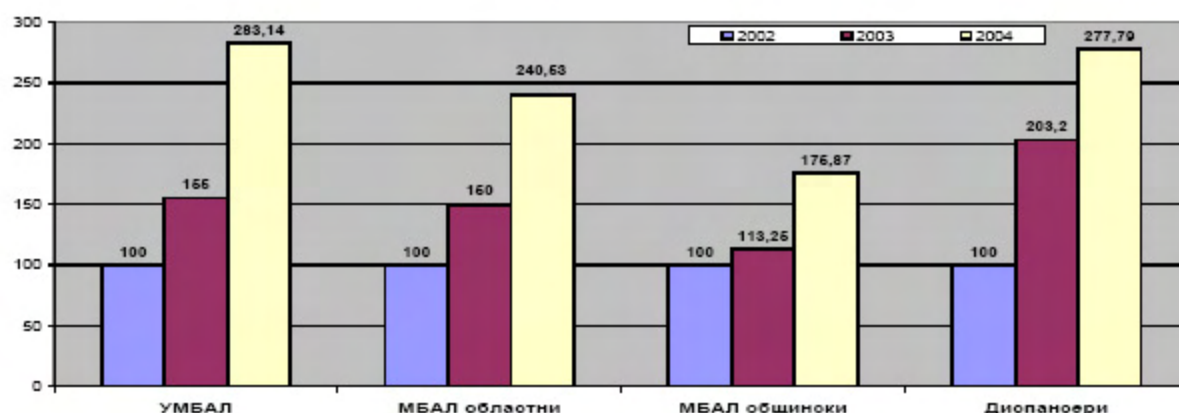
Фиг. 12.

Диаграма №.. Структурно разпределение на наблюдаваните болнични лечебни заведения



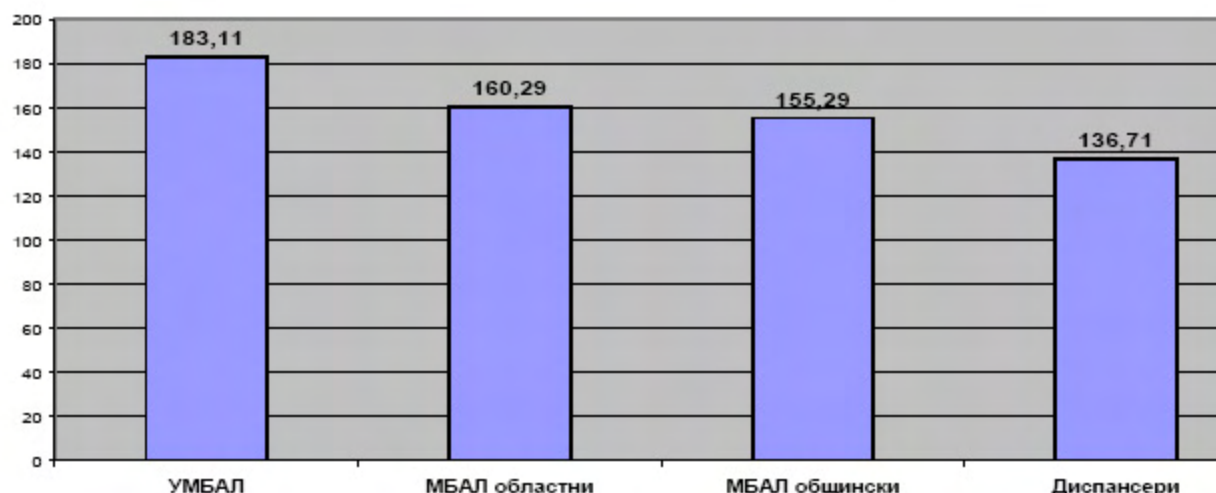
Фиг. 13.

Динамични промени в броя на преминалите болни в категориите БЛЗ за периода 2002 - 2004г.



Фиг. 14.

Категория на болничните лечебни заведения и увеличаване относителните дялове на преминалите болни /2004г. спрямо 2003г /



Категория на болничното заведение и вид на отклоненията

Сборни данни за целия наблюдаван период 2002/2004 година показват, че най-голям брой отклонения от КП са регистрирани в университетските болници, а най-малък - в диспансерите. Големият брой отклонения в УМБАЛ най-вероятно се дължи на приема на тежко болни пациенти, на такива с усложнения, голям брой сключени договори по КП, добра и високотехнологична апаратура, както и високия професионализъм на лекарите и освобождения от 2004 г достъп до БЛЗ. С най-голяма честота във всички болнични лечебни заведения са отклоненията, дължащи се на

основното заболяване. Вариабилността е доста голяма – при диспансерите тази причина определя близо половината от отклоненията, докато в УМБАЛ относителния дял е с 19,08 по-малък. При областните и общинските МБАЛ не се констатират статистически значими различия. На второ място са отклоненията, свързани с придружаващи заболявания, където изключения правят диспансерите. При тях относителният дял на тази причина е едва 8.99%. Отклоненията по организационни причини и тези, дължащи се на външни обстоятелства, намаляват значително при областните болници за разлика от общинските, където се наблюдава рязко увеличение (от 5,41% на

38.78%). Основната причина за големия брой отклонения, дължащи се на основното заболяване и малък на придружаващите установено при диспансерите, се дължи на специфичната патология, лекувана в тях. На второ място при диспансерите са отклоненията, дължащи се на проблеми в диагностиката и лечението. Тази причина е на трето място при УМБАЛ и областните МБАЛ. Учудващо висок процент на отклоненията, свързани с организацията на дейността и външни обстоятелства, се установява при общинските МБАЛ и УМБАЛ. Логично е обяснението за висок относителен дял на отклоненията, свързани с външни обстоятелства, при общинските болници, тъй като в много случаи те изпълняват социални функции, но липсва обяснение за отклоненията, свързани с организацията при УМБАЛ. Много е вероятно това да се дължи на забавено насочване от изпълнителите на ИМП дори и на болници, поради забавена диагностика, надценяване на собствените възможности, задържане на пациентите. Не рядко пациентите се насочват към университетските болници след неуспешно проведено лечение, усложнение или невъзможност да се справят със заболяването.

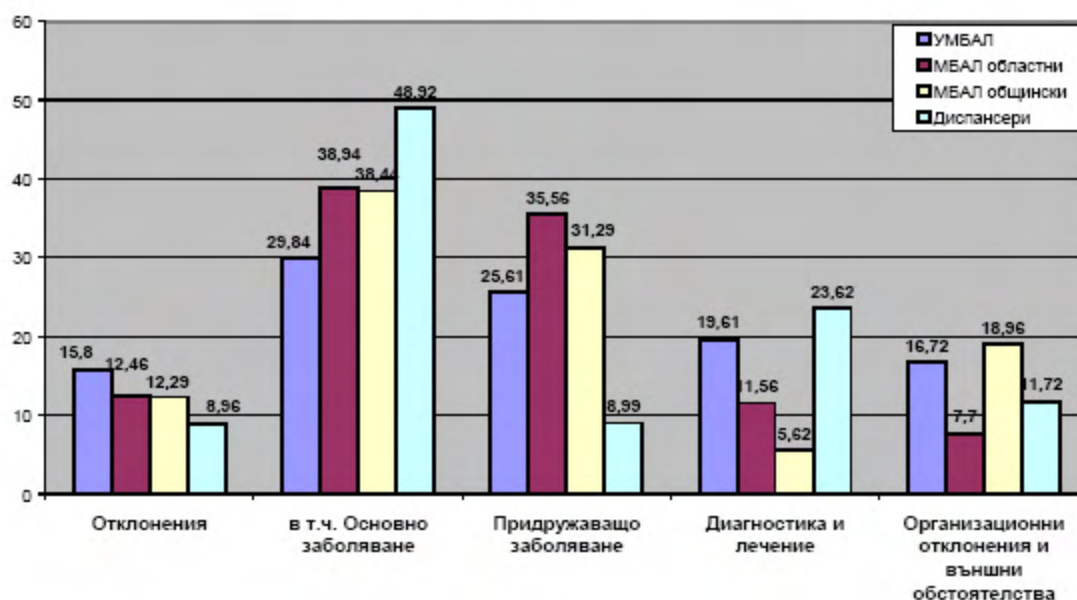
бъдеще на България” сравнително отчетливо бяха фиксирани целите и приоритетите за периода 2001-2010 г. Главната цел на реформата бе определена по следния начин: „Главната цел и стратегически приоритет на здравната реформа в България е подобряване на здравето на нацията”. Формулирани бяха два типа приоритети:

- По пътя към обединена Европа.
- В развитието на здравеопазването.

Четвъртият от шестте стратегически приоритета бе „повишаване качеството на медицинската помощ”. В една концепция за приоритети винаги стои въпросът за скалата на ценности, а чрез тях и за етичните правила и отговорности (С. Попова). Тук е мястото да се подчертае, че проблемът за приоритетите е въпрос не толкова на технологичен избор, колкото на ценностния, на етичния, на социално-политическия избор. Не рядко приоритетите се обособяват като псевдоприоритети, обслужващи главно бюрократичното администриране на здравеопазването без реален ефект (В. Борисов). Както подчертават западноевропейските експерти, множеството приоритети фактически означава липса на приоритети, тъй като изчезва отчетливата

Фиг. 15.

Структура на причините, довели до отклонения при наблюдаваните клинични пътеки при отделните видове болнични заведения



Какво се случи след 2005 година и защо задавам въпроса „Качеството приоритет ли е или псевдоприоритет?”

Едва през 2001 г. в Националната здравна стратегия „По-добро здраве за по-добро

приемствена ориентация на ресурсите и дейностите и тяхната обвързаност. На този фон в хода на реформата се открояха няколко тенденции:

- Увлечение от страна на здравните по-

литици и оперативни мениджъри към „структурни промени“ или към атрактивни и удобни средства и послания, както и подмяна на много от целите с тези средства.

- **Бюрократично администриране** на фона на липсваща ефективна система за публичен контрол върху хода на здравната реформа, изразходваните средства за здравно осигуряване, качеството на медицинската помощ.

- **Тенденция за доминиране на технологичното и икономическото мислене** и подмяна на медицинската целесъобразност изключително с финансова целесъобразност.

- **Отдалечаване на медицинското обслужване от хората**, особено в отдалечените региони, **затруднение в достъпа до медицинска помощ**, независимо от правото на свободен избор на изпълнител на медицинска помощ.

- Вместо да се подобрят и оптимизират бяха **нарушени координацията и връзките** между различните равнища на системата.

- Въпреки внедреното здравно осигуряване в страната, продължава да съществува **здравна несигурност**.

- Съществен дефект е **липсата на пряка връзка между разходите на пациентите и качеството на конкретните здравни услуги**, съпроводени от малка възможност за контрол от страна на пациентите. Тази роля се е нагърбила да осъществява НЗОК от името на пациента и за благо на пациента. Доколкото това се реализира е нова и обширна тема, но основните действия на здравната каса са насочени **единствено за съблюдене на целесъобразното разходване на средствата и финансов контрол**. Потвърждение за това е **липсата от 2005 година насам на всички онези показатели за мониториране и контрол на качеството**, отразени по-горе в изложението, както и възможност за стимули на тези изпълнители на медицинска помощ, които предоставят качествена такава.

- **Липса и невъзможност** пациентите да разполагат с лостове за действие с цел съблюдаване на техните интереси.

- **Монополът на здравната каса** се съчетава с **монопола на лекарското съсловие** при определяне на входящите в системата ресурси и обема на медицинските услуги, произвеждани чрез НРД. Поради слаба конкуренция и законово определящи задължителни взаимоотношения с изпълнителите на медицинска помощ, НЗОК не може да извършва „**стратегическо закупуване на здравни услуги**“ от тези ИМП, които предлагат по-ка-

чествена услуга.

- **Липса на решения** на методологичните и практически проблеми на остойността на неговата помощ.

- **Диспропорции** във възнагражденията на болничните и извънболничните лекари включително и ОПЛ, като възнаграждението е независимо от качеството и ефективността на медицинския труд.

- **И накрая, нарастване на обществената неудовлетвореност от промяната**, която е резултат главно на два фактора: а) разминаване между очакване и резултати и б) максималистични очаквания, поради слабо изясняване на целите на реформата пред обществеността.

Естествено приоритетите не се приемат веднъж за винаги, те са подвижна величина. Но у нас, за да се постигне максимална яснота, фокусиране и концентрация на усилията и ресурсите към конкретни приоритети, при настоящата кризисна ситуация следва да се изхожда от критерия **неотложни и неотменими приоритети** като например „**предоставяне на населението на Качествена медицинска помощ**“, т. е. проблеми без чието решаване не могат да се очакват осезаеми позитивни тенденции в глобалните здравни показатели на нацията.

Използвана литература:

1. Борисов, В. Мениджмънт на качеството на здравното обслужване. Въведение в здравния мениджмънт. Рг 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