

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ СОФИЯ

МЕДИЦИНСКИ ФАКУЛТЕТ

**КАТЕДРА ПО АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И
ИНТЕНЗИВНО ЛЕЧЕНИЕ**

Димитър П. Николаков

**Клиничен и управленски анализ на дейностите в
Клиника по анестезиология и интензивно
лечение за подобряване на качеството и
контрола на разходите**

**Автореферат на дисертационен труд за
присъждане на образователна и научна степен
„доктор”**

Научен ръководител: Проф. Д-р Пламен Кенаров д.м.

София, 2018 г.

Дисертационният труд съдържа общо 235 страници и е онагледен с 23 таблици, 19 фигури, 4 „каре“-та и снимков материал. Включени са, като приложения две анкетни карти. Библиографията съдържа 103 заглавия, от които 43 на кирилица и 60 на латиница.

Дисертационното проучване е осъществено в Клиниката по анестезиология и интензивно лечение при УМБАЛ „Св. Анна“-София.

Докторантът работи като зам. началник на КАИЛ в УМБАЛ „Св. Анна“-София. Същият е със специалност по анестезиология и интензивно лечение от 2000 год. и с магистратура по здравен мениджмънт от 2016 год.

Докторатът е обсъден, приет и насрочен за защита пред научно жури от разширен Катедрен съвет при Катедрата по анестезиология и интензивно лечение в МФ на МУ-София.

Защитата ще се състои на 18.09.2018 год. в УМБАЛ „Света Екатерина“ – София, 14:15 часа.

Съгласно правилника за условията и реда за придобиване на научните степени и заемане на академичните длъжности в Медицински университет – София и въз основа на заповед №: РК36-882/14.05.2018 г. е избрано научно жури в състав:

1. Проф. д-р Силви Любчов Георгиев, дм
2. Проф. д-р Пламен Димитров Кенаров, дм
3. Доц. д-р Елена Кирилова Танева, дм
4. Проф. д-р Стоян Георгиев Миланов, дм
5. Проф. д-р Дора Маринова Танчева, днм

Материалите по защитата са на разположение в катедрата по Анестезиология и интензивно лечение.

Съдържание

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ	1
ВЪВЕДЕНИЕ	2
РАБОТНА ХИПОТЕЗА, ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДИ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО	8
1. РАБОТНА ХИПОТЕЗА НА ИЗСЛЕДВАНЕТО.....	8
2. ЦЕЛ И ЗАДАЧИ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО.....	9
3. ОБЕКТ И ПРЕДМЕТ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО.....	10
4. МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО.....	11
РЕЗУЛТАТИ ОТ ПРОВЕДЕНОТО ИЗСЛЕДВАНЕ	12
1. КОНТЕКСТУАЛЕН КЛИНИЧЕН И УПРАВЛЕНСКИ АНАЛИЗ НА ФАКТОРИТЕ, ОКАЗВАЩИ ВЛИЯНИЕ НА ПРОБЛЕМИТЕ-ОБЕКТ НА ДИСЕРТАЦИОННОТО ИЗСЛЕДВАНЕ.....	12
2. РАЗРАБОТВАНЕ И ВНЕДРЯВАНЕ НА УПРАВЛЕНСКИ МОДЕЛ ЗА КОНТРОЛ НА РАЗХОДИТЕ И ПОДОБРЯВАНЕ ОРГАНИЗАЦИЯТА НА ДЕЙНОСТИТЕ ЗА РЕСУРСНО ОСИГУРЯВАНЕ НА КЛИНИКАТА ПО АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И ИНТЕЗИВНОЛЕЧЕНИЕ	36
3. РАЗРАБОТВАНЕ И ВНЕДРЯВАНЕ НА УПРАВЛЕНСКИ МОДЕЛ ЗА ПОДОБРЯВАНЕ И УСТОЙЧИВО РАЗВИТИЕ НА КАЧЕСТВОТО НА ДЕЙНОСТИТЕ В КАИЛ, ОСНОВАВАЩ СЕ НА МОДЕЛА ЗА ОРГАНИЗАЦИОННО СЪВЪРШЕНСТВО НА ЕВРОПЕЙСКАТА ФОНДАЦИЯ ЗА УПРАВЛЕНИЕ НА КАЧЕСТВОТО	52
4. УПРАВЛЕНИЕ НА ПРОБЛЕМИТЕ, ПРОИЗТИЧАЩИ ОТ ВЗАИМООТНОШЕНИЯТА В ТЕТРАДАТА РЕСУРСИ-РЕЗУЛТАТИ-РИСКОВЕ-КАЧЕСТВО В КАИЛ.....	94
5. ОЦЕНКА НА КАПАЦИТЕТА НА КАИЛ И ФОРМУЛИРАНЕ НА РЕАКТИВНИ СТРАТЕГИИ ЗАДЕЙСТВИЕ.....	95
ИЗВОДИ	96
ПРИНОСИ	101
Научни публикации във връзка с дисертационната тема	102
Списък на изявите на дисертанта на научни форуми	103

ИЗПОЛЗВАНИ СЪКРАЩЕНИЯ

ANAES: Agence National d` Accreditation et d` Evaluation en Sante-France

ASA: American Society Anesthesiologist

EFQM: European Foundation for Quality Management

DALY: Disability Adjusted Live Yea

GCS: Glasgow Coma Scale

ISO 9001:2015-интегрална част на серията „International Organization for Standardization”

NYHA: New York Heart Association

PACU: зала за след анестезно наблюдение

PDCA: Plan-Do-Check-Act (цикъл на Deming)

QALI: Quality-Adjusted Live Year

STEP analysis: Social-Technological-Economic-Political analysis

SWOT analysis: Srengths-Weaknesse-Oportunities-Threast analysis

TQM: Total Quality Management

УМБАЛ: Университетска Многопрофилна Болница за Активно Лечение

ФОКУС: Предиспозиция на PDCA, означаваща: фокусиране-организиране-коментиране-установяване-селектиране

Забележка: цифрата в скоба (), поставена след номера на фигура или таблица в автореферата съответства на техния номер в дисертационния труд.

ВЪВЕДЕНИЕ

„Анестезиолозите-реаниматори са лекари със силен дух, с подчертано чувство на лична отговорност и с дълбоко преклонение към ценностите на човешкия живот”

R. de Vernejoul

В контекста на Европейската рамка за политики в помощ на действията на институциите и обществото за здраве и благосъстояние „Здраве 2020” и на Концепцията „Цели за здраве 2020” на Министерството на здравеопазването на Р. България се налага да погледнем напред, към всичко онова, което искаме да постигнем за подобряване на ресурсния капацитет и качеството на дейностите в структурите по анестезиология и интензивно лечение в лечебните заведения за болнична помощ.

Сега лечебния сектор на Националната система за здравеопазване в т.ч. и неговото системно клинично направление „анестезиология и интензивно лечение” се намира в период на промяна на методите за управление и контрол на разходите и качеството на дейностите в интерес на социалните ценности и очакванията на обществото за здраве, като „висше човешко благо” и „не стеснен в своята свобода живот”.

Сега системното клинично направление „анестезиология и интензивно лечение” в лечебните заведения за болнична помощ на нашата национална система за здравеопазване е смесица от централизирани, децентрализирани и деконцентрирани болнични структури със здравно-осигурителни, бюджетни, здравно застрахователни и други източници на финансиране, експериментиращо под натиска за съдржане на разходите и въвеждане на нови форми за управление на качеството, които да позволят при неговото реформиране запазване на крайната му цел: „осъществяване на своевременни, достатъчни и основаващи се на научни доказателства висококачествени анестезиологични и интензивни лечебни дейности”.

Утвърждаваната през последните петнадесет години у нас неокласическа философия на привържениците на „свободната воля” в здравеопазването обоснова теоретично възтържествуване на разбирането, че здравната услуга във всичките ѝ разновидности

е по-скоро частна, а не обществена „стока“. Създаденият във връзка с това пазар за здравни услуги при съзнателно подценяване на законовата разпоредба за разработване и внедряване на Национална здравна карта, като „стопер“ на безконтролно развихрящото се предприемачество в здравеопазването доведе до:

- ❖ нахлуване в медицинския глосариум на такива понятия, като „свободен здравен пазар“, „пазарна автономия“, „пазарни квоти“, „конкурентно способност“, „бенч маркинз“ и др.
- ❖ повсеместно нарастване на ненужното търсене на здравни услуги, (особено в сферата на болничната помощ), предизвикано от тези, които ги предоставят;
- ❖ задълбочаване на конфликтите около разхода на средства за необходимите на обществото приоритетни здравни услуги, включително и на тези от предметния обхват на системното клинично направление „анестезиология и интензивно лечение“;
- ❖ усилване на политическия натиск за не нарастване на публичните финансови средства (осигурителни и бюджетни) за здравни услуги в условията на ширеща се нелоялна конкуренция сред техните изпълнители.

Няма съмнение, че така очертаната в синтезиран контекст ситуация поражда сложни и отговорни задачи пред клиничния мениджмънт, които могат да бъдат решени чрез системно преследване на ясно определени цели и приоритети, съдържащи се в реално изпълними през следващите няколко години секторни стратегии за управление и контрол на разходите и качеството на -дейностите Това в пълна мяра се отнася и за секторното системно клинично направление „анестезиология и интензивно лечение“.

Известно е, че целите и приоритетите трябва да са достатъчно предизвикателни, но не и самонадеяни. Ето защо една от ключовите задачи на дисертационния труд е да фокусира вниманието и дейността на изпълнителите на анестезиологични и интензивни лечебни услуги, върху няколко алтернативни цели и приоритети, тъй като многогодишната практика в областта на здравния мениджмънт нееднократно е доказала че:

а) приоритетите стават безсмислени, ако включват всичко, поради което не всяка цел заслужава да бъде приоритет;

б) приоритетни могат да бъдат само онези цели, които са изпълними в реално време с реални финансови и материални ресурси и мотивиран човешки капитал.

Реализиране на идеята за контрол на разходите и подобряване качеството на дейностите в отделна болнична клинична структура е сравнително нова концепция за българския здравен мениджмънт. Анализът на резултатите от провеждащата се реформа е солидна основа, върху която тя може да бъде построена. Т.е. на лице са вече условия за стратегическо клинично мениджърско мислене и практика. Но и тук се налага предпазливост, защото модел за клиничен мениджмънт, наложен от ръководител на клинична структура, но несъобразен с възгледите на тези, които ще го прилагат и изпълняват е без стойност. В този смисъл друга ключова задача на дисертационния труд е да очертае полето на „поделената отговорност” между дисертанта, като автор на модела и партньорите му-колеги в клиничната структура (лекари, медицински сестри и друг персонал), съпричастни на неговото внедряване и изпълнение.

ОБОБЩЕНИ ДАННИ И РЕЗУЛТАТИ ОТ ПРЕГЛЕД НА ЛИТЕРАТУРАТА ПО ДИСЕРТАЦИОННАТА ТЕМА

Прегледът на литературата по дисертационната тема в обем 66 страници обхваща 103 литературни източници , от които 60 на латиница и 43 на кирилица .

Съдържанието на прегледа на литературата е систематизирано и се състои от три взаимно свързани раздела, включващи общо осем библиографски панели, в които се анализират публикувани концепции , съждения, обстоятелства и факти по проблеми, имащи отношение към дисертационната тема , както следва :

1. Проблемът: „приходи/разходи”, обуславящ необходимостта от непредубеден системен анализ на съществуващите и от проспективен системен синтез на бъдещи практики за неговото оптимално решаване в интерес, както на субектите, които финансират здравните услуги, така и на тези , които ги произвеждат. Произтичащите от диверсификацията на този проблем практики са представени в следната логическа последователност :

1.1. Практики, касаещи източниците на средства за производство на здравни услуги: социално здравно-осигурителни, бюджетни. доброволни здравно-застрахователни.

1.2. Практики, отнасящи се за определяне нивата на разходите при производството на здравни услуги и на зависимостта им от величината на brutния вътрешен продукт и паритета на покупателната способност във всяка европейска страна.;

1.3. Практики, касаещи солидарността и конкуренцията при финансирането, предоставянето и ползването на здравните услуги и тяхната връзка със здравното застраховане, данъчното облагане, социалното осигуряване и „джобните плащания”.

1.4. Реформаторски практики в системите за здравеопазване, на европейските страни, като политическа основа на стратегиите им за рационално структуриране, финансиране и контрол на разходите в лечебните заведения и нейната зависимост от стратегически значими демографски, технологични, социални фактори и новаторски инициативи за въвеждане на корпоративно управление на лечебните заведения.

Диверсификационният демарш на този библиографски панел се разпростира и върху такива важни теми, като:

а) увеличаване на средствата за финансиране на здравните услуги чрез пренасочване на такива от други пера на обществения разход, посредством увеличаване на здравно-осигурителните вноски или данъците;

б) контрол на разходите, чрез прилагане на стратегии, оказващи влияние върху търсенето и предлагането на здравни услуги ;

в) стимулиране на доброволното здравно застраховане и въвеждане на конкуренция между лечебните заведения по отношение на здравни услуги, заплащани с осигурителни или бюджетни средства;

г) контрол на разходите за материали, енергия, време и консумативи; усъвършенстване на методите за заплащане на труда на работещите в лечебните структури по правилото „според количеството, професионалната компетентност, сложността и качеството на извършените дейности”;

д) съставяне на пакети от приоритетни здравни услуги, като стратегически механизъм за рационално разпределение на средствата за тяхното финансиране и контрол на разхода.

2. Проблемът: *„управление и контрол на качеството на здравните услуги”*, включващ преглед на литературата по такива въпроси като:

2.1. Финансиране и качествено предлагане на здравни услуги, касаещо:

а) облигатността на връзката *„финансиране-качество”* в контекста на европейската инициатива *«движение в полза на ефекта от лечението»*;

б) ключовите направления на рамковия периметър на проблема *«финансиране-качество»*.

2.2. Информационното осигуряване на сложните аспекти на подходите за подобряване и устойчиво развитие на качеството на здравните услуги по трите им, формулирани от A.Donabedian, координати: *структура-процеси-результати*;

2.3. Избора на стратегии за осигуряване на качество и на техните измервания: непрекъснатост, способности за оценка, разграничение между вътрешни и външни одити

3. Проблемът „избор на модел за управление на качеството на здравните услуги“ измежду най-често използваните в световната практика такива: «акредитация», ISO 9001:2015; EFQM-Excellence Model, цикъла PDCA на Deming .

Съдържанието на прегледа на литературата по дисертационната тема, неговото систематизиране и коректна интерпретация позволи да се направят следните по-важни обобщения изводи:

1. Популярният характер на провежданите в страните от Европейския съюз реформи в системите им за здравеопазване са приоритетно насочени към контрола на разходите за здравни услуги и към мобилизация на потенциала, с който 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 компонентите в триадата: „финансиране-->контрол на разходите-->качество“.

3. Съществуват взаимосвързани убеждения за подобряване и устойчиво развитие на качеството на здравните услуги, които в даден момент изкрystalлизират в ясно обособен конкретен избор от новаторски организационни форми без да се нарушава равновесието на системата като цяло—например въвеждане на корпоративна форма на управление в лечебния сектор на здравеопазването (публично-частно партньорство

4. Мерките за контрол на разходите, както и тези за подобряване и устойчиво развитие на качеството в клиничните структури на лечебните заведения трябва да се планират , реализират и оценяват при отчитане на факта, че тези структури не са затворени „в себе си“ системи , а такива които са подложена на постоянно въздействие от множество динамично променящи се фактори (демографски, технологични, културни, политически, организационни-новаторски и др.), влияещи пряко на величината и структурната характеристика на пациентите потоци и на ограниченията , налагани от социално- икономически ситуации.

5. Управлението на качеството в съвременно лечебно заведение или в негова клинична структура 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) качество на дейностите (процесите), използвани (прилагани) при производството на здравната услуга;

в) качество на резултатите от оказаната здравна услуга .

6. 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 изпълнителска верига на болничната клинична структура: „началник на клиничната структура-->старша медицинска сестра--> лекари --> професионалисти по здравни грижи--> помощен персонал “.

7. Все по-сложният характер на здравните услуги се отразява в голяма степен, както на тяхната конфигурация и на начините на предоставянето им, така и на градиента им за качество .

8. Ефективното управление на качеството в съвременно лечебно заведение, или в негова клинична структура изисква наличие на надежден механизъм за контрол върху разходите за производство на здравни услуги в т.ч. и за осъвременяване на разходите за заплащане на труда на техния персонал чрез налагане на формулата „според количеството, професионалната компетентност, сложността и качеството на извършваните дейности“.

9. В Европейското здравеопазно пространство са на лице 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.

10. Основните принципи на стратегията за подобряване и устойчиво развитие на качеството в съвременно лечебно заведение, или в негова клинична структура могат да бъдат реализирани чрез внедряване на някоя от световно утвърдените системи за управление на качеството: ISO 9001:2015, Европейската програма за управление на качеството EFQM-excellence model, цикъла на Деминг PDCA, акредитацията.

РАБОТНА ХИПОТЕЗА, ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДИ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

1. РАБОТНА ХИПОТЕЗА НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

Ядро на работната хипотеза на изследването са недостатъчно проучените съществени проблеми на управлението и контрола на разходите и на качеството на медицинските дейности в клиника по анестезиология и интензивно лечение, и на възможните подходи за тяхното решаване. Придържайки се към тази главна опорна точка имаме намерението да обосновем, че:

1.1. Всяка добре промислена мениджърска изява на микро институционално ниво (клиника) в болничния сектор на здравеопазването за усъвършенстване на контрола върху разходите при производството на здравни услуги и за подобряване на тяхното качество е локална проекция на едно от главните направления на интегрираната „Национална стратегия 2014-2020” за подобряване здравето на нацията и на технологиите за съвременна и качествена диагностика и лечение на болните;

1.2. Следваната през последните години политика за бавно нарастване на относителния дял от обществения здравен финансов ресурс за развитие на системното клинично направление „анестезиология и интензивно лечение” е предпоставка за изоставане от европейските стандарти за качество на произвежданите от него здравни услуги и е кризисна за здравето и живота на пациенти с тежко протичащи заболявания и травматични увреждания;

1.3. Недостатъчното финансово осигуряване на анестезиологичните и интензивните лечебни услуги, липсата на съвременна методика за контрол на разходите, свързани с тяхното производство, незадълбоченият анализ на индикаторите, характеризиращи тяхното качество, както и незадоволителния професионален дебат за дългосрочните приоритети и цели на реформата в системното клинично направление „анестезиология и интензивно лечение” са причина за зараждащият се професионално-съсловен песимизъм към нейното осъществяване;

1.4. Действащият модел за смесено (социално здравно осигурително + бюджетно) финансиране на услугите, произвеждани от структурите по анестезиология и интензивно лечение и произтичащите от него смесени подходи за перспективното им програмиране и ретроспективно заплащане

води до некоординираност на държавния, здравно осигурителния и професионално-съсловния контрол върху качествените еквиваленти на разходвания за тях съвкупен финансов ресурс.

1.5. Повърхностните разчети за потребностите на населението от качествени анестезиологични и интензивни лечебни услуги, както и финансовите бариери, пред които се изправят регламентираните от Закона договарящи се страни са причина за подценяването им в ежегодните Национални рамкови договори и в индивидуалните такива с техните изпълнители;

1.6. Липсата на стабилна стратегическа визия за усъвършенстване на управлението, контрола на разходите и качеството на дейностите в структурите по анестезиология и интензивно лечение е причина за честата промяна на приоритетите под влияние на конюнктурни политически и корпоративни интереси и за непрекъснатата еквилибристика от страна на Министерството на здравеопазването, Националната здравно осигурителна каса и съсловната организация на лекарите в хода на тяхното реформиране;

1.7. Субекти на качеството на анестезиологичните и интензивните лечебни услуги са: лекарят (носител на съответна компетентност и притежаващ професионален еталон за качество) и пациента-потребител (или друго заинтересовано лице) на тези услуги, който също носи своя специфична компетентност и потребителски еталон за качество;

1.8 Избраният модел за управление на качеството на анестезиологичните и интензивните лечебни дейности трябва да отговаря на изискванията за компетентност и капацитет, за да въздейства върху неговите фактори и да осигурява системен мониторинг върху динамиката му в съвременна структура по анестезиология и интензивно лечение.

2. ЦЕЛ И ЗАДАЧИ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

2.1. Целта на настоящото изследване е съставяне на концептуална рамка и работен модел на ефективна технология за управление и контрол на разходите и на качеството на дейностите в клиника по анестезиология и интензивно лечение, която да отговаря на:

а) европейските тенденции и стандарти за управление на качеството на здравните услуги ;

б) настоящото състояние на нейния човешки, финансов, технологичен и информационен ресурс;

в) етапното ѝ развитие в средносрочен и дългосрочен план;

2.2. Във връзка с постигането на тази цел са определени за изпълнение следните изследователски задачи:

а) изучаване на международните практики за контрол на разходите и за системно наблюдение, оценяване, управление и устойчиво развитие на качеството в клиничните структури на лечебните заведения за болнична помощ;

б) изучаване и анализиране на факторите, оказващи влияние върху всеки компонент от триадата „финансиране--> контрол на разходите --> качество на анестезиологичните и интензивните лечебни дейности”, обуславящи удовлетвореността на пациентите от оказаната им медицинска помощ в Клиниката по анестезиология и интензивно лечение при УМБАЛ „Св.Анна”АД София;

в) изучаване и анализиране мнението на лекарите и на професионалистите по здравни грижи, относно необходимостта от внедряване на основаващ се на научни доказателства модел за контрол на разходите и управление на качеството на произвеждащите се в клиниката здравни услуги;

г) установяване доколко интегритета на клаузите на медицинския стандарт по анестезиология и интензивно лечение зависи от внедрения в клиниката модел за управление на тяхното качество;

д) подчертаване обiligатността на връзката между качеството на човешките и материалните ресурси, предлагането на качествени анестезиологични и интензивни лечебни услуги и произтичащите от това задължения на вътрешния одит на качеството в клиниката;

е) разработване на Модел за организация и управление на качеството в клиниката, ползвайки смисловата конструкция на превъзходния модел на Европейската Фондация за Управление на качеството (EFQM-Excellence model)

3. ОБЕКТ И ПРЕДМЕТ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО.

3.1. *Обект на изследването* съгласно логиката на работната хипотеза, целите и задачите на същото е управлението на несъответствията на компонентите от триадата „финансиране->контрол на разхода-->качество на анестезиологичните и интензивните лечебни дейности”.

3.2. *Предметът на изследването* включва критериите, изграждащи цялостната конструкция на модела за:

- а) контрол.на.разходите.в.клиниката;
- б) управление на качеството в клиниката, близко до смисловото съдържание и структурната конфигурация на EFQM Excellence model-a.

3.3. Единици на изследването са:

- а) фиксирани, полу-фиксирани и променливите разходи в клиниката;
- б) деветте критерия (5 „предпоставки-средства” и 4 „резултати”) за оценка на качеството на дейностите в клиниката.

4. МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИ НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

4.1. *Материалите, върху които се провежда изследването* са значителни по обем и обхващат съществените проблеми на организацията и управлението на разходите и качеството на дейностите в здравеопазването.

Същите условно са комплектувани в четири пакета:

а) *Чуждестранни и български литературни източници.* Това са публикувани статии, монографии, реферати и ръководства, в които се разглеждат въпроси по организацията и управлението на разходите и качеството в здравеопазването изобщо, и в частност–на способите за тяхното теоретично осмисляне и практическо приложение в съвременно лечебно заведение.

б) *Международни анализи и доклади,* отразяващи състоянието на финансирането контрола на разходите и качеството в здравеопазването.

в) *Закони и подзаконови нормативни актове в областта на здравеопазването.*

г) *Български документални материали:* национални здравни стратегии от 1997, 2001, 2008 и 2014 година, Концепция „Цели за здраве 2020”, годишни отчети на министъра на здравеопазването за състоянието на здравето на гражданите, статистически сборници на НСИ и НЦОЗА и др..

4.2. *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 лекарите и специалистите по здравни грижи в Клиниката по анестезиология и интензивно лечение при УМБАЛ „Св. Анна” АД и на институционализирани потребители на нейните услуги по проблеми, съотнесими към дисертационната тема;

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 дейностите в КАИЛ и зависимостта на същото от ресурсния, квалификационния и морално-волевия капацитет на нейния човешки капитал;

*усъвършенствана организация на работната заплата в КАИЛ, отчитаща количеството, професионалната компетентности, сложността и качеството на извършваните медицински и мениджърски дейност

РЕЗУЛТАТИ ОТ ПРОВЕДЕНОТО ИЗСЛЕДВАНЕ

1. КОНТЕКСТУАЛЕН КЛИНИЧЕН И УПРАВЛЕНСКИ АНАЛИЗ НА ФАКТОРИТЕ, ОКАЗВАЩИ ВЛИЯНИЕ НА ПРОБЛЕМИТЕ-ОБЕКТ НА ДИСЕРТАЦИОННОТО ИЗСЛЕДВАНЕ

1.1. АНАЛИТИЧЕН ПРОФИЛ НА МИСИЯТА, ВИЗИЯТА, ЦЕЛИТЕ И ЗАДАЧИТЕ НА КАИЛ ПРИ УМБАЛ «Св. Анна»-София в ПРОСПЕКТИВЕН КОНТЕКСТ

Управленският Модел за контрол на разходите и подобряване качеството на дейностите в Клиниката по анестезиология и интензивно лечение при УМБАЛ „Св. Анна” АД -София е съставен в съответствие с:

*провежданата от ръководството на болницата политика за реформа в нейната структура, функции, организация на дейностите и финансиране, в контекста на актуализираната стратегическа рамка за развитие на здравеопазването в България;

*изискванията на медицинския стандарт в сферата на анестезиологията и интензивното лечение;

*заимствани от публикувани в български, европейски и северноамерикански литературни източници идеи и практики за болничен и клиничен мениджмънт на разходите и качеството на здравните услуги.

Съдържащите се в Модела приоритети, цели и задачи фокусират вниманието на ръководството на клиниката и това на лекарите, на стационарните и анестезиологичните медицински сестри към програмирана диверсификация на „съпричастността”им, т.е. на правата, задълженията и отговорностите им в контрола на разходите при осъществяваните в клиниката диагностични, лечебни и образователни дейности и към устойчиво развитие на тяхното качество.

Концептуалните ориентири на Модела са съобразени с императивната разпоредба на чл.чл. 69, 70 и 71 от Закона за лечебните заведения и са систематизирани съгласно изискванията на:

* класическия мениджърски подход за изготвяне на такъв род документи;

* работната хипотеза на дисертационното изследване,

в следния порядък: *мисия, визия, цели и задачи.*

Във връзка с това в контекстуалния анализ на факторите, оказващи влияние върху проблемите-обект на дисертационното изследване в Клиниката по анестезиология и интензивно лечение при УМБАЛ „Св. Анна”-София бе ясно определено, че:

А. МИСИЯТА на клиниката е да осъществява своевременни и качествени анестезиологични и интензивни лечебни услуги, клинично обучение на студенти и лекари-специализанти и разработване на научно-приложна проблематика по прецизно дефинирани медико-професионални образователни и научни критерии, при съчетаване на медицинските стандарти, академичната самостоятелност и отговорността пред пациентите, професионалната общност и държавата.

Б. ВИЗИЯТА на клиниката е да утвърждава своята роля на медицинска, образователна и научна новаторска болнична структура с национална значимост.

В. ОСНОВНАТА ЦЕЛ на клиниката е да определи и посрещне по най-добрия начин в рамките на установените в предмета на нейната дейност функции потребности:

*на пациенти-от качествени анестезиологични и интензивни лечебни услуги;

*на студенти и специализанти-от съвременни знания и умения по специалността „анестезиология и интензивно лечение”.

Ефективността от реализирането на така формулираната основна цел на клиниката намира израз в развитието на осъществяваната от нея дейност в съответствие с изискванията на едноименния медицински стандарт за ресурсно осигуряване, с критериите на превъзходния модел на Европейската Фондация за Управление на Качеството (EFQM-Excellence model) и с желанието на нейното ръководство за интегрирането ѝ по достойнство с водещите университетски и други болнични структури по анестезиология и интензивно лечение в столицата и страната.

В резултат на задълбочено проведения контекстуален анализ бе установено, че основната цел за развитие и дейност на клиниката може да се постигне през следващите години чрез декомпозирането ѝ на следните, реално осъществими в организационен и професионално-медицински контекст под цели и задачи:

ПЪРВА ПОДЦЕЛ: Осъществяване на своевременни и комплексни изследвания за ранно откриване на:

*нагласи за възникване на нарушения в дихателната, сърдечно-съдовата, ендокринно-обменната и имуно-реактивната функции на пациента, дължащи се на генетични и други фактори на вътрешната среда; продроми за поява на кардио-пулмонален, ендокринно-обменен или централно-мозъчен „арест“; алергичен отговор спрямо различни видове анестезни средства.

*своевременна диагностика на възникнали нарушения на жизнено важни функции на пациента под въздействието (самостоятелно или комбинирано) на травматични, термични, токсични, микробни, алергогенни и други фактори от външно естество, както и на такива, породени от структурни промени или функционални отклонения в дейността на различни анатомични органи и системи;

*прилагане (под егидата на авангардни апаратни комплекси за надежден контрол на жизнено важни функции) на съвременни технологии за анестезия при хирургични, ендоскопски и др., изискващи обезболяване, интервенции:

- *ендотрахеални;*
- *комбинирани(ендотрахеални+регионални);*
- *епидурални-спинални-регионални блокове под УЗД контрол и ел. стимулатор;*
- *TIVA;*
- *i.v.седация и мониторинг;*
- *постоперативно обезболяване-ПКА;*
- *въвеждане на PICCO монитор, невромониторинг (интракраниално налягане, мозъчна оксигенация и перфузия, BIS, EEG);*
- *решаване на проблема „трудна интубация“ в операционна зала в структура за интензивно лечение;*

**-отвикване от апаратна вентилация чрез Smart Care модул;
-други.**

*** интензивно наблюдение и лечение на пациенти в след анестезия и след операционния (след инвазивния) период в срок специфичен за всеки отделен казус.**

***извършване на ресусцитационни мероприятия на пациенти с „арест“ на жизнено важни функции.**

ВТОРА ПОДЦЕЛ: Постигане на устойчиво развитие на качеството на материалната база, човешкия капитал, икономическите параметри на клиниката и на способите за тяхното управление, чрез реализиране на следните задачи:

***осъществяване на устойчива дългосрочна финансова стабилизация на клиниката чрез подобряване на ролевата ѝ функция в комплексното изпълнение на договорите между УМБАЛ „Св.Анна“ АД-София от една страна и НЗОК и доброволни застрахователни фондове-от друга.**

***провеждане на политика за целесъобразно разходване на средствата чрез методите, инструментариума и контролните механизми на съвременния икономически (в т.ч. финансов) мениджмънт, с оглед минимизиране на отношението разход/медицинска ефективност в рамките на „разумната целесъобразност“.**

***разработване и представяне на болничното ръководство на предложения за инвестиране в авангардни образци апаратура и техника, съобразени с изискванията на медицинския стандарт за качеството на анестезиологичната и интензивната лечебна дейност.**

***изграждане на широка мрежа взаимноизгодни отношения с центрове за спешна медицинска помощ и болнични заведения за активно лечение за оказване на методична и консултативна диагностично-лечебна помощ.**

***съставяне и въвеждане в действие на вътрешни правила за организация на трудовите възнаграждения и допълнителни материални стимули в клиниката на основата на правилото „според количеството, професионалната компетентност, сложността и качеството на извършените дейности.“**

ТРЕТА ПОДЦЕЛ: Усъвършенстване дейността на клиниката по клиничното обучение на студенти и специализанти и **преориентиране на научно-приложната дейност** към екипно изучаване на резултатите от внедрените в нея клинични протоколи (стандарты) за диагностика, лечение и интегрирани грижи на болните и на причинните фактори за високата честота на заявките за оказване на интензивни лечебни (в т.ч. ресусцитационни) мероприятия.

Необходимо е да се подчертае, че цялата последователност от действия за успешно решаване на произтичащите от главната цел подцели

и задачи е подчинена на новаторска мениджърска идея за трансформиране на много ликата и сложна функция на клиниката от „система за декретирано търсене” в „система за коректно професионално качествено предлагане” на съдържащите се в нейните продуктови портфейли диагностични, лечебни, образователно-квалификационни и научно-приложни услуги.

1.2. АНАЛИЗ НА ОРГАНИЗАЦИОННАТА СТРУКТУРА, УПРАВЛЕНИЕТО И ВЪТРЕШНИЯ ОБМЕН НА ИНФОРМАЦИЯТА В КАИЛ

А. ОРГАНИЗАЦИОННАТА СТРУКТУРА на Клиниката е интегрална част на УМБАЛ „Св.Анна”-София. Тя позволява да се осъществяват безпроблемно посочените в предмета на дейността ѝ диагностични, лечебни, образователни и научни продуктови портфейли.

В организационно-структурен план Клиниката се състои от:

а) консултативно-диагностична структура „кабинет за пред анестезни консултации” в който след интервю с пациента, физикален преглед и задълбочен анализ на извършени клинични лабораторни, образно-диагностични и функционални изследвания се определя степента на анестезиологичния риск по ASA.

б) стационарни структури:

*сектор „анестезиологичен” с анестезни работни места (анестезни зони) в операционните зали на клиниките по висцерална хирургия, акушерство и гинекология, неврохирургия, урология, ортопедия и травматология, лицево-челюстна хирургия, офталмология и ото-рино-ларингология;

*сектор „интензивно лечение”, средно годишно през периода 2012-2014 год. с 25 легла и с апаратурно-инсталационна съоръженост, съгласно клаузите на медицинския стандарт.

Структурният конгломерат на клиниката е показан на следващата фигура 1. (5)-органиграма.

По всяка вероятност той ще се нуждае от допълнително обсъждане с оглед оптимизирането му, както във вътрешно клиничен, така и във вътрешно болничен контекст. Това ще позволи да се формулират решения, насочени към по пълно оползотворяване на материално-техническите и кадровите възможности на клиниката и повишаване на рентабилността и качеството на извършващите се нея медицински, образователни и научни дейности.

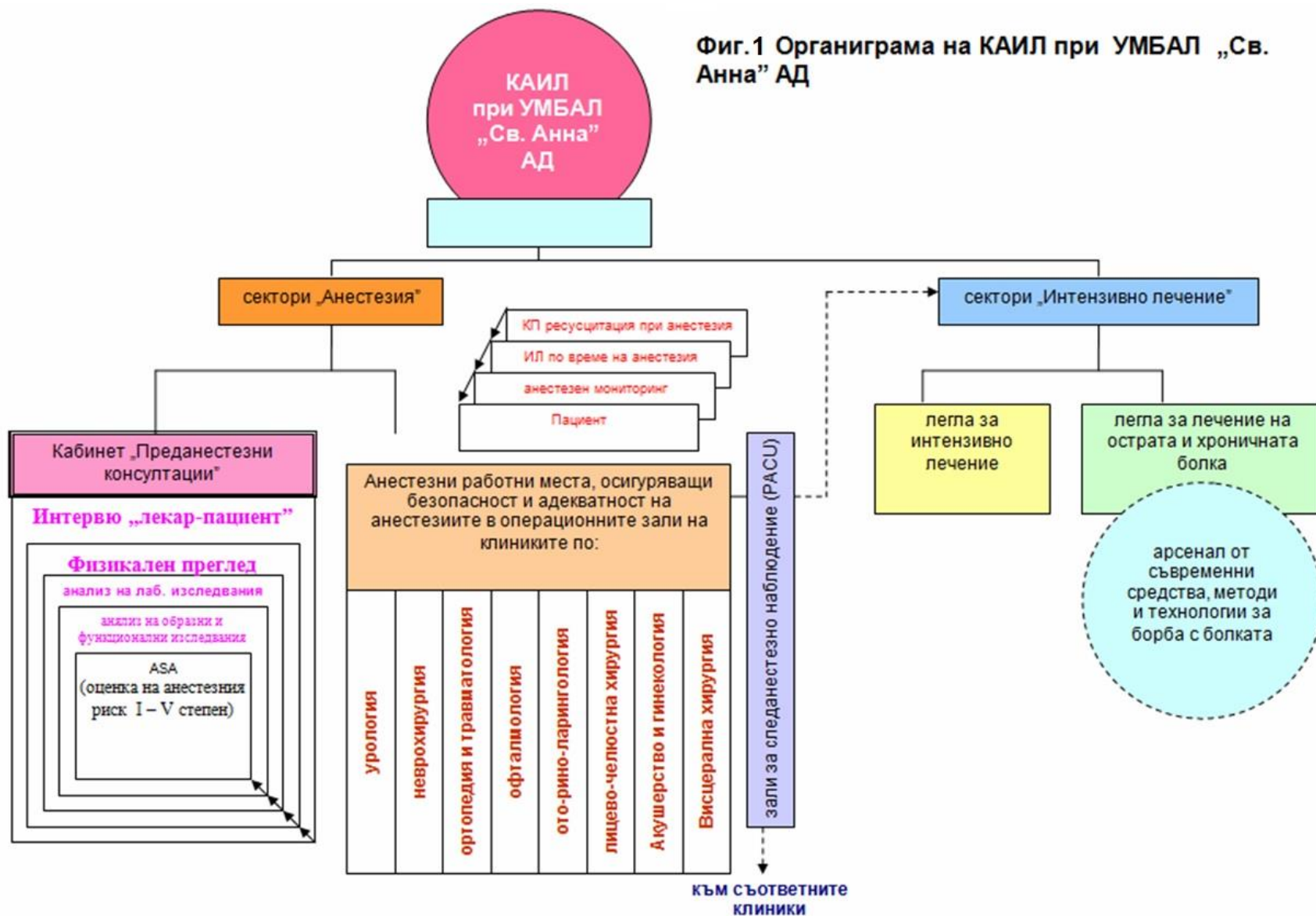
Б. УПРАВЛЕНИЕ И УПРАВЛЕНСКА СТРУКТУРА НА КАИЛ

Управлението на клиниката е субординирано на управлението на болницата. То се упражнява по ред и начин в съответствие с разпоредбите на Закона за лечебните заведения.

При упражняване на предоставените му Закона правомощия ръководството на клиниката се подпомага от отговарящите за секторите „анестезиологичен” и „интензивно лечебен”, *отговорниците на болничните операционни блокове* (посочени в органиграмата) *и от старшите медицински сестри на двата сектора*. Особено важни в случая са правомощията на двете старши медицински сестри на клиниката, разписани в длъжностните им характеристики или делегирани им главната медицинска сестра на болницата, състоящи се в:

- *организиране, ръководство и контрол върху качеството на интегрираните сестрински грижи на болните в клиниката;
- *ежедневен контрол върху хигиенното състояние на клиниката и върху изпълнението на дезинфекционната програма;
- *планиране и организиране на следдипломното обучение на медицинските сестри

Фиг.1 Органиграма на КАИЛ при УМБАЛ „Св. Анна” АД



*периодично представяне на ръководството на клиниката информация за изпълнението на протоколите и техническите фишове за добри сестрински грижи в сектора „интензивно лечение”, операционните зали, залата за след анестезно наблюдение (PACU) и в пред анестезния консултативен кабинет.

Периодично, не по рядко от един път месечно, ръководството на клиниката организира административни колегиуми с участието на всички лекари и старши медицински сестри, на които се обсъждат въпроси, отнасящи се до качествените аспекти на диагностично-лечебната дейност, грижите за болните и изпълнението на учебните и научни програми.

Посочената конструкция на управлението на клиниката по анестезиология и интензивно лечение и на управленските компетенции на ангажираните в него лица:

*спомага за разпределението на отговорностите при формирането, организирането, координирането, изпълнението и оценката на резултатите от програмните и оперативни решения в медицински, икономически, клинично-образователен и научно-приложен контекст;

*въвлича в руслото на т. нар. „*споделена отговорност*” всички лица от организационно-управленската пирамида на клиниката (началник и зам. началник-->отговорници на секторите „анестезиологичен” и „интензивно лечебен”-->ст. мед. сестри) при изпълнение на задачите за подобряване и устойчиво развитие на качеството на диагностичните, лечебните, образователните, научните дейности и грижите за болните;

*улеснява провеждането на взискателен контрол на разходите по отделни клинични звена и дейности с оглед тяхното рационално минимизиране.

Извършеният контекстуален анализ обаче показва, че наред с многото положителни страни така конструираната система за управление на клиниката съдържа и следните недостатъци:

*не катализира в необходимата степен въвеждането на мотивиращи, свързани с крайните резултати, схеми за работа в клиниката;

*стимулира „*нежното*” опониране от страна на отделни лица от персонала към управленчески, продуктови и технически иновации;

*затруднява ускореното въвеждане на иновативни проекти за управление и устойчиво развитие на качеството

Това наложи при отчитане на тези имплицитни за управленската конструкция на клиниката препятствия, да се поставят на дневен ред следните акценти:

*подобряване на информационно-аналитичната дейност с оглед подготовка на ефективни оперативни и програмни решения;

*разработване и внедряване на съвременен управленски модел за контрол на разходите и за подобряване и устойчиво развитие на качеството,

съобразен с принципите на науките: „икономика на здравеопазването” и „медицинска квалитология”;

* провеждане на информационни кампании, съвместно с пациентски организации с цел мобилизирани на обществени сили и средства за подпомагане на клиниката..

В. ВЪТРЕШЕН ОБМЕН НА ИНФОРМАЦИЯТА В КАИЛ.

Ръководството на КАИЛ е създадо условия за добри организационни и междуличностни комуникации, за да могат нейните ръководни и изпълнителски кадри да си съобщават факти, чувства и отношения, когато решават проблеми, произтичащи от Управленския модел за контрол на разходите и подобряване качеството на дейностите.

В резултат на това наличните в клиниката канали и методи за организационна комуникация трасират безпроблемно протичащата в нея информация в два основни потока: вертикален („отгоре-надолу” и „отдолу-нагоре”) и хоризонтален .

А. *Комуникационният поток „отгоре надолу”*, т.е. от ръководител към подчинени (видно от следващата фигура) има за цел:

- * да даде специфични нареждания и инструкции, свързани със изпълнението на задачи по подобряване на качеството;
- * да предостави информация за организационните процедури, които трябва да се съблюдават при изпълнението на задачите;
- * да даде известна информация за смисъла на работата, която трябва да се извърши;
- * да разкаже на изпълнителските кадри какви са резултатите от тяхната работа в контекста на политиката за контрол на разходите и подобряване качеството на дейностите.

Обикновено по комуникационния канал „отгоре надолу” ръководството на клиниката предоставя на служителите такива писмени документи като: нормативно уредени изисквания за качество на здравните услуги (медицински стандарти, акредитационни критерии и показатели); административни и технико-технологични документи, свързани с безопасността на пациентите и служителите и с правилата за работа с апаратурата; копия от длъжностни характеристики и др. Ръководството на клиниката обаче счита, че информацията предавана по комуникационния канал „отгоре надолу” трябва да бъде дозирана по обем, честота и интензивност и същевременно да бъде предоставена на ясен и разбираем език, тъй като пренасянето с информация може да доведе до нейното пренебрегване или неразбиране.

Б. *Комуникационният поток „отдолу нагоре”* в клиниката има за цел да предостави на ръководителите на различните равнища в управлен-ската ѝ структура на такава и толкова по вид и обем информация, каквато им е

необходима за по-пълно изясняване на проблемите, свързани с контрола на разходите и качеството на дейностите с цел предприемане на адекватни по време и място мениджърски действия за тяхното решаване.

Използваните в клиниката методи за организационна комуникация „отдолу нагоре” са много, но главният от тях е този, който кореспондира с особеностите на нейната, посочена на фиг. 2. (5.1) управленска структура.



Фиг. 2 (5.1) Комуникационен поток в посока „отдолу нагоре” и „отгоре надолу“, следващ йерархичността на управленската структура на КАИЛ.

Този комуникационен поток включва следните задължителни компоненти:

* *Процедура за оплаквания*, даваща възможност на всеки служител да се оплаче от произволните действия на непосредствения му ръководител и особено такива, нанасящи вреди на качеството на здравните услуги (несъблюдаване изискванията на медицинските стандарти, подценяване на правилата за борба с вътре болничните инфекции, насаждане на недоверие към вътрешните одиторски процедури за акредитационно съответствие и др.)

* *Политика на отворената врата*, даваща възможност на всеки, или на група служители да предложат на непосредственият си началник свои виждания за подобряване качеството на здравните услуги. Особено полезни в случая се оказаха създадените в клиниката т. нар. „неформални качествени кръгове”.

* *Съвещания и интервюта*, организирани от определеното от ръководството на клиниката лице по вътрешно одитиране, на което служителите на болницата могат да предлагат за обсъждане свои виждания и препоръки за подобряване качеството на здравните услуги. Паралелно с това особено полезни са и обсъжданията на проблеми по качеството на разширени заседания на Комисията за борба с вътре болничните инфекции, на Съвета за здравни грижи, на Комисията по лекарствена политика и др.

В. *Хоризонталните комуникационни потоци между специалистите от КАИЛ и тези от другите болнични структури* се осъществяват посредством регулярно провеждани клинични-образно диагностични, клинични-медицински лабораторни, клинични-микробиологични, клинични-патологоанатомични и клинични-фармакологични срещи, на които в колегиална атмосфера се създават възможности на непосредствените изпълнители на анестезиологините и интензивните лечебни дейности да координират действията си по изпълнението на целите и задачите, произтичащи от Управленския модел за контрол на разходите и подобряване качеството на дейностите в клиниката.

1.3. КЛИНИЧЕН ИНФОРМАЦИОННО-СТАТИСТИЧЕСКИ АНАЛИЗ НА ФАКТОРИТЕ НА СРЕДАТА, В КОЯТО БЕ ПРОЕКТИРАНА, КОНСТРУИРАНА И ЗАПОЧНАТА РЕАЛИЗАЦИЯТА НА МОДЕЛА ЗА КОНТРОЛ НА РАЗХОДИТЕ И ПОДОБРЯВАНЕ КАЧЕСТВОТО НА ДЕЙНОСТИТЕ В КАИЛ.

Съобразявайки се с изводите от аналитичния профил на мисията, визията, целите и задачите на клиниката в проспективен контекст бе отчетено, че перспективата ѝ да заеме стабилна позиция в институционалната структура на анестезиологичната и интензивно-лечебна помощ в страната ще се определя в значителна степен от умението на нейното ръководство да подлага на коректен системен анализ факторите, които оказват влияние върху количествените и качествени параметри на нейните дейности и на резултатите от тях.

Във връзка с това още в началната фаза на дисертационното изследване бе извършено:

1.3.1. АНОНИМНО АНКЕТИРАНЕ НА МНЕНИЕТО НА ЛЕКАРИТЕ ОТ КЛИНИКИТЕ–БЕНЕФИЦИЕНТИ в УМБАЛ „Св.Анна”-АД-София, относно организацията и качеството на предоставяните им от КАИЛ здравни услуги.

Формулировката на въпросите в анкетната карта, отговорите по тях и коректната им, представена в синтетичен контекст, интерпретация са илюстрирани подробно в съдържанието на следващата таблица и съпътстващата я графика.

РЕЗУЛТАТИ ОТ АНКЕТИРАНЕТО НА 121 ЛЕКАРИ ОТ УМБАЛ „СВ.АННА” АД-СОФИЯ ЗА ОРГАНИЗАЦИЯТА И КАЧЕСТВОТО НА ПРЕДОСТАВЯНИТЕ ОТ КАИЛ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧНИ И ИНТЕНЗИВНИ ЛЕЧЕБНИ УСЛУГИ

1. Ползвате ли услугите на кабинета за пред анестезни консултации ?

да 57 =85 %	не винаги 25=25,6%	не 20 =16,5 %
----------------	--------------------	------------------

2. В процедурите „клиничен преглед на оперативния риск” участва ли лекар-анестезиолог?

да 93 =77,8%	не винаги 24=19,8%	не 4 3,3 %
-----------------	--------------------	---------------

3. Удовлетворява ли Ви качеството на прилаганите от лекаря анестезиолог анестезии по време на операции или при други инвазивни процедури?

111 =91,7%	не винаги 10 =8,3%	не 0.
---------------	--------------------	-------

4. Удовлетворява ли Ви професионализма на лекаря-анестезиолог при наблюдението, интерпретацията и оценката на жизнено важни хомеостазни индикатори по време на оперативна интервенция?

да 110 = 91%	не винаги 11= 9%	не 0
-----------------	------------------	------

5. Считате ли, че наложилите се по време на оперативна интервенция интензивни лечебни, в т.ч. ресусцитационни въздействия от страна на лекаря анестезиолог се подбират и прилагат професионално отговорно и с вещина?

да 111 =91,7%	не винаги 10=8,3%	не 0
------------------	-------------------	------

6. Каква е оценката Ви за участието на лекаря-анестезиолог по време на пребиваването на оперирания пациент в PACU (залата за ранно следоперативно наблюдение)?

отлична 72 =59,5%	добра 47 =38,8%	Незадоволителна 2=1,6%
----------------------	--------------------	------------------------

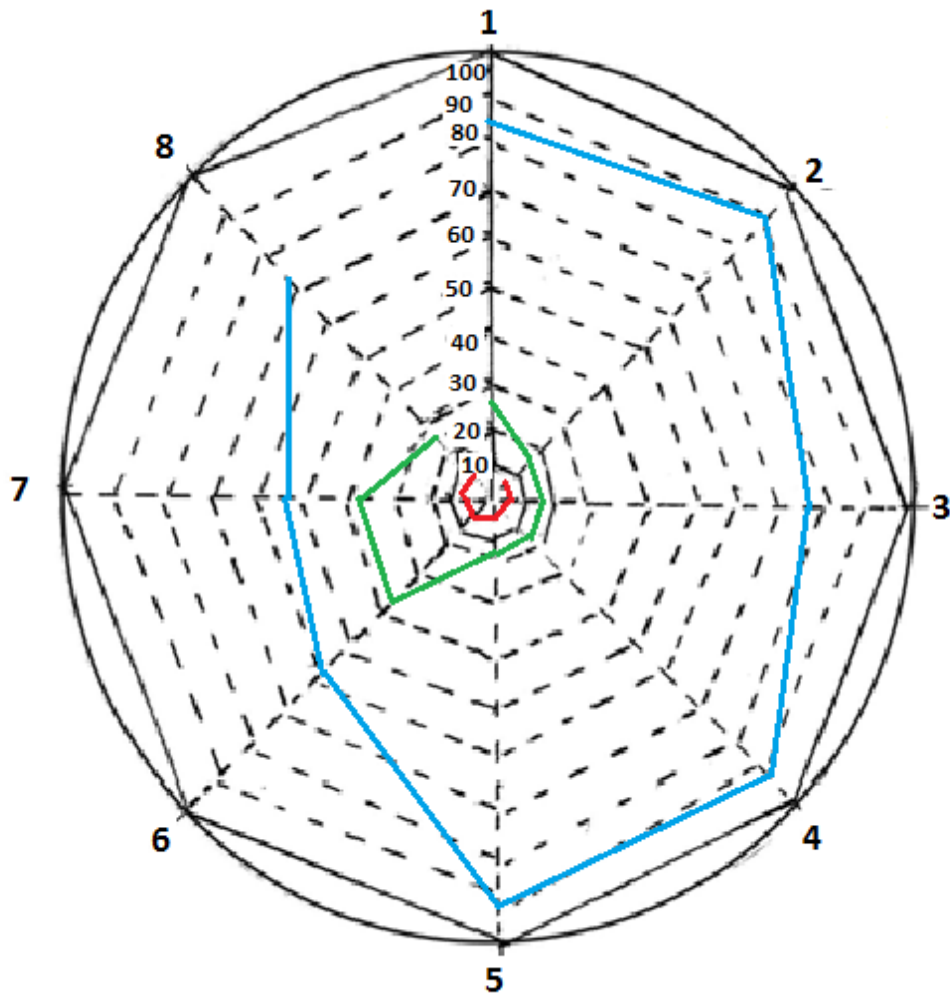
7. Търсено ли е компетентното Ви участие в диагностичното и лечебно осмисляне на проблемни пациенти, които в пред оперативния или следоперативния период са хоспитализирани в клиниката по Анестезиология и интензивно лечение?

винаги 71=57,7%.	понякога 50=40,6%	не 2=1,6%
------------------	-------------------	-----------

8. Считате ли, че двустранното Ви колегиално партньорство с лекаря анестезиолог, основаващо се на принципите на професионалната етика е предпоставка и гаранция за устойчиво развитие на качеството на взаимната Ви дейност?

да 88=72,7%.	не винаги 32=26,4%.	не 1 =0,9%
--------------	---------------------	---------------

Графика на индикаторите, образувачи съставния индекс (в %) на мнението на лекарите от клиниките-бенефициенти за организацията и качеството на предоставяните им от КАИЛ здравни услуги.



Пояснение 1

Цифрите от 1 до 8 в точките на най-външния периметър на графиката означават номера на въпроса от анкетната карта

Пояснение 2

- положителен отговор
- отговор „не винаги“
- отрицателен отгово

1.3.2. ПОДРОБЕН КЛИНИЧЕН ИНФОРМАЦИОННО–СТАТИСТИЧЕСКИ АНАЛИЗ НА ФАКТОРИТЕ НА СРЕДАТА, В КОЯТО ЩЕ СЕ ПРОВЕЖДА ПРОУЧВАНЕТО И РЕАЛИЗАЦИЯТА НА ДИСЕРТАЦИОННАТА ТЕЗА.

По същество тази *ретроспекция* обхваща тригодишен (2012, 2013, 2014 год.) времеви отсек и съдържа данни, анализи и коментарии за:

*осигуреността на населението в страната и по административни области (в т. ч. Софийска област) с анестезиологични и интензивни лечебни услуги;

*клиничния ресурсен капацитет на КАИЛ в УМБАЛ „Св. Анна”-София.

РЕТРОСПЕКЦИЯТА е систематизирана в два изследователски панела и илюстрирана с фигури и таблици, както следва:

1.3.2.1. АНАЛИЗ НА ФАКТОРИТЕ, ОПРЕДЕЛЯЩИ ВИДА, ВЕЛИЧИНАТА И СТРУКТУРАТА НА ПОТРЕБИТЕЛСКОТО ТЪРСЕНЕ НА ЗДРАВНИ УСЛУГИ, ПРЕДОСТАВЯНИ ОТ БОЛНИЧНИТЕ СТРУКТУРИ ПО АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И ИНТЕНЗИВНО ЛЕЧЕНИЕ ОБЩО ЗА СТРАНАТА, ПО АДМИНИСТРАТИВНИ ОБЛАСТИ И ОТ КАИЛ ПРИ УМБАЛ „СВ. АННА” АД-СОФИЯ.

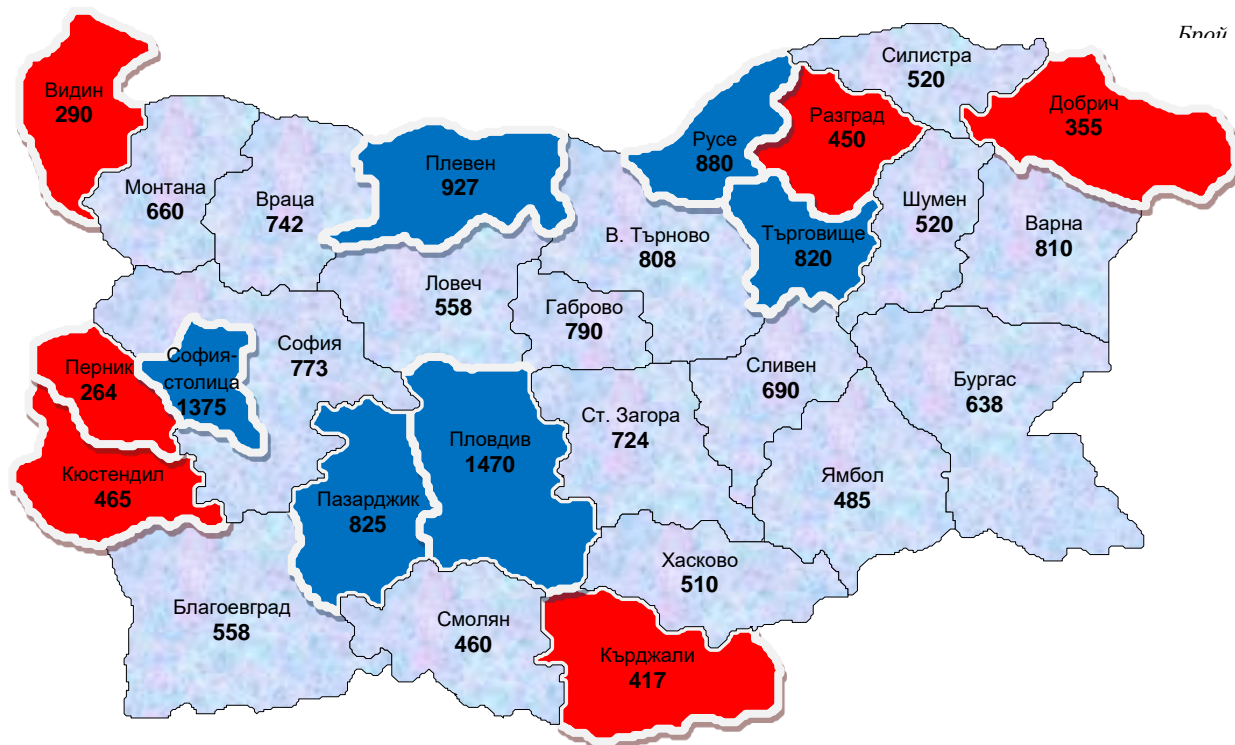
Видно от фиг.3 (б) и табл.1 (2) средно годишно през периода 2012-2014 год.в страната се извършват около 586804 анестезии или 815 на 10000 население (по повод на оперативни интервенции, от които 456113 или 77,72% по повод на хирургичните дейности, застъпени в предмета на дейност на клиничните структури по висцерална хирургия, акушерство и гинекология, урология, неврохирургия, ортопедия и травматология, офталмология, ото-рино-ларингология и лицево-челюстна хирургия.

Средно годишно през периода 2012-2014 год. в лечебните заведения на Софийска област се извършват около 18600 анестезии по повод на оперативни интервенции, от които 14385 или 77.24 % по повод хирургични дейности, застъпени в предмета на дейност на болничните структури по хирургия, акушерство и гинекология, урология, неврохирургия, ортопедия и травматология, офталмология, ото-рино-ларингология и лицевочелюстна хирургия.

Средно годишно през периода 2012-2014 г. в УМБАЛ „Св. Анна” АД-София са извършени 7090 анестезии по повод на оперативни дейности, застъпени в предмета на дейност на клиниките: урология, неврохирургия, ортопедия и травматология, акушерство и гинекология, офталмология, ото-рино-ларингология и лицево-челюстна хирургия.

фиг. 3.(6) Средно годишен брой анестезии по повод хирургични интервенции на 10000 население в страната и по области през предшестващ тригодишен период (2012-2014 год.).

Р България 815



Червено – най-ниски стойности

Синьо - най-висок

Табл. 1 (2) Анестезии – общо и по видове в страната, Софийска област и УМБАЛ „Св.Анна”

Брой на анестезиите и относителния им дял в общата съвкупност	Средногодишен брой анестезии в страната през периода 2012-2014г.		Средногодишен брой анестезии в Софийска област през периода 2012-2014 г.		Средногодишен брой анестезии в УМБАЛ „Св. Анна” през периода 2012-2014 г.	
	Брой	Относителен дял от общата съвкупност в %	Брой	Относителен дял от общата съвкупност в %	Брой	Относителен дял от общата съвкупност в %
1	2	3	4	5	6	7
ОБЩО	456113	100	14385	100	7090	100
<u>В това число по повод на:</u>						
1. Урологични операции	57700	12.65	2400	16.7	1009	14,2
2. Неврохирургични операции	9644	2.11	505	3.5	362	5,1
3.Ортопедо-травматологични перац.	91117..	20.0	2550..	17.7	717	10,1
4.Акушеро-гинекологични операции	120783.	26 .48	3100	21.6	886	12,5
.5. Офталмологични операции	55095	12.0	1520	10.6	984	13,9
6.УНГоперации	3504	7.68	750	5.2	830	11.7
7.Операции на храносмилат.с/ма	77083.	16.9	2710	18.8	1813	25,6
8.Лицево-челюстни операции	9644	2.11	850	5.9	489	6.9

Тази впечатляваща по обем анестезна дейност се извършва в страната от 1505 лекари–анестезиолози или 2,1 на 10 000 население фиг.4 (7), от които 23 лекари–анестезиолози в КАИЛ при Университетска многопрофилна болница за активно лечение „Св.Анна”АД.

Средно годишно на един лекар–анестезиолог в страната се падат 390 анестезии или средно дневно (след приспадане на почивните и празничните дни и тези за редовен годишен отпуск) 1,69 анестезии. За лекарите–анестезиолози от Софийска област средногодишната натовареност с анестезии е 300, а средно дневната–1,3. За лекарите от Клиниката по анестезиология и интензивно лечение при в УМБАЛ „Св.Анна”АД-София средногодишно през периода 2012-2014 год. тези величини са 546, съответно–2,36 .

Видно от фиг. 5 (8) средногодишно през периода 2012-2014 год. леглата за интензивно лечение в страната са 2405 (5,6% от общия брой на болничните легла). Осигуреността на 10000 население възлиза на 3,33 от този вид легла. В Софийска област броят на леглата за интензивно лечение е 118 (7,7% от общия брой на болничните легла,), а осигуреността на 10000 население от този вид легла е 4,9.

Средно годишният брой на лекуваните болни на 10000 население в структурите за реанимация и интензивно лечение и на проведените легло-дни в тях общо за страната и по административни области през периода 2012-2014 год. е илюстрирано подробно на фиг. 6 (9) и 7 (10).

*

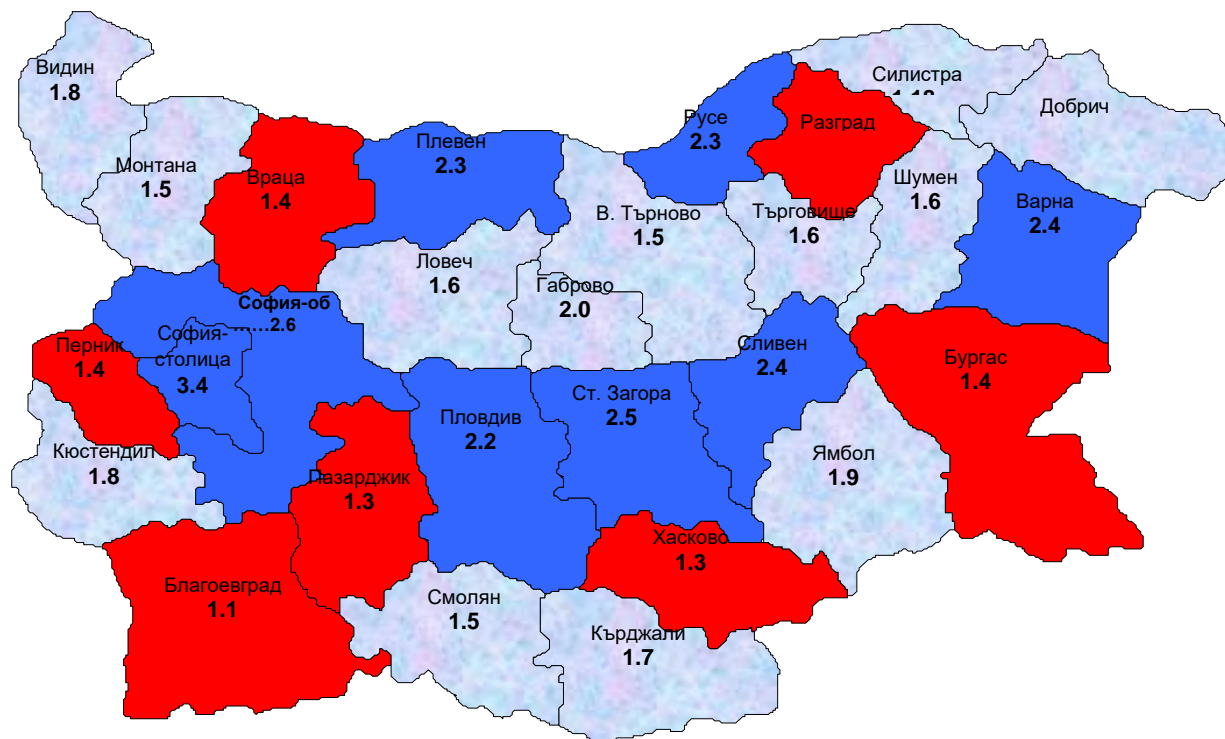
Анализът на факторите на средата, в която се осъществява развитието и дейността КАИЛ при УМБАЛ „Св.Анна” показва, че както през предшестващия три годишен период (2012-2014 год.), така и през следващите години тя ще продължава да заема важен сегмент в системата за болнична помощ и следователно-облигатна позиция в Националната здравна карта.

Същевременно данните от анализа на факторите на средата съдържат необходимата базова информация за бъдещото развитие на клиниката и за усъвършенстване на дейностите, съдържащи се в нейните диагностични, лечебни, образователни и научно проучвателни портфейли.

Фиг. 4 (7) Средногодишен брой лекари – анестезиолози на 10 000 население в страната и по области през предшестващ три годишен период (2012-2014 г.)

Р България 2.1

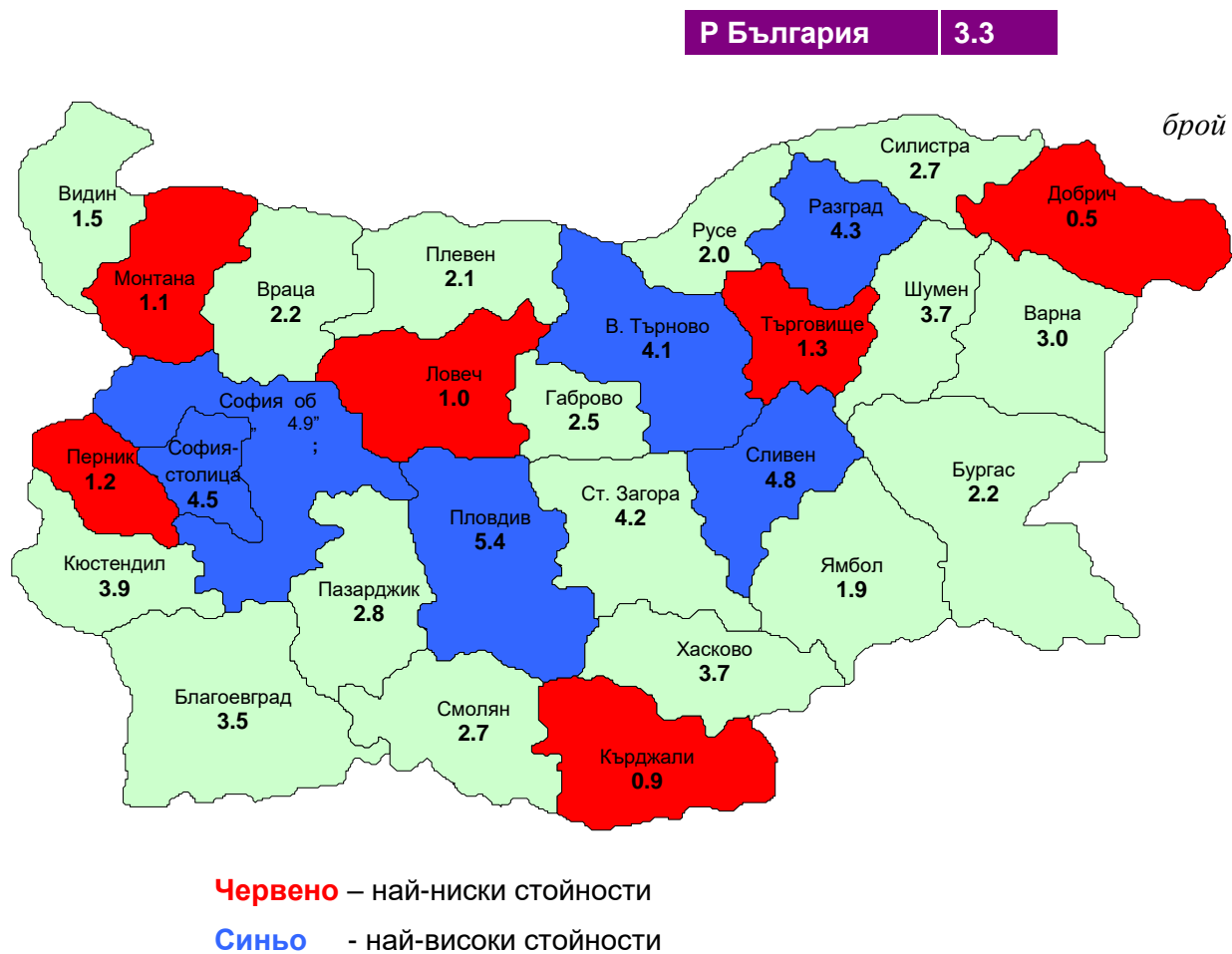
Брой



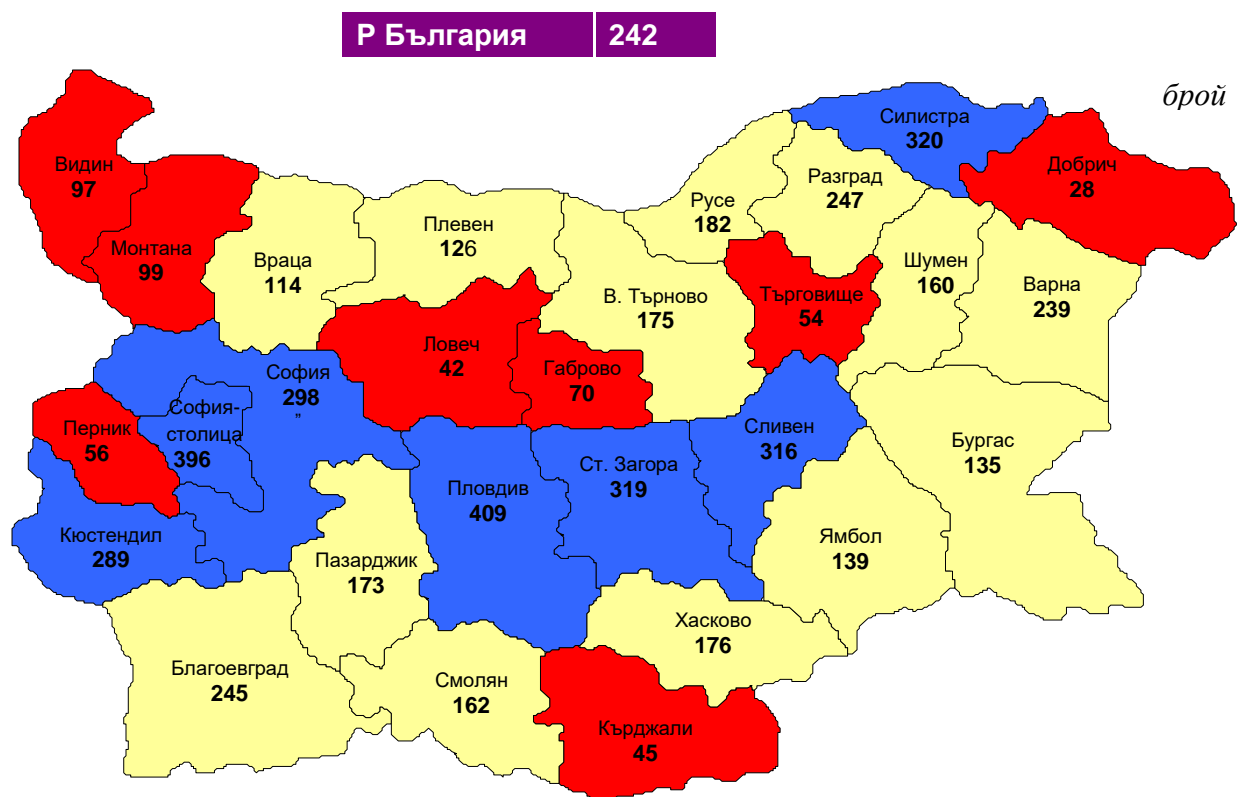
червено – най-ниски стойности

синьо - най-високи стойности

фиг. 5. (8). Средногодишен брой легла за реанимация и интензивно лечение на 10 000 население за страната и по области през предшестващ три годишен период(2012-2014 г.)



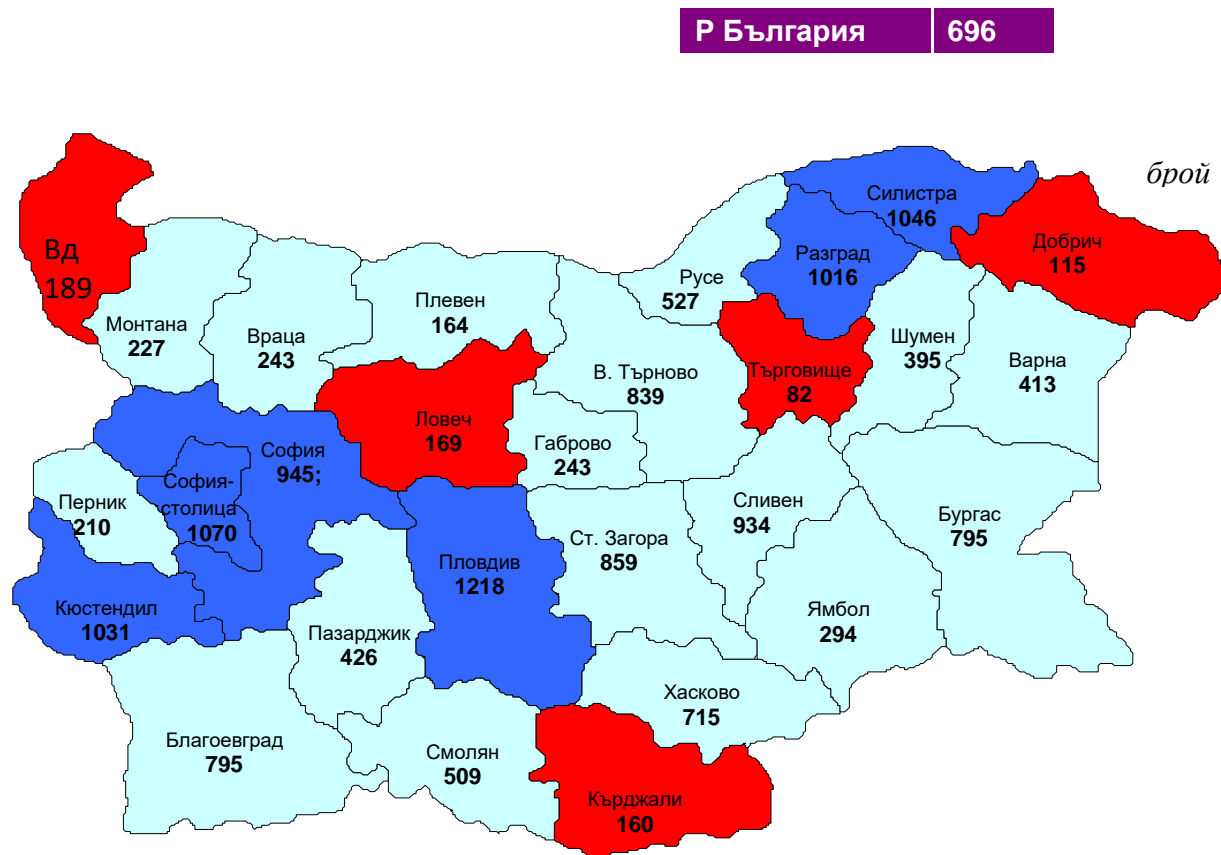
фиг.6.(9).Средногодишен брой на преминалите(лекуваните)болни в структурите за реанимация и интензивно лечение на 10 000 население за страната и по области през предшестващ тригодишен период (2012-2014 г.)



Червено – най-ниски стойности

Синьо - най-високи стойности

Фиг. 7 (10). Средногодишен брой на проведените леглодни в структурите за реанимация и интензивно лечение на 10 000 население в страната и по области .през предшестващ три годишен период(2012-2014 г.)



Червено – най-ниски стойности

Синьо - най-високи стойности

1.3.2.2. КЛИНИЧЕН АНАЛИЗ НА ИЗПОЛЗВАЕМОСТТА НА РЕСУРСНИЯ КАПАЦИТЕТ НА КАИЛ ПРИ УМБАЛ „Св. Анна” АД-София.

А. ИЗПОЛЗВАЕМОСТ НА КАПАЦИТЕТА НА СЕКТОР „АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ”

Табл.2.(5) илюстрира броя на анестезиите, извършени от КАИЛ при УМБАЛ „Св. Анна” през предшестващите три години и тяхната сложност в зависимост от тежестта на състоянието на пациентите (по ASA).

табл.2(5)

показатели \ години	2012 год.		2013 год.		2014 год.		общо за периода	
	Брой	%	брой	%	Брой	%	брой	%
общ брой на анестезиите в т. ч. по степен на анестезен риск:	7588	100	6835	100	6845	100	21268	100
1. ASA I	1094	14.4	999	14.6	1042	15.2	3125	14.7
2. ASA II	2347	30.9	1972	28.9	1825	26.7	6144	28.9
3. ASA III	3045	40.1	2537	37.1	2345	34.3	7927	37.3
4. ASA IV	1023	13.5	1252	18.3	1570	22.9	3845	18.1
5. ASA V	79	1.1	75	1.1	63	0.9	217	1.02

От същата е видно, че броя на анестезиите в зависимост степента на анестезиологичния риск през последните три години се променя в полза на тези от IV ст. по ASA.

Тази тенденция се нуждае от допълнителен системен анализ с оглед формулиране на адекватни управленски решения.

Анализът на данните в табл.3 (б) показва, че показателя за средния брой анестезии на една лекарска длъжност през анализирания три годишен период

е със слаба низходяща тенденция: 584 през 2012 год., 526 през 2013 год. и 527 през 2014 год.

Същата тенденция се наблюдава и при средно дневната натовареност с анестезии на една анестезиологична длъжност: 2,52 през 2012 год., 2,27 през 2013 год. и 2.28 през 2014 год.

табл.3 (6)

Години Показатели	2012 г.	2013 г.	2014 г.	средно за периода 2012-2014 г
1. средногодишен брой на анестезии на една анестезиологична длъжност*	584	526	527	546
2. средно-дневен брой анестезии на заета анестезиологична длъжност**	2,52	2,27	2,28	2,36

Забележка: 1. * броят на анестезиологичните длъжности в КАИЛ е 23

** броят на работните дни е 231 (365—134 почивни, празнични дни и дни за редовна годишна отпуса)

2. средногодишният и среднодневният брой анестезии на един анестезиолог е изчислена на 13 анестезиологични длъжности поради факта, че останалите 10 са били заети изцяло с осъществяване на интензивна лечебна дейност на увеличения, видно от табл. 4 (7), през визирания период с:

а) 83 % брой на леглата в сектора за интензивно лечение;

б) 32,2 % брой на лекуваните болни;

в) 53,2 % брой на проведените лечебни легло-дни.

Б. ИЗПОЛЗВАЕМОСТ НА КАПАЦИТЕТА НА СЕКТОР „ИНТЕНЗИВНО ЛЕЧЕНИЕ”

През анализирания период по официално приетите статистически показатели тя е със величини, посочени в табл.4 (7)

табл.4 (7)

Години Показатели	2012 г.	2013 г.	2014 г.
1. брой на леглата за ИЛ	18	24.	33.
2. преминали болни	2270.	2892.	3001.
3. реализирани легло-дни	6728.	9546.	10307.
4. среден болничен престой	2.96.	3.30.	3.43.
5.използваемост на леглата в %	102.4 .	109.	85.6.
6.оборот на леглата	126.1.	120.5.	90.9.

В. ОБРАЗОВАТЕЛНА ДЕЙНОСТ

В качеството си на клинична база на Катедрата по анестезиология и интензивно лечение при Медицинския университет-София за клинично обучение на студенти и специализанти по специалността „анестезиология и интензивно

лечение”, клиниката е приведена в изискуемата за целта готовност, както по отношение на необходимите за това преподавателски кадри, така и по отношение на материално-техническата база (учебни зали и кабинети, аудиовизуална апаратура и техника, учебен софтуер и др.)

Г. НАУЧНА ДЕЙНОСТ

До сега научно-приложната дейност на Клиниката е съсредоточена главно към изучаване на ранните и отдалечените резултати от внедрени в нея уникални анестезни и ресусцитационни технологии, каквито например са логистичните такива при много сложните висцерални-хирургични, акушеро-гинекологични, урологични, неврохирургични, ортопедо-травматологични, лицево-челюстни ,ото-рино-ларингологични и офталмологични оперативни интервенции.

Д. ИКОНОМИЧЕСКИ АНАЛИЗ НА КЛИНИЧНАТА ДЕЙНОСТ

Данните за най-важните показатели, характеризиращи икономическите процеси в Клиниката по анестезиология и интензивно лечение през периода 2013–2014 год. са показани на табл.5 (8)

табл.5.(8)

показатели \ години/сектори	2013 год.		2014 год.		средно за периода 2013 – 2014 г.	
	АС*	ИС**	АС	ИС	АС	ИС
среден разход на едно легло	х	108280	х	122649	х	115465.
среден разход на лекуван болен	54,8	1235	55,6	1348	55,2	1239
разход за „легло-ден”	х	374	х	392,7	х	383,6
разход за „лекарство ден”/ „лекарство-анестезия”	39	148	36,9	179,9	38	164,6
разход за „храно-ден”	х	1,63	х	1,54	х	1,58

**интензивно лечебен сектор

*анестезиологичен сектор

Посочените данни показват, че Клиниката по анестезиология и интензивно лечение е с впечатляващо висока издръжка на диагностичната и лечебната дейност и на грижите за болните. Без съмнение това се дължи на прилаганите в нея уникални, скъпоструващи анестезиологични и интензивно-

лечебни технологии, свързани с големи разходи на медицински консумативи за еднократна употреба, на сложни лекарствени комбинации, на кръв и кръвни продукти и т.н. Но независимо от тези обективни предпоставки за високи разходи бе разработен и апробиран през втората половина на 2016 год., основаващ се на научни доказателства управленски модел за техния контрол, насочен към разумното им минимизиране, но без негативно отражение върху качеството на медицинските дейности.

*

Показателите, характеризиращи дейността на Клиниката по анестезиология и интензивно лечение при УМБАЛ „Св. Анна” АД-София в медицински и икономически контекст, насочват вниманието на неговото ръководство към проблемните зони, в които задължително трябва да се извършат промени:

Д.1. Зона „увеличаване на паричните постъпления” от НЗОК, републиканския бюджет и от други юридически и физически лица, като в резултат на това се постигане:

*превръщане на клиниката във флексибилна болнична структура с променящ се пълнеж на продуктивния ѝ портфейл, съобразно вида и величината на потребителските заявки към произвежданите от нея анестезиологични и интензивни лечебни услуги;

*висок брой на лекуваните в клиниката пациенти, т.е. поддържане използваемостта на легловия фонд над 70% при запазване на достигнатата средна продължителност на болничния престой през периода 2012-2014 г. (3.40.дни).

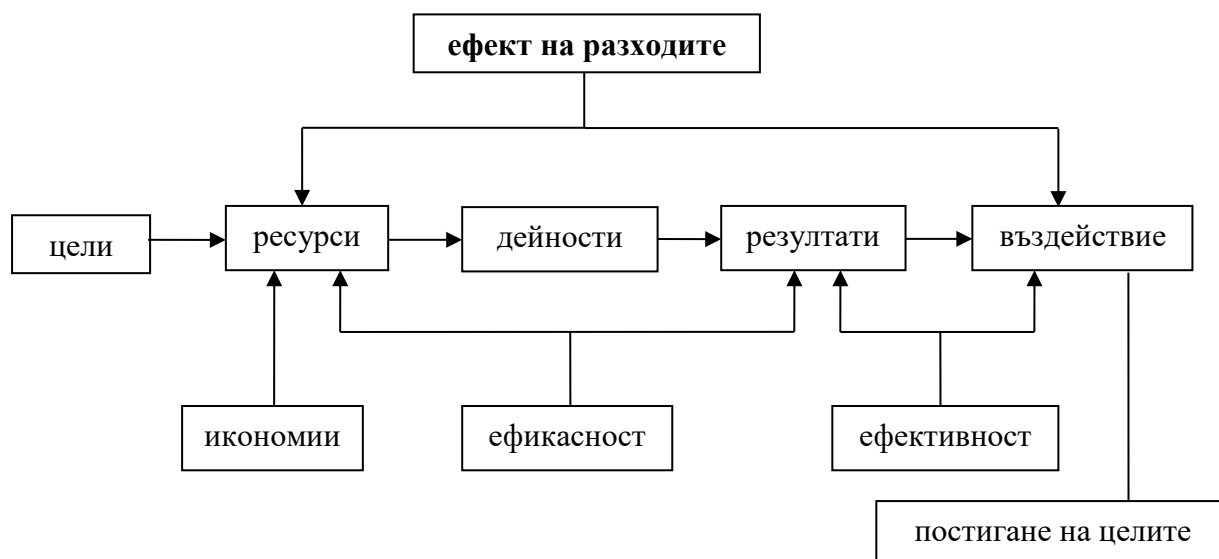
Д.2. Зона „включване в работа на пълни обороти“ професионално-интелектуалните и материално-техническите ресурси” на клиниката чрез:

*максимално натоварване с анестезиологична дейност с оглед надхвърляне изискванията на медицинския стандарт по анестезиология;

*запазване на пропорциите в структурата на анестезиологичната активност, като относителния дял на анестезиите по ASA III и IV ст. се движат в диапазона 70-80% от общият им брой.

2. РАЗРАБОТВАНЕ И ВНЕДРЯВАНЕ НА УПРАВЛЕНСКИ МОДЕЛ ЗА КОНТРОЛ НА РАЗХОДИТЕ И ПОДОБРЯВАНЕ ОРГАНИЗАЦИЯТА НА ДЕЙНОСТИТЕ ЗА РЕСУРСНО ОСИГУРЯВАНЕ НА КЛИНИКАТА ПО АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И ИНТЕНЗИВНОЛЕЧЕНИЕ

Дисертационното изследване установи, че реализацията на приоритетните цели и задачи на Клиниката по анестезиология и интензивно лечение изисква програмиране и провеждане на добре разчетени във времето мениджърски интервенции за нейното оптимално осигуряване с финансови и материални ресурси и за системно проследяване на сумарния целеви ефект от тяхното разходване фиг.8 (11).



фиг. 8 (11).

2.A. ДЕЙНОСТИ ЗА РАЦИОНАЛНО РАЗХОДВАНЕ НА ФИНАНСОВИЯ РЕСУРС.

Основни източници за финансиране на клиниката, като структура на лечебно заведение със статут на търговско дружество и през следващите години ще бъдат преди всичко Националната здравноосигурителна каса и Републиканския бюджет, а алтернативни-доброволните здравно-застрахователни фондове и други юридически и физически лица.

Ето защо планирането и управлението на клиничния финансов бъдеще ще се основава на принципите и техниките на смесеното (mix) финансиране. Наред с това внедреният управленски модел за контрол на разходите предвижда организацията за оптимизиране на финансовия ресурс на клиниката да бъде в тясна връзка със задачата за неговото ефективно разходване.

Това изискване наложи мениджърския инструментариум за контрол на разходите да бъде насочен към техния анализ, към оптимизиране на медицинските и помощните дейности и оценката на резултатите от тях. Поради това в него са включени:

*компоненти, базираци се на функциите, с оглед създаване на стимули за по-ефективно използване на капацитета на финансовия ресурс;

*компоненти, служещи като основа за развитието на договорни ценови инициативи с доброволни здравно-застрахователни фондове и други юридически лица;

*контролни механизми.

За целта, ползвайки теоретичния модел на Хр.Грива съвместно с експерти-икономисти от финансово-счетоводната служба на болницата бе разработена гъвкава вътрешна бюджетна организационна система, базирана на следните данни:

*анализ на извършените разходи по клинични сектори и дейности в съответствие с аналитичния критерий „*флексибилност*” на разхода (*фиксиран, полуфиксиран, променлив*);

*конструиране на контролен инструментариум, основан на постоянен мониторинг на разходите във всяка клинична структура, съгласно критериите за флексибилност на разхода и неговата принадлежност към съответната сметка на разходната класификационна схема по икономически елементи, така както е показано в Списъка за разходните пера в клиниката (каре №1) и в таблица № 6 (9), представляваща проект на контролните сумарни разходи по клинични структури, критерии за флексибилност и икономически елементи.

Конструирането на така посочената гъвкава вътрешна бюджетна организационна схема предяви към ръководството на клиниката следните изисквания:

*да планира и контролира разходите по структури (кабинет за пред анестезни консултации, звено за борба с хроничната болка, сектор „анестезиологичен”, сектор „интензивно лечение”);

*да реформира действащата в клиниката информационна система с оглед ориентирането ѝ към вземане на адекватни икономически решения за приходите, разходите и ползите.

Очакваният резултат от въвеждането на гъвкава вътрешно-клинична бюджетна организационна схема ще се изрази в следното:

- по-ефикасно и ефективно разходване на финансовите средства;
- предоставяне на възможности за оптимизиране на клиничните структури;
- адекватност при договаряне на дейности, финансирани от НЗОК, доброволни здравно-застрахователни фондове и други юридически лица.

Каре № 1

Списък

на разходните пера в Клиниката по анестезиология и интензивно лечение по критерии за флексибилност и разходно-счетоводни икономически елементи.

I. Критерий „фиксираност” на разхода

- 1.електрическа енергия (счетоводен източник за информация – сметка 601,3)
- 2.топлинна енергия (счетоводен източник за информация – сметка 601,3)
- 3.поддръжка на инсталации и съоръжения (счетоводен източник за информация – сметка 602,1)
- 4.поддръжка на сградния фонд-текущи ремонти (счетоводен източник за информация –сметка 602,2)
- 5.капиталови вложения (счетоводен източник за информация –сметка 601,3)
- 6.амортизационни разходи (счетоводен източник за информация –сметка 603).

II. Критерий „полу фиксираност” на разхода

- 1.заплати (счетоводен източник за информация – сметка 604)
- 2.социално осигуряване (счетоводен източник за информация – сметка 605)
- 3.надбавки към заплатите (счетоводен източник за информация – сметка 605)
- 4.болнична храна (счетоводен източник за информация – сметка 601,3)
- 5.униформено облекло (счетоводен източник за информация – сметка 601,3)
- 6.постелочен инвентар за многократна употреба (счетоводен източник за информация – сметка 601,3)
- 7.телекомуникации (счетоводен източник за информация – сметка 602,1)
- 8.канцеларски материали (счетоводен източник за информация – сметка 601,3)
- 9.програмно осигуряване (счетоводен източник за информация – сметка 602,1).

III. Критерий „променливост” на разхода

- 1.лекарства (счетоводен източник за информация – сметка 601,1)
- 2.медицински газове (счетоводен източник за информация – сметка 601,2)
- 3.медицински консумативи (счетоводен източник за информация – сметка 601,2)
- 4.превързочен материал (счетоводен източник за информация – сметка 601,2)
- 5.постелочен инвентар за еднократна употреба (счетоводен източник за информация – сметка 601,3).

Всичко разходи по критерии и икономически елементи					Фиксирани разходи в лв.						Полуфиксирани разходи в лв.						Променливи разходи в лв.					Всичко разходи по структури			
КАИЛ	случай	анестезни часове	легло-дни	амбулаторни прелети	Съгласно № по списъка / № на разх.с-ка						Съгласно № по списъка / № на разходната сметка									Съгласно № по списъка / № на разходната сметка					
					1 с/ка 601. 3	2 с/ка 601. 3	3 с/ка 602. 1	4 с/ка 602. 2	5 с/ка 601. 3	6 с/ка 603	1 с/ка 604	2 с/ка 605	3 с/ка 605	4 с/ка 601.3	5 с/ка 601.3	6 с/ка 601.3	7 с/ка 602.1	8 с/ка 601.3	9 с/ка 602. 1	1 с/ка 601. 1	2 с/ка 601. 2		3 с/ка 601. 2	4 с/ка 601. 2	5 с/ка 601. 3
1. Анестезен сектор-общо			X	X	X	X		X				X		X		X						X	X		
т.ч. анестезни работни места в:																									
1.1. урология			X	X	X	X		X				X		X		X						X	X		
1.2. неврохирургия			X	X	X	X		X				X		X		X						X	X		
1.3. ОТ			X	X	X	X		X				X		X		X						X	X		
1.4. офталмология			X	X	X	X		X				X		X		X						X	X		
1.5. ОРЛ			X	X	X	X		X				X		X		X						X	X		
1.6. ЛЧХ			X	X	X	X		X				X		X		X						X	X		
1.7. АГ			X	X	X	X		X				X		X		X						X	X		
1.8. Висцерална хирургия			X	X	X	X		X				X		X		X						X	X		
2. Сектор ИЛ - общо		X		X																					
в т.ч..звено за:																									
2.1. същинско инт. Лечение		X		X																					
2.2. лечение на Болката		X		X																					
Всичко разходи по критерии и икономически елементи																									

Табл. № 6 (9). Периодичен (ежемесечен) контрол върху стойностите на сумарните разходи във КАИЛ

Табл. 6 а (9-г)

Усреднен месечен разход в лева в случайно избрани на лотариен принцип три месеца (февруари, април, юли 2016) за лекуван пациент и за легло-ден по **НЯКОИ** от основните критерии за флексибилност в КАИЛ при УМБАЛ „Св. Анна“

за лекуван пациент								за легло-ден							
общо	по основни критерии за флексибилност							общо	по основни критерии за флексибилност						
	I.1	I.2	II.1	II.2	III.1	III.2	III.3		I.1	I.2	II.1	II.2	III.1	III.2	III.3
1053	8,22	6,3	349	55,8	294,3	5,9	298,8	307,2	2,4	1,8	101,8	16,3	85,9	1,7	87,2
100%	0,8%	0,6%	33,1%	5,3%	27,9%	0,5%	28,4%	100%	0,8%	0,6%	33,1%	5,3%	28%	0,5%	28,4%

Табл. 6-б (9 Д)

Усреднен месечен разход в лв. в случайно избрани по лотариен способ три месеца (февруари, април, юли 2016) за анестезиологичен епизод (анестезиран пациент) и за анестезиологичен час по **някои** от основните критерии за флексибилност в клиниките – бенефициенти на анестезиологични услуги при УМБАЛ “Св. Анна”- София

НА АНЕСТ РАБОТНИ МЕСТА В КЛИНИКИТЕ БЕНЕФИЦИЕНТИ НА АНЕСТ. УСЛУГИ		За анестезиологичен епизод – лв.				за анестезиологичен час – лв.			
		общо	по основни критерии за флексибилност (каре № 1)			общо	по основни критерии за флексибилност (каре № 1)		
			II.1	III.1	III.3		II.1	III.1	III.3
1. Урология		202,9	123,4	19,7	33,6	189,8	117	16	29,8
		= 100%	= 60,8%	= 9,7%	= 16,6%	= 100%	= 61,6%	= 8,4%	= 15,7%
2. Неврохирургия		350	168,9	37,8	79,8	135,8	60,7	13,6	23,4
		= 100%	= 48,3%	= 11,1%	= 22,8%	= 100%	= 44,7%	= 10%	= 17,2%
3. КОТ		229,8	132,5	20,4	52,4	103,9	55,4	11,1	23,9
		= 100%	= 57,6%	= 8,9%	= 22,8%	= 100%	53,3%	= 10,7%	= 23%
4. Офтальмология		170	136,3	4,1	7,1	228,7	167,2	5,7	6,6
		= 100%	= 80,2%	= 2,4%	= 4,2%	= 100%	= 73,1%	= 2,5%	= 2,9%
5. ОРЛ		625,2	399,4	55,9	120,8	397,9	261,9	33,3	97,2
		= 100%	= 63,9%	= 8,9%	= 19,3%	= 100%	= 66,8%	= 8,4%	= 24,4%
6. ЛЧХ		648,2	345,5	5,8	170	482,6	266,2	20,2	129,7
		= 100%	= 53,2%	= 0,82%	= 26,2%	= 100%	= 55,2%	= 4,2%	= 26,9%
7. АГ		147,9	89,4	6,5	6,1	96,5	72,7	5,6	4,5
		= 100%	= 57,7%	= 4,4%	= 4,1%	= 100%	= 75,3%	= 5,8%	= 4,7%
8. КОЕХ		227,1	118	44,5	34,3	105	55,7	21,3	16,3
		= 100%	= 52%	= 19,6%	= 15,1 %	= 100%	= 53%	= 20,3%	= 15,5%
на КАИЛ	в абсл. стойност	325	188,7	24,4	63	217,5	132,1	15,8	43,5
	в %	100	58	7,5	19,4	100	60,7	7,3	20

Окрупнените данни от проведените контролни одити на сумарните разходи в три случайно подбрани по лотариен способ месеци (февруари, април, юли 2016 год.) надлежно документирани в контролни таблици, както и детайлният им вариационен и алтернативен анализ, посочен в табл. 6-а (9-г) и табл.-6-б (9-д) показва, че някои от структурите на клиниката (сектор „интензивно лечение”, отделни анестезиологични зони) формират най-висок дял от разходите.

Но ако финансовият натиск върху реанимационните и анестезиологичните дейности на КАИЛ са важен стимул за рационално икономическо реструктуриране на ресурсното им осигуряване, не бива да се забравя, че съществуват и други фактори, които имат пряко отношение към тяхното финансиране, като например напредъкът в използването на скъпоструващи интензивни лечебни и анестезиологични технологии, нарастващите изисквания на пациентите и др. И тъй като приходите, които формира клиниката се осъществяват по смесената система (здравно осигурителна + бюджетна) се налага в контекста на дисертационната тема да се постави акцент върху някои, свързани с тази система ключови проблеми. Пример за такъв проблем е въвеждането на „коректив“ във финансирането на анестезиологичните и интензивните лечебни дейности, отчитащ тежестта на нарушеното здраве на пациентите по повод на заболяване или травматично увреждане.

Макар, че подреждането на приоритетите за придобиване на здравно осигурителни и бюджетни приходи от клиниката и в бъдеще ще се определя от много фактори (икономически, технологични, социални, хуманитарни, научни и др.), следва да се отчете, че основното, което трябва да се има предвид в случая е:

- подобряване качеството на анестезиологичните и интензивните лечебни дейности, посредством по-ефективното им предлагане и осигуряване на безотказен, медицински обоснован достъп до тях;
- непрекъснато осъвременяване на диагностичните, лечебните и специалните ресусцитационни и анестезиологични технологии на основата на най-новите постижения на анестезиологичната и реанимационната наука и практика;
- усъвършенстване на механизмите, съдържащи се в управленския модел за контрол на разходите (каре 1 и табл.6) във всяка от структурите на клиниката.

Ето защо умелото комбиниране на постъпленията от различните източници на финансиране и осъвременения контрол на разход им е по същество рационален прагматичен отговор на един дежурен проблем на икономическата политика, която ръководството на клиниката е длъжно да провежда, политика за обвързване на разходите с вида, обема и качеството на извършващите се в клиниката дейности, а не като налагане на определени теоретичен икономически модел.

И тъй като медицинските услуги предоставяни от всички структури на клиниката са видим значителен елемент на цялата ѝ дейност те ще бъдат основен катализатор за усъвършенстване на нейния здравно-икономически и финансов мениджмънт. В този смисъл упражняването на постоянно действащ контрол върху разходите, съпроводен със задълбочен анализ на постигнатата медицинска ефективност (cost/medical effect) във всички структури на клиниката трябва да е универсално, отчитайки същевременно, че подобна мениджърска технология понякога ще влиза в конфликт с други приоритетни

цели, каквато е например целта за осъвременяване на действащите в клиниката клинични протоколи и диагностично-терапевтични алгоритми.

2.Б. ДЕЙНОСТИ ЗА ОПТИМИЗИРАНЕ НА ЧОВЕШКИЯ КАПИТАЛ В КЛИНИКАТА

Най-важният компонент на комплекса от обективни условия за адекватност към приоритетните цели на Управленския модел за контрол на разходите и подобряване качеството на дейностите в Клиниката по анестезиология и интензивно лечение е качествена характеристика на нейния човешки капитал.

Отчитайки това и съобразявайки се с изискванията на съответните критерии от внедрения Управленски модел за контрол на разходите и подобряване качеството на дейностите ръководството на клиниката провежда съвременна политика по отношение на човешкият ѝ капитал основаващ се на триадата:

- *прецизен качествен подбор на всички ново постъпващи служители;
- *полагане на грижи за непрекъснато повишаване квалификацията на всички служители;
- *осигуряване на оптимални условия за качествена изява на техния професионализъм и изкуство

Изискването за екзактност на дисертационното проучване на качествена изява на професионализма и изкуството на служителите в КАИЛ наложи да се проведе анонимно анкетиране на мнението им за състоянието на качеството на дейностите, работните условия и психологическия климат в клиниката.

Анкетата обхвана 61 лица. Формулировката на въпросите в анкетната карта, отговорите по тях и коректната им, представена в синтетичен контекст, итерпретация са илюстрирани подробно в следващата таблица и съпътстващата я индикативна графика.

Резултати от проведената вътрешна анкета с лекарите и медицинските сестри за състоянието на качеството на дейностите, работните условия и психологическия климат в КАИЛ (брой на анкетирани лица 61=84,7% от общият брой)

Нуждаете ли се от подобряване и развитие на Вашите:

1. Професионални знания и компетенции?

да 41=67,2%,..не 20=32,8%.

2. Умения за комуникации да 41=67,2%, не 20=32,8%

3. Умения за социални дейности?

да 23=37,7%,не.38=62

4. Нуждаете ли се от подкрепа за подобряване на ежедневните ви дейности?

да 34 =55,7% , не 27=44,3%

5. Имате ли личен принос в подобряване качеството на анестезните и интензивните лечебни дейности и на грижите за болните? да 40=65,5% не 21=34,4%.

6. Подпомагате ли колегите си за подобряване качеството на работата в клиниката?

да 39=63,9% не 22=36,1%

7. Професионално надзиравани и зависими ли сте по време на работа от други Ваши колеги клиниката?

да 34=55,7%, не 27=44,3%

8. Разчитате ли на собствените си способности за справяне с проблеми от професионално естество?

да 47=77%, не 14=23%

9. Притежавате ли добри междуличностни умения и готови ли сте да окажете морална и/или емоционална подкрепа на вашите колеги, когато това се налага? да 50=80%, не 11=18%

10. Имате ли съзнание на независима личност и можете ли да отстоявате идейната святост и моралната чистота на медицинската професия?

да 43=70,5%, не 18=29,5%

11. Ведър ли е психологичния климат в клиниката и можете ли спокойно и планомерно да се захванете с работата си още в началото на работния ден? да 37=60.7%., не24=39.3%

12. Съумявате ли да използвате добрия си морално-волеви потенциал за привличане на пациентите Ви към активно сътрудничество при провеждането на диагностичните и лечебните им процедури?

да 48=78.7%, не 13=21.3%

13. Готов ли е началникът ви да обсъди с Вас проблеми, свързани с работата, която извършвате?

да 49=80.3% не 12=19.7%.

14. Готов ли е началникът ви да Ви изслушва за лични проблеми, които влияят на работа Ви

да 40=65,6%, не 21=34,4%

15. Смяете ли да критикувате началника ви, без да се страхувате от последствията?

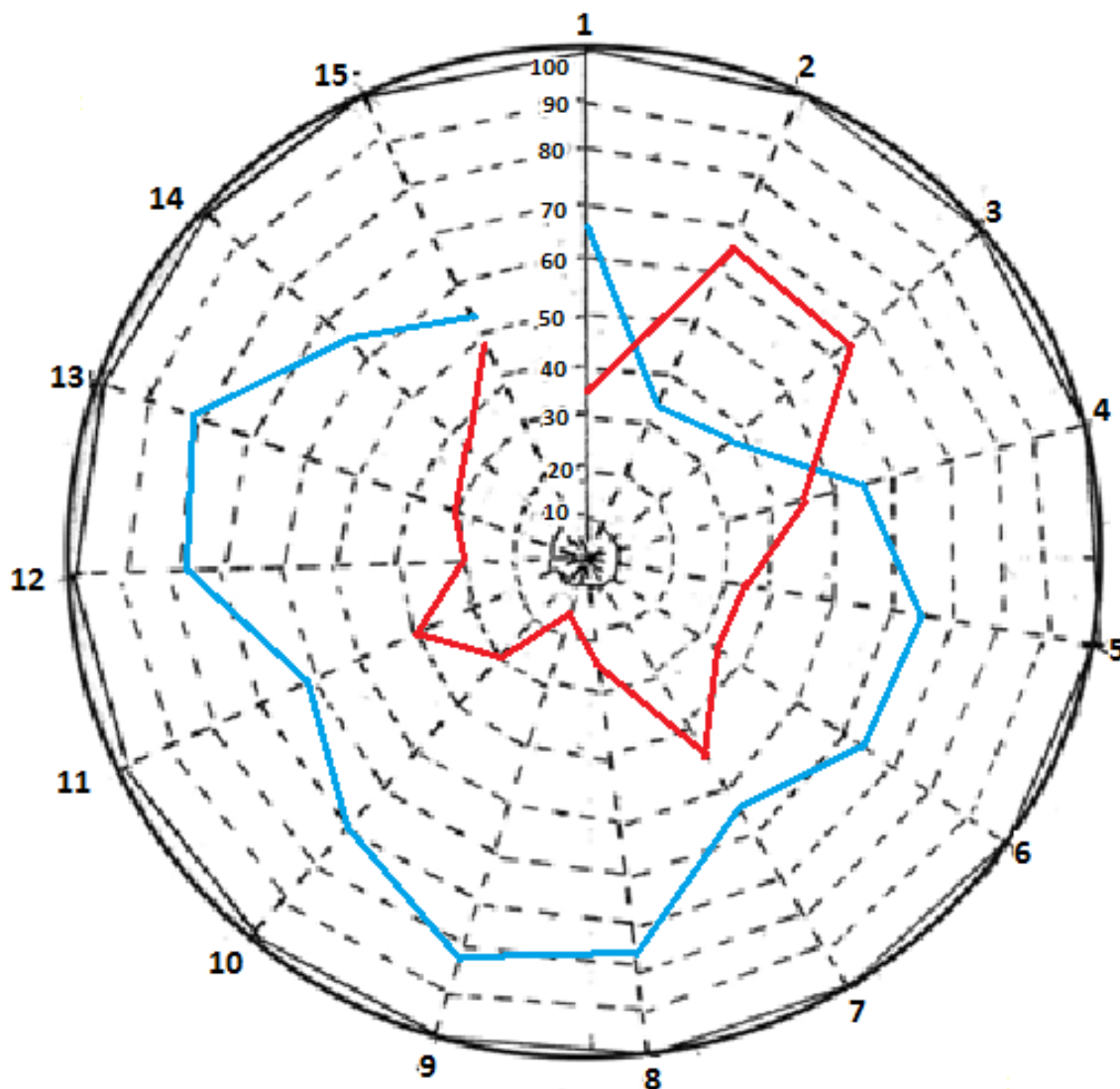
да 31=50,8, не 30=49.2%.

Изводите от анкетата показаха, че професионалното поведение на служителите в КАИЛ се предопределя в значителна степен от редица обективно действащи мотивационни фактори от информационно, управленско, трудово защитно и материално естество. Във връзка с това за целите на управленския модел за контрол на разходите и подобряване качеството на дейностите в клиниката бяха предприети мениджърски инициативи за по-пълна изява на професионализма и морално-волевия потенциал на клиничния човешки капитал.

Особено внимание бе отделено на мотивационните фактори от материално естество, касаещи работните заплати и допълнителните материални стимули в зависимост от критериите: *количество, професионална компетентност, сложност и качество на извършваните дейности.*

Това наложи на определен етап от дисертационното изследване да се разработи и представи на ръководството на болницата за утвърждаване и експериментално внедряване на посочената по-долу логическа моделна конструкция, съответстваща на тези критерии.

Графика на индикаторите, образуващи съставния индекс (в %) на мнението на персонала в КАИЛ за състоянието на качеството на дейностите, работните условия и психологичния климат-.1



Пояснение 1

Цифрите от 1 до 15 в точките на най-външния периметър на графиката означават номера на въпроса от анкетната карта

Пояснение 2

— положителен отговор
 — отрицате

ЛОГИЧЕСКА МОДЕЛНА КОНСТРУКЦИЯ ЗА ФОРМИРАНЕ НА МЕСЕЧНИТЕ ТРУДОВИ ВЪЗНАГРАЖДЕНИЯ

на работещите в КАИЛ, състояща се в нарастване на основната им (по трудов договор) заплата с коефициенти (K_n) за размера на допълнителните месечни материални стимули към нея.

1. НАЧАЛНИК НА КЛИНИКА/ОТДЕЛЕНИЕ-коефициент К-1:

К.1.1. за брой на анестезиологичните работни места, както следва:

до 4	0,2
от 5 до 8.....	0,4
от 9 до 12.....	0,6
>12.....	0,8

К.1.2. за брой легла за интензивно лечение, както следва:

до 5.....	0,2
от 6 до 10.....	0,3
от 11 до 15.....	0,5
от 16 до 20.....	0,7
>20.....	0,9

2. ЛЕКАРИ-ВСИЧКИ, НЕЗАВИСИМО ОТ УПРАВЛЕНСКИТЕ ИМ ФУНКЦИИ-коефициент К-2

К.2.1. без специалност по АИЛ (специализиращи)

до 1 година.....	0,0
от 1 до 4 години.....	0,05

К.2.2. със специалност по АИЛ и професионален стаж след нейното придобиване, както следва:

до 5 години.....	0,4
от 6 до 10 години.....	0,6
>10 години.....	0,8

К.2.3. за единица извършена анестезна дейност по класификационната система ASA, както следва:

по ASA 1.....	0,01
по ASA 2.....	0,04
по ASA 3.....	0,06
по ASA 4.....	0,10
по ASA 5.....	0,12

3. МЕДИЦИНСКИ СЕСТРИ-коефициент К-3К.3.1.

К.3.1. старша анестезиологична сестра за брой анестезни работни места, както следва:

до 4.....	0,2
от 5 до 8.....	0,3
от 9 до 12.....	0,4
>12.....	0,5

К.3.2. анестезиологична медицинска сестра за асистенция на единица анестезна дейност по класификационната система ASA, както следва:

ASA 1.....	0,00.
ASA 2.....	0,01.
ASA 3.....	0,02.
ASA 4.....	0,03.
ASA 5.....	0,04.

К.3.3. старша реанимационна сестра за брой легла за интензивно лечение, както следва:

до 5.....	0,2
от 6 до 10.....	0,3
от 11 до 15.....	0,5
от 16 до 20.....	0,7
>20.....	0,9

4. СЛУЖИТЕЛИ НА КЛИНИКАТА (лекари, медицински сестри, санитарни), които през отчетния месец са взели участие в лечението и обгрижването на болни в сектора за интензивно лечение, съобразно тежестта на състоянието им (Коефициент К.4.), оценено по адаптирана за целта система ASA (табл. 10.а.)

Коефициента К.4 се изчислява върху сбора „основни заплати по трудов договор“ на тези служители. В съответствие със сумарния брой точки, регистрирани в табл.7 (10.а.), неговата величина е както следва:

до 50 точки.....	0,00
от 51 до 100 точки.....	0,10
от 101 до 150 точки.....	0,20
от 151 до 200 точки.....	0,30
от 201 до 250 точки.....	0,40
от 251 до 300 точки.....	0,50
от 301 до 400 точки.....	0,60
>400 точки.....	0,70

Получената сума се разпределя съобразно трудовото участие и размера на основните заплати на служителите, работели през отчетния месец в сектора „интензивно лечение“ на клиниката.

Таблица за оценка тежестта на състоянието на постъпил в клиниката пациент.

диагноза:.....

ЕГН

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Дата на постъпване:.....

точки показател	0	1	2	4	8	16	брой точки
1	2	3	4	5	6	7	8
1.възраст	1-69 г.	1м. – 1г.; 70 – 79 г.	0 – 1м.; 80+ г.	-	-	-	
2. артериално налягане	нормотония	диастолично 90-120	диастолично > 120 систолично 160-200	систолично >200	-	-	
3. сърдечно-съдова функция	Нормална	компенсирана сърдечна инсуфициенция NYCA-ФК-1	I-ва степен сърдечна инсуфициенция NYCA-ФК-2	II-ра степен сърд. инсу- фициенция NYCA-ФК- 3	III-та степен сърд. инсу-фициенция NYCA-ФК-4	шок	
4. ЕКГ	нормална	AV блок I-II ст.; миокарден инфаркт > 2 г.; надкамерни ES до 7/мин.	AV блок III-та ст.; миокарден инфаркт преди 1-2 г.; над- камерни ES 7/мин; камерни ES < от 5/мин	абсолютна аритмия; миокарден инфаркт преди 6м.-1г.; предсърдно трептене; кам. ES 5-12/мин	камерни ES >12/min; миокарден инфаркт през последните 6 м.		
5. дихателна функция	нормална	обструктивен тип и рестриктивен тип ДН; белодробен възпалителен процес в един квадрант	диспнея при натовар- ване; белодробен въз- палителен процес в два квадранта	белодробен възпалителен процес в три квадранта	диспнея при покой; из- разена цианоза; бело- дробен възпалителен процес в 4 квадранта	изкуствена белодробна вентилация	
6. бъбречна функция	нормална	креатинин 150-300 μ mol/L	креатинин >300 mol/L		остра бъбречна недостатъчност	-	
7. черендробна функция	нормална	повишени до 100% трансаминази	повишени над 100% трансаминази	клинични и лаборат. данни за черн. инсуф.	-	-	
8. съзнание по Glasgow scale-очна реакция (отва- ряне на очите)	спонтанно		при заговаряне-		при болково дразнене	липса на реакция	
9. въглеродна обмяна	нормогликемия	орално регулиран диабет	инсулиново регулиран диабет	декомпенсиран диабет	-	-	
10. йонограма	нормална	хиперкалимия > 5 mmol/L хипонатримия < 135 mmol/L	хипокалимия 3- 2,5mmol/L; хипонатри- мия < 125 mmol/L	хипокалимия <2,5 mmol/l; натрий < 120 и > 160 mmol/L	-	-	

11. хемоглобин	Hb>115 g/L	Hb 115 – 90 g/L	Hb 90-75 g/L	Hb 75-50 g/L	Hb < 50 g/L			
12. температура	нормална	37,1 – 38 С	38 – 40 С	< 36 С; > 40 С	-	-		
13. Медик. Алергия	-	Кожна	системна	-	-	-		
14. двигателна функция	нормална	частично ограничена или пълен двигателен дефицит на един крайник	пълен двигателен дефицит на два крайника	пълен двигателен дефицит на четири крайника	-	-		
15. психично състояние	нормално	лека форма на умствена изостаналост	средна форма на умствена изостаналост	тежка форма на умствена изостаналост; органични и/или симптоматични психични разстройства; поведенчески, налудни, афективни разстройства	абстинентно състояние с припадъци или делир; налудни разстройства с агресия или автоагресия; кататонна възбуда; афективни разстройства с дълбока депресия или манийна възбуда; депресивен ступор			
16. инфекциозни увреди	няма	на кожата и лигавиците	на подкожна тъкан	-	перитонит; особено опасни инфекции	сепсис		
общ брой:								

Лекуващ лекар:

Н-к на клиника (отделение):.....

Пояснение: 1. Таблицата е заимствана от Наредба № 13/1996 год. на МЗ и е неразделна част от листа „ИЗ” . Попълва се за всеки новоприет болен, като за всеки показател от № 1 до № 16 се отбелязват (подчертават) получените данни от анамнезата, обективните и лабораторните изследвания, посочени в колоните № 2 до № 7
2. Лабораторните, инструменталните и апаратните изследвания се назначават съобразно работната диагноза.
3. По всеки показател могат да се отбележат (подчертаят) данни само от една колона.
4. Резултатите (броят на точките) по показателите се вписват в колона 8, а общият им брой – в последното дясно поле долу на таблицата най-късно до третия ден след постъпването на пациента.

3. РАЗРАБОТВАНЕ И ВНЕДРЯВАНЕ НА УПРАВЛЕНСКИ МОДЕЛ ЗА ПОДОБРЯВАНЕ И УСТОЙЧИВО РАЗВИТИЕ НА КАЧЕСТВОТО НА ДЕЙНОСТИТЕ В КАИЛ, ОСНОВАВАЩ СЕ НА МОДЕЛА ЗА ОРГАНИЗАЦИОННО СЪВЪРШЕНСТВО НА ЕВРОПЕЙСКАТА ФОНДАЦИЯ ЗА УПРАВЛЕНИЕ НА КАЧЕСТВОТО

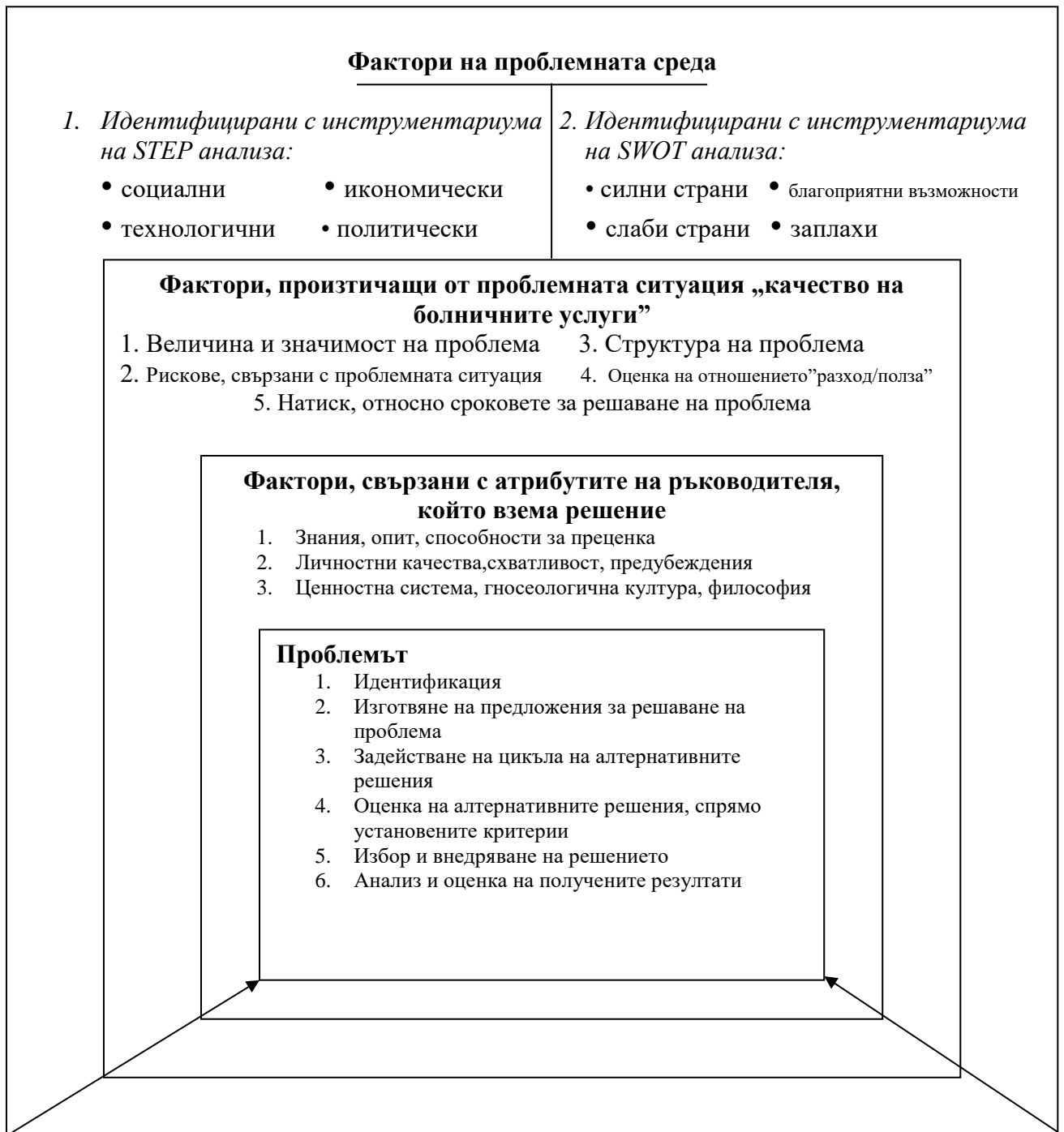
Намирането на решение на проблемите, свързани с качеството на дейностите в Клиниката по анестезиология и интензивно лечение е процес, който позволява на нейното ръководство да осъществява промени, чрез които работните качествени резултати да се приближат максимално до желаните такива. Този процес в по-малка или голяма степен оказва влияние върху разпределението и използването на ресурсите, с които клиниката разполага .

Дисертационното изследване показва, че намирането на адекватно решение на проблема, свързан с качеството на определени или взаимосвързани анестезни или интензивни лечебни дейности е трудоемка и изискваща продължително време работа. Причина за това са често възникващите комплексни, неструктурирани, нерутинни, а понякога и извън управленския обсег на клиничното ръководство ситуации. Но въпреки това, както показват основаващи се на научни доказателства практики в Европа и САЩ процесът за намиране решение на подобни проблеми е един и същ: *процесен подход, критериен алгоритъм, вътрешни и външни одити и присъждане на оценка*, независимо от различията на вида и обхвата им. Различия в повечето случаи се проявяват в обема, интензивността и времевите параметри на процеса, но не и в алгоритъма на самия процес.

Фиг.9.(12) илюстрира виждането ни за четирите основни групи фактори, които биха оказали влияние върху решаването на проблем, свързан с качеството и тяхното съдържание;

- фактори на проблемната (външна и вътрешна) среда;
- фактори, произтичащи от естеството на ситуацията свързана с качествените аспекти на определена анестезиологична или интензивна лечебна дейност;
- фактори, свързани със знанията, опита и личностните качества на ръководителя на клиниката;
- фактори, оказващи влияние на алгоритъма за търсене на подходящо решение на проблема *„подобряване и устойчиво развитие на качеството”*.

Съдържанието на посочените четири групи фактори и взаимовръзката помежду им за всеки конкретен случай, се установява с помощта на методите STEP-анализ и SWOT-анализ, които ръководството на клиниката използва при упражняване на мениджърските си функции



Фиг.9.(12) Фактори на проблемната среда,оказващи влияние върху качеството на дейностите в КАИ

Още в началния етап на дисертационното изследване бе изяснено че подобряването и поддържането на качеството в цялостната изява на способностите на КАИЛ изисква оптимизиране, в съответствие с нормативно определения медицински стандарт на :

- условията, в които и средствата с които се осъществяват анестезиологичните и интензивните лечебни дейности;
- процесите, чрез които се провеждат необходимите, съгласно алгоритмите на „клиничните пътеки”, диагностични и лечебни процедури и грижи за болните;
- резултатите от проведеното лечение изразени, както с конвенционалните показатели за успеваемост, така и с тези за качество на предстоящия живот (QALY, DALY) след приключване на контакта „клиника-пациент”

.....На проведено в хода на дисертационното изследване-„*консенсусно обсъждане*” с фокусна група от работещи в клиниката лица бяха изразени становища, че проектирания управленски модел за подобряване качеството на дейностите:

- а) ще насърчи въвеждането на *процесния* подход в усилията за подобряване и устойчиво развитие на качеството на осъществяваната от КАИЛ дейност.
- б) се нуждае от съставяне на „*лътна карта*”, очертаваща времевите етапи на работата по конструирането му.

Тази препоръка наложи изготвяне на шест компонентна програма, трасираща пътя за изпълнение на следните етапи:

- *формулиране целите на модела;
- *специфициране на изискванията към модела;
- *анализ на съществуващото положение;
- *определяне на мерки;
- *реализиране на мерките;
- *внедряване и тотално включване на персонала за изпълнението му.

Във всеки от посочените етапи се осъществиха процеси, отговарящи на следните унифицирани изисквания:

- основни задачи,
- важни въпроси,
- необходими действия,
- помощни средства

Ядро на разработеният Управленски модел за подобряване на качеството в КАИЛ при УМБАЛ „Св. Анна”-София е Модела на EFQM за организационно съвършенство, а пример-пионерската инициатива на МУ-Варна и УМБАЛ „Св.Марина”-Варна за внедряването на последния като Система за управление на качеството на образователните, съответно-на болничните дейности.

Модела за управление на качеството в КАИЛ при УМБАЛ „Св. Анна”-София допуска при решаване на отделни проблеми, свързани с функционирането му да се ползват някои рационални идеи и процедури от европейски програми за болнична акредитация, напр. тази на ANAES-Франция ; модела на W. Deming, известен като „цикъл PDCA”; ISO 9001:2015 и др. Под влияние на тях още в проектната фаза на дисертационното изследване бе осмислена и възприета тезата, че в условията на динамично променяща се демографска, информационно-технологична и отворена социална среда, в която КАИЛ осъществява своя предмет на дейност, всеки статичен и недиференциран стремеж към подобряване на качеството, като абсолютен общ стандарт за нейната функция би бил неадекватен.

Съвременните реалности наложиха по-гъвкаво разбиране на качеството в клиничния мениджмънт, при което то да се схваща като съответствие с постигането на определена цел и да се обвързва с доказателства за непрекъснато усъвършенстване. Това разбиране на качеството бе повлияно от основните положения на Концепцията на Европейското Регионално Бюро на СЗО „Здраве 2020” .

Дисертационното изследване потвърди, че качеството на осъществяваните от Клиниката дейности е изключително сложна за разбиране, анализиране и моделиране област–от една страна поради сложността на техния обект и предмет и от друга–поради интензивния научен, информационно–технологичен и практически напредък на медицината. Ето защо и управлението на качеството в такава болнична структура, каквато е КАИЛ, се оказва трудна за изпълнение задача. Основна причина за това е нарастващата сложност на *анестезиологията и интензивното лечение* като наука, практика и изкуство, както и факта, че управлението на качеството на „*равнище клиника*” е все още недостатъчно и ненапълно разработена област от гледна точка, както на изследователската, така и на *практическата* работа.

Независимо от това, дисертационното изследване установи че в КАИЛ са налице три съществени причини, които императивно налагат сериозно внимание към този проблем.

- *Едната* се състои в самата природа на клиниката. Продукта „медицинска помощ”, който се създава от нея, може да бъде само с определено необходимо качество, тъй като ако е с ниско качество, той би бил съдбоносен за неговия потребител. Ето защо

в исторически план високото качество на дейността на лекаря анестезиолог-реаниматор е предмет, както на морални задължения, контролирани от етичните комисии на съсловие, така и на законови разпоредби, контролирани от държавната администрация и одитните органи на здравно-осигурителните и здравно-застрахователните организации.

- *Другата* причина е нарастващата култура и възискателност на гражданите, които все повече се превръщат *от обект на здравни грижи в партньори на лекаря*. Защото гражданина плаща данъци, здравноосигурителни или застрахователни вноски и има право да получава срещу тях медицинска помощ в определен обем и с високо качество, на което оценител е той.

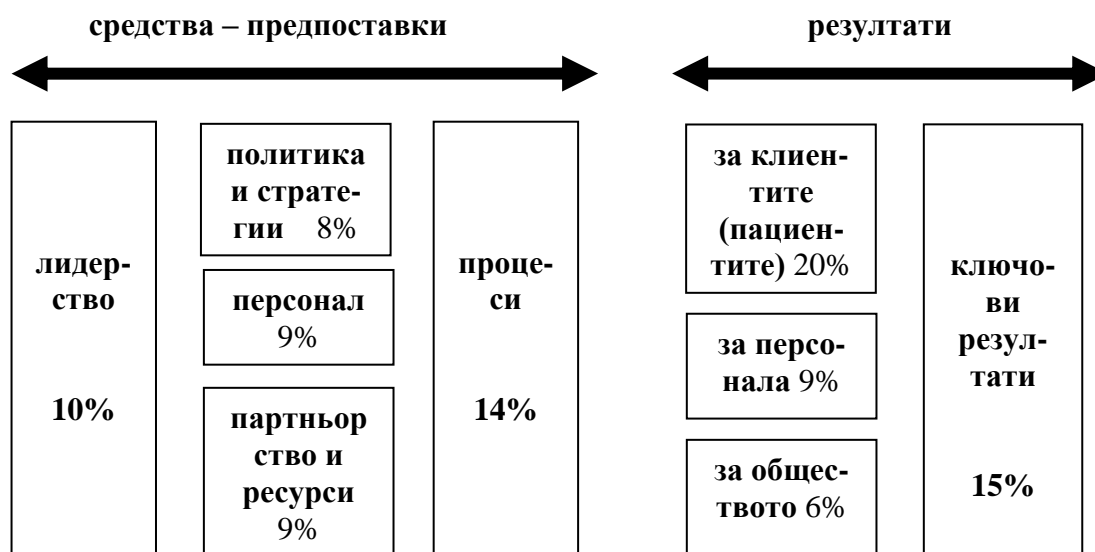
- *Третата*, произтича от провеждаща се у нас реформа на здравеопазването. Последната има няколко аспекта, като един от тях е фокусиране към пациента, независимо от това доколко той е възискателен. Задължение на клиниката в случая е да му осигури най-добрата здравна услуга ,

Заимстваният от EFQM и внедрен в клиниката по анестезиология и интензивно лечение при УМБАЛ „Св.Анна” АД-София управленски модел за подобряване на качеството на дейностите се основава на следните принципи:

- ***лидерство и постоянство в целите, чрез което се създава яснота и единство на същите в рамките на КАИЛ;**
- ***участие на всички работещи в клиниката, т.е. „прегръщане“ на културата за доверие и овластяване, която насърчава тоталното участие на персонала в подобряване на качеството (TQM);**
- ***политика и стратегии, насочени както към по активно използване на наличния в клиниката човешки капитал и ресурси (финансови, материално-технически, информационни), така и към включване в проспективен контекст на всички възможности, съдържащи се в нейната вътрешна и обкръжаващата я среда за постигане на устойчиво развитие на качеството на анестезиологичните и интензивните лечебни услуги;**
- ***развитие на партньорство, основаващо се на взаимно доверие, споделяне на знания и интегритет, както с другите клинични и логистични структури на УМБАЛ „Св.Анна”, така и с такива с аналогичен предмет на дейност в столицата и страната;**
- ***неотклонно придържане към процесния подход в планирането, организирането и изпълнението на съдържащите се в нейния продуктов портфейл здравни и образователни услуги, основаващо се на разбирането, че всяка дейност в която са**

- вложени ресурси, които тя превръща в резултати е „процес“;
- *ориентираност към постигане на отлични резултати, основаващи се на балансирано задоволяване потребностите на всички заинтересовани страни от качествени анестезиологични, интензивни лечебни и образователни услуги;
- *резултати по отношение на работещите в клиниката, изразяващи се в повишаване на техния професионален, интелектуален, етичен и социален градиент и съзнание за съпричастност към постигане високо качество на произвежданите от тях здравни и образователни услуги;
- *отговорност пред обществото, изразяваща се, както в строго придържане към принципите на медицинската етика, така и в спазване на законовите регулации в здравеопазването;
- *фокусиране на цялата организация по изпълнението на Управленския модел за подобряване качеството на дейностите в Клиниката по анестезиология и интензивно лечение към потребителите им, като последни техни арбитри.

Видно от следващата фиг.10.(13) Моделът съдържа общо девет оценъчни критерии (пет „предпоставки-средства“+четири „резултати“) и тяхната относителна тежест в сумарната му оценка (100%=1000 бонификационни точки по EFQM)



Фиг. 10.(13) Оценъчни критерии

3.1. ГРУПА КРИТЕРИИ „ПРЕДПОСТАВКИ-СРЕДСТВА“

С ОБЩА МАКСИМАЛНА ОТНОСИТЕЛНА ТЕЖЕСТ 50%=500 БОНИФИКАЦИОННИ ТОЧКИ

3.1.1. КРИТЕРИЙ „ЛИДЕРСТВО“ С ОБЩА МАКСИМАЛНА ОТНОСИТЕЛНА ТЕЖЕСТ 10%=100 БОНИФИКАЦИОННИ ТОЧКИ.

КОНТЕКСТ

Съдържанието и организационният дизайн на Модела за

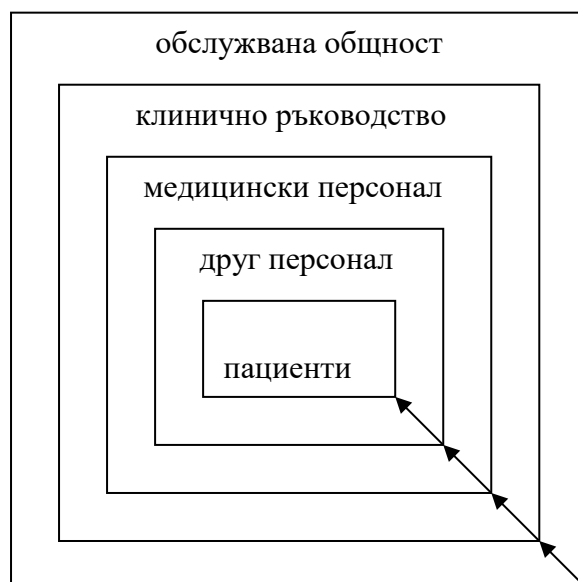
управление на качеството в КАИЛ наложи постоянство в анализирането и решаването на множество и различни по характер проблеми, които са от съществено значение за качествено протичане на процесите, свързани с основните ѝ функции: диагностика, комплексно лечение, интегрирани сестрински грижи. Във връзка с това особено значение придобива периодично провежданятият от него системен и процесен лидерски анализ (от позициите на организационната диагностика, проектирането, координацията, контрола и работата в културния слой на клиниката) при изпълнението на следните пет проблемни показателя:

А. ОЧЕРТАВАНЕ НАСОКАТА НА КЛИНИКАТА ЧРЕЗ РАЗРАБОТВАНЕ НА НЕЙНАТА МИСИЯ, ВИЗИЯ И ЦЕННОСТИ, КАКТО И ВПЛИТАНЕТО НА СЪЩИТЕ В ДЪЛГОСРОЧНИТЕ, СРЕДНОСРОЧНИТЕ И ОПЕРАТИВНИТЕ ѝ ЦЕЛИ.

Мениджърските аспекти на този показател са формулирани и разписани в т. 1.1 на автореферата под надслов, „*Аналитичен профил на мисията, визията, целите и задачите на КАИЛ в проспективен контекст*”. Независимо от това с помощта на *System and Process Analysis* този проблемен показател бе разработен по-подробно, във вид на *лидерска платформа* на онова, което клиниката трябва да постигне при съблюдаване на постулата *Thinking founded on Risk* Особеното в случая е, че въвеждайки Модел за управление на качеството по EFQM, клиниката придобива неформален статут на водеща в лечебното заведение интелектуална структура:

- а) от или, в която нейните бенефициенти получават, основаващи се на научни доказателства качествени анестезиологични и интензивни лечебни услуги;
- б) за работещите в нея лекари, професионалисти по здравни грижи и друг персонал е организацията, която им предоставя най-добри условия за качествена реализация на техните знания, умения и научни интереси.

От позициите на нейната мисия, визия и ценности, КАИЛ със своята организационна структура и сложни професионално-медицински, образователни, научни и обществени взаимоотношения с други органи и организации е преди всичко „*социално отговорен екип*”, изискващ оптимална по време и място лидерска организационна координация на усилията на много хора: обслужвана общност, клинично ръководство, медицински персонал, друг персонал и пациенти така, както е показано на фиг.11.(14).



фиг. 11.(14). Клиниката по анестезиология и интензивно лечение, като „социално отговорен екип”

Сърцевина на Клиниката като „социално отговорен екип” е съвкупността от професионални знания и умения, упражнявани от работещите в нея лекари, професионалисти по здравни грижи и други специалисти, рационално координирани от нейното ръководство с инструментариума на съвременния здравен мениджмънт.

В посочената на фиг.11(14) конструкция пациентите са също членове на „социално отговорния екип” и според изискванията на модела EFQM за управление на качеството са фокус, който съсредоточава всички дейности и цялата работа на клиниката.

Б. ОПРЕДЕЛЯНЕ, ИЗМЕРВАНЕ И АНАЛИЗИРАНЕ НА СИСТЕМАТА ЗА УПРАВЛЕНИЕ НА КЛИНИКАТА И РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ НЕЙНАТА ДЕЙНОСТ.

Мениджърските аспекти на този показател са формулирани и разписани детайлно в т.1.2.А, Б. В. на автореферата под надслов „Анализ на организационната структура, управлението и вътрешния обмен на информацията в КАИЛ”

Главни ориентири на осъществяваната в клиниката *лидерска координация*, като важен раздел на нейното управление са:

- Б.1. Удовлетворяване потребностите и очакванията на пациентите и другите заинтересовани страни от качествени анестезиологични и интензивни лечебни услуги.
- Б.2. Провеждане на съвременно клинично обучение на студенти-медици и на лекари-специализанти по застъпления в нейното портфолио предмет на дейност.

Б.3. Измерване, състоящо се от два компонента:

- обективен–прилагане на определена мярка към измерваното явление;
- субективен–определяне в тази мярка на равнище, което трябва да се достигне.

Във връзка с горното и в съответствие с принципните постановки на EFQM и EN ISO 9001:2015 for healthcare бе възприето разбирането, че „сферите за оценка” са тези елементи на Системата за управление на дейностите в КАИЛ, които посочват какво да се измерва, а „измерителите” са елементите, които показват нивото до което трябва да достигне подобрението на съответната област от дейността, за да отговори то на изискването за качество.

Б.4. Решаване на организационни конфликти

Дисертационното изследване установи, че съществуват предпоставки изпълнението на модела за управление на дейностите в КАИЛ да провокира появата на определени конфликти между различните участници. Внимателният анализ на тези предпоставки показва, че конфликтът може да се изяви като някакъв вид опозиция или антагонистично взаимодействие и че причините за това могат да бъдат различни–от пропусквания в координацията между прилаганите клинични технологии, до появата на стресови ситуации, породени от необходимостта за изпълнение на високите изисквания на EFQM за управление на качеството.

Във връзка с това бяха обсъдени разнообразни мерки за решаване на организационни конфликти с подобен генезис в резултат на което бе направен извода, че изборът на която и да е от тях трябва да бъде подчинен на стремежа за постигане на баланс в нивото на конфликта и за извличане на положителни резултати от него, без да се пречи на качеството на основните дейности.

В. МОТИВИРАНЕ И ПОДКРЕПА НА ХОРАТА В КЛИНИКАТА ДА ДЕЙСТВАТ КАТО РОЛЕ-ВИ МОДЕЛ.

Дисертационното изследване показва, най важният компонент от обективни условия за адекватност към приоритетните цели на КАИЛ е количествената и качествена характеристика на човешкият й капитал. За целта ръководството на клиниката въведе, приоритетно поддържа и постоянно обогатява мениджърска технология, осигуряваща оптимален дизайн на всяка заемана длъжност, а паралелно с това и по-пълна изява на *човешкия фактор, като ролеви модел* в повишаване на производителността и качеството на медицинския труд. Ето защо независимо от добрия, през периода на дисертационното изследване, кадрови състав, ръководството на клиниката ще провежда и в бъдеще кадрова политика , основаваща се на:

В.1. Организационно, техническо и психологично обгрижване на всяка заета в клиниката длъжност от гледна точка на нейната *специфичност, мотивираност, адаптивност, резултативност* и *творчески потенциал*.

В.2. Триадата:

- *прецизен качествен подбор на всички ново постъпващи служители;
- *полагане на грижи за непрекъснато повишаване квалификацията на всички служители;
- *осигуряване на оптимални условия за качествена изява на техния професионализъм и изкуство.

Г. УПРАВЛЕНИЕ НА ВЗАИМООТНОШЕНИЯТА С ПОЛИТИЦИ И ДРУГИ ЗАИНТЕРЕСОВАНИ СТРАНИ, ЗА ДА СЕ ГАРАНТИРА СПОДЕЛЕНА ОТГОВОРНОСТ.

Необходима ли е инициативност от страна на клиничното ръководство за установяване на стабилни взаимоотношения и споделена отговорност с:

- * висшият болничен лидерски екип, в лицето на Съвета на директорите и Изпълнителния директор;
- *председателите на създадените по чл.74 от ЗЛЗ в болницата съвети и комисии с контролни и консултативни функции;
- *ръководителя на Катедрата по АИЛ при МУ-София;
- *националният консултант по анестезиология и интензивно лечение при потребност от провеждане на новаторски промени в структурата и функциите на КАИЛ в процеса „реализация” на Модела за управление на качеството по EFQM?

Дисертационното изследване показва, че отговорът не може да бъде друг освен положителен, защото те могат да бъдат инициирани от следните две по-широко дефинирани цели:

- промени в *нивото на адаптация* на клиниката към нейната обкръжаваща среда;
- промени във *вътрешните модели на поведение* на участниците в протичащите в клиниката процеси.

КАИЛ при МБАЛ „Св.Анна”-София, както в началната фаза от действието на Модела, така и в бъдеще ще се стреми да се адаптира по-добре към външното обкръжение и по-специално към действието на такива фактори, като:

- * законови разпоредби и решения в областта на здравеопазването;
- * партньорство с други лечебни структури с аналогичен предмет на дейност в страната и чужбина;
- * изискванията и потребностите на потребителите (други лечебни структури в болницата-майка, пациенти);
- * научният медицински прогрес.

На основата на натрупания до сега опит в европейското здравно пространство и у нас бе допуснато, че ръководството на КАИЛ ще извърши „*организационни новаторски промени*” без външен натиск и, че

този подход ще бъде израз на новаторско поведение на нейния мениджърски екип, поведение при което клиниката ще прави опит да променя не само себе си, но и своето обкръжение.

В дадения случай бе установено, че коригирането на някои от елементите на Модела ще бъде възприето без негативизъм, тъй като извършените организационни промени ще са продукт на вътрешно осъзната потребност, т.е. на промени във вътрешните модели на поведение и, че конкретен израз на това ще бъдат усъвършенстваните параметри в управлението на качеството в клиниката.

Ръководството на КАИЛ бе на ясно, че всяка по-съществена промяна в организационната структура при внедрен Модел за управление на качеството ще бъде сложен процес.

Ето защо паралелно с изграждането на Модела то имаше готовност да състави и концептуална рамка, съдържаща правила за въвеждане, управление и реагиране на организационните промени, т.е. за всяка ново въвеждаща се организационна промяна да се разработва подробен план на етапите през който тя трябва да премине и то така, че всеки етап да подготвя условията, необходими за настъпването на следващия етап.

3.1.2. КРИТЕРИЙ «ПОЛИТИКА, ПЛАНИРАНЕ И СТРАТЕГИИ» С ОБЩА МАКСИМАЛНА ОТНОСИТЕЛНА ТЕЖЕСТ $8\%=80$ БОНИФИКАЦИОННИ ТОЧКИ

КОНТЕКСТ

В съответствие с изискванията на концептуална рамка за изграждане на Модел за управление на качеството по EFQM, ръководството на КАИЛ определи произтичащите от това *опорни точки* на своята *политика по качеството и интегритета на неговите планове и стратегии за развитие*.

При определяне на Политиката по качеството бяха взети предвид следните императивни изисквания:

- очакваното или желаното ниво на удовлетвореност на потребителите от произведените от клиниката анестезиологични и интензивни лечебни услуги;
- потребността и очакванията на други заинтересовани страни (клиники и отделения в болницата-майка, здравноосигурителни и здравно застрахователни организации, държава, общество);
- възможностите за устойчивост в развитието на качеството;
- степента на готовност на работещите в клиниката лекари, медицински сестри и друг персонал за тотално включване в изпълнение на политиката за подобряване и устойчиво развитие на качеството;

Разработената от ръководството на КАИЛ политиката по качеството:

- даде възможност за узнаване, осъзнаване, внедряване и изпълнение целите на качеството по всички направления от нейния предмет на

дейност, посредством тяхното разгласяване, разясняване и обсъждане с всички работещи в нея лица;

- демонстрира отговорността на ръководството за осигуряване, поддържане и устойчиво развитие на качеството на анестезиологичните и интензивните лечебни дейности и на интегрираните сестрински грижи;
- промоцира ангажираността на всички работещи в клиниката в изпълнението на Модела за управление на качеството и същевременно подчерта лидерството (водачеството) на първо ешелонния ръководен орган (клиничното ръководство);
- програмира провеждането на периодични прегледи и ревизии по изпълнението на целите и задачите за подобряване качеството на всички дейности в клиниката.

Придържайки се към посочените изисквания и отчитайки реалностите, в условията на които клиниката ще осъществява своята дейност, ръководството ѝ формулира съдържанието на провежданата от него политика, съгласно което последната трябва да:

* е напълно съвместима със целите и задачите, съдържащи се в плановете ѝ за средносрочно и дългосрочно развитие и дейност;

* съдържа ангажименти за удовлетворяване изискванията на потребителите за качеството на предоставяните им от клиниката здравни услуги и за непрекъснато подобряване ефикасността на внедреният в нея Модел за управление на качеството;

* определя рамката на прегледите по изпълнението на съдържащите се в нея цели и задачи;

* дава възможност за самооценка и усъвършенстване на адекватността ѝ в съответствие с променящите се фактори на външната среда от здравно-демографско, социално, технологично, икономическо и политическо естество.

А. ПОКАЗАТЕЛ „ОСНОВАВАНЕ НА ПОТРЕБНОСТИТЕ И ОЧАКВАНИЯТА НА ПОТРЕБИТЕЛИТЕ (СЪБИРАНЕ НА ИНФОРМАЦИЯ, ОТНОСНО НАСТОЯЩИТЕ И БЪДЕЩИ ПОТРЕБНОСТИ НА ЗАИНТЕРЕСОВАНИТЕ СТРАНИ-БЕНЕФИЦИЕНТИ НА ПРОИЗВЕЖ-ДАНИТЕ ОТ КЛИНИКАТА АНЕСТЕЗИОЛОГИЧНИ И ИНТЕНЗИВНИ ЛЕЧЕБНИ УСЛУГИ)”

Резултатите от дисертационното изследване по съдържанието на този показател са изложени подробно:

* в табличен и графичен статистически контекст в т. 1.2.1 на автореферата под надслов *„Анкетирание мнението на лекарите от клиниките-бенефициенти относно организацията и качеството на предоставяните от КАИЛ здравни услуги”*

* текстуално в раздел 7 на дисертационния труд под надслов *„Въвеждане на нови мениджърски техники за анализ и оценка на капацитета на*

КАИЛ (SWOT analysis) и формулиране на реактивни стратегии за действие

Но изискванията на този показател наложиха целите за постигане на високо качество на предоставяните от КАИЛ здравни услуги да бъдат информативно осигурени, с разпоредбите, съдържащи се в нормативните и технологичните критерии на медицинския стандарт по анестезиология и интензивно лечение, да са съвместими с приетата политика по качеството и да подлежат на мониторинг, измерване и анализ. Освен това бе прието, че за целите на пълнотата и достоверността на информационното осигуряване задължително трябва да се вземат предвид данните за:

- резултатите от анализите на дейността, съдържащи се в отчетите на клиниката;
- задачите, свързани с подобряване качеството на анестезиологичните и интензивните лечебни дейности, сроковете и лицата за тяхното изпълнение, както и документалните средства, които трябва да се използват;
- необходимите условия за *мотивация* на лекарите, медицинските сестри и другите работещи в клиниката лица, ориентирана към тоталното им включване в изпълнението на задачите по качеството, т.е. условия мотивиращи хората, че изпълнението на тези задачи е техен собствен принос;
- потребността от създаването на организация за провеждане на периодичен вътрешен одит по изпълнението на Модела за управление на качеството, основни действащи лица, в който трябва да бъдат такива специалисти от клиниката, които познават добре критериите, стандартите и показателите за качество на условията, процесите и резултатите и притежават способности да формулират, организират и провеждат мерки за положителни промени;
- влиянието на напредъка на медицинската наука върху диверсификацията на дейностите в предметния обхват на КАИЛ.

Б. ПОКАЗАТЕЛ „ОСНОВАВАНЕ НА ДЕЙНОСТТА И ВЪТРЕШНИТЕ ВЪЗМОЖНОСТИ НА КЛИНИКАТА (ПРЕГЛЕД И ОСЪВРЕМЕНЯВАНЕ НА ПЛАНОВЕТЕ И СТРАТЕГИЯТА КАТО СЕ ВЗЕМАТ ПРЕДВИД ПОТРЕБНОСТИТЕ НА ЗАИНТЕРЕСОВАНИТЕ СТРАНИ И НАЛИЧНИТЕ РЕСУРСИ)“

Още в началото на дисертационното изследване бе уточнено, че планирането на Модела за управление на качеството на дейностите в КАИЛ трябва да удовлетвори основните изисквания на EFQM за изграждане на такъв управленски модел. За целта освен посочените в предходния показател „А“ резултати, относно потребностите на заинтересованите страни и проведения SWOT анализ се наложи ръководството на клиниката да идентифицира общите процеси, които са необходими за Модела и начина на прилагането им в клиниката и да:

- дефинира последователността и взаимодействието им;
- определи критериите, показателите и методиката, осигуряващи ефикасността, функционирането и управлението им;
- осигури необходимите материални, финансови, човешки и информационни ресурси за тяхното функциониране ;
- въведе наблюдение, измерване и анализ на тези процеси;
- внедри необходимите действия за постигане на планираните резултати и непрекъснатото им подобряване.

Ето защо при разработването на плановете и стратегията на клиниката се съблюдаваха следните три задължителни изисквания:

Първо: да е ориентирано в посока „*напред*”, като обхваща прогнозиране на предстоящи събития и определяне на това, което ще се изисква в бъдеще за подобряване качеството на произвежданите от клиниката здравни услуги.

Второ: да съдържа вземането на решения за това какво трябва да бъде направено в клиниката по отношение на качеството: кога, къде и как то трябва да бъде извършено и паралелно с това—да включва оценки на алтернативите и свързаното с тях *разпределение на ресурсите*.

Трето: да се разбира като динамичен и непрекъснат процес, което означава, че предстоящите действия за подобряване на качеството в клиниката се влияят от бъдещи събития, произтичащи от външни въздействия и вътрешни сили.

Дисертационното изследване потвърди, че съчетаването на тези три изисквания позволява планирането на качеството в КАИЛ да бъде дефинирано като дейност, от която зависи бъдещето ѝ на заслужаваща професионално доверие клинична структура

В. ПОКАЗАТЕЛ „РАЗРАБОТВАНЕ, ПРЕРАЗГЛЕЖДАНЕ И АКТУАЛИЗИРАНЕ НА СТРАТЕГИЯТА И ПЛАНОВЕТЕ НА КЛИНИКАТА”.

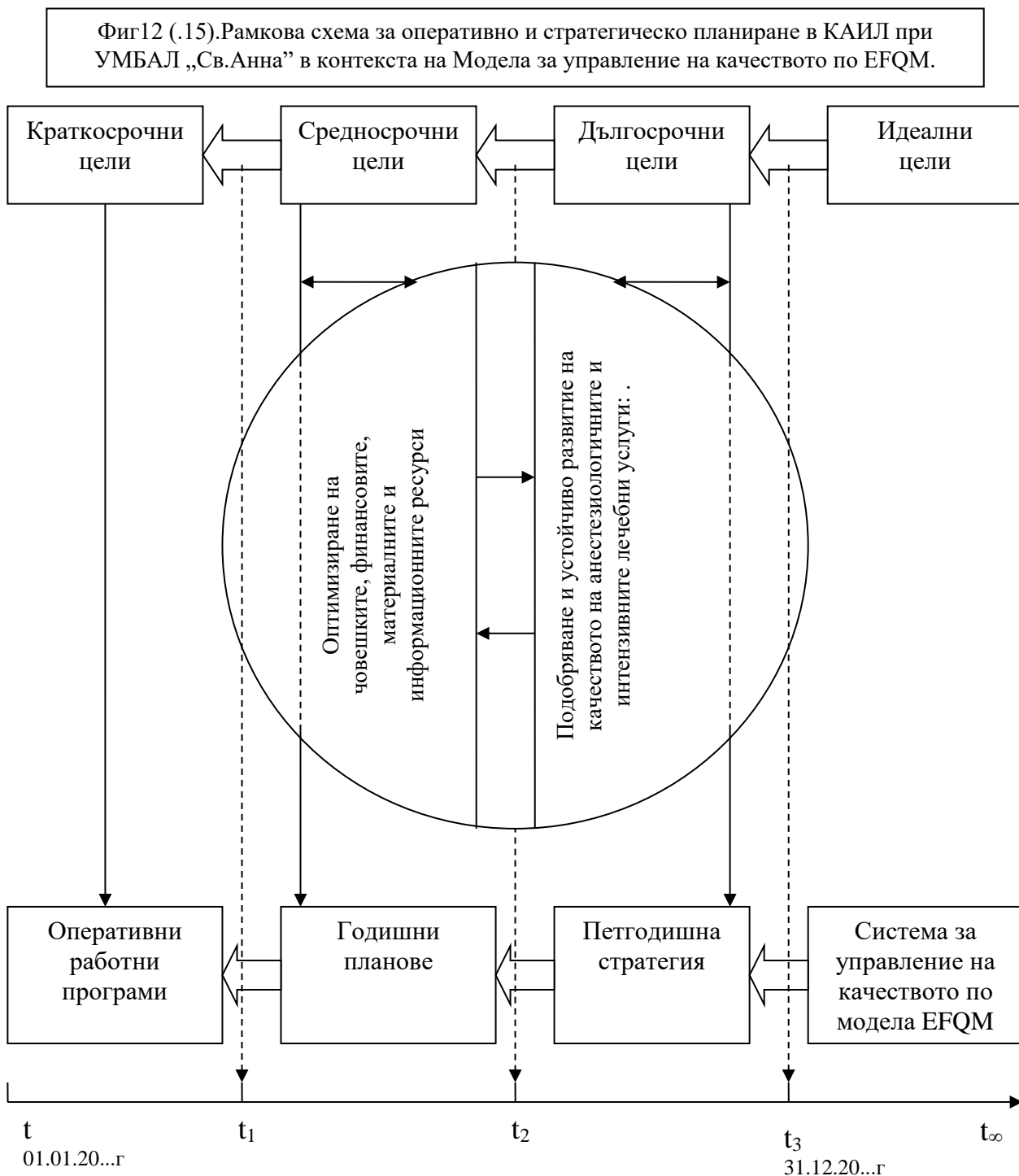
В процеса на дисертационното изследване се установи, че стратегическото планиране в КАИЛ, представено схематично на фиг.12 (15) е открит дългосрочен процес, насочен към прогнозиране на бъдещото състояние на клиниката, на нейната структура, функции и ресурси. Освен това се оказа, че то може се извърши най-добре след задълбочена оценка на факторите на външната и вътрешната среда, оказващи пряко или косвено влияние върху тяхното развитие с инструментариума на:

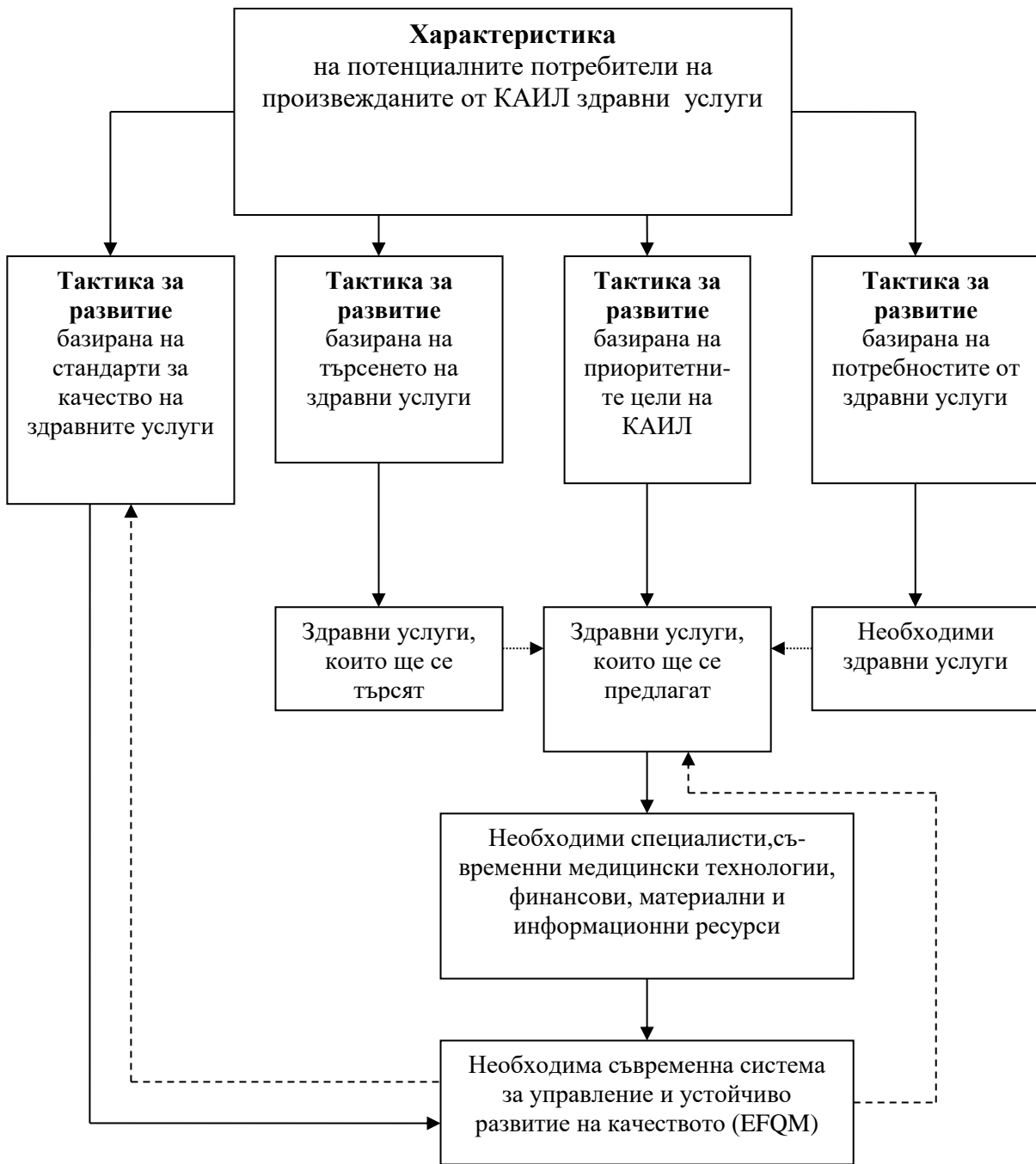
*STEP анализа (така както е показано в *раздел трети т. 2.А* на дисертационния труд.);

*SWOT анализа (така както е показано в *раздел трети т. 7* на дисертационния труд

След определяне на стратегическите цели на КАИЛ по посочения във фигурата алгоритъм се наложи клиничното ръководство да обсъди

възможните тактики за тяхното внедряване, ползвайки идейната конструкция, съдържаща се във фиг. 13 (16)





—————задължителна връзка

-----обратна връзка

Фиг. 13 (16). Възможни тактики за реализиране на стратегията за развитие и дейност на КАИЛ

Г. ПОКАЗАТЕЛ „ДОВЕЖДАНЕ ДО ЗНАНИЕТО НА ПОТРЕБИТЕЛИТЕ, РЕАЛИЗАЦИЯ И КОНТРОЛИРАНЕ (ПЛАНИРАНЕ, ИЗПЪЛНЕНИЕ И ПРЕГЛЕД НА МОДЕРНИЗИРАНЕТО И ИНОВАЦИИТЕ)”

Стратегическото и тактическото планиране на дейностите, касаещи модернизиранието и иновациите в клиниката с цел създаване на качествени анестезиологични и интензивни лечебни услуги е открит процес, който:

*се основава на задълбочена оценка на факторите на външната и вътрешната среда, оказващи влияние върху качеството и неговото устойчиво развитие;

*подказва какви новаторски организационни промени (иновации) е необходимо да се планират и реализират в структурата, функциите, капиталовите запаси (апаратура, техника, газови инсталации) и в професионалния статус на персонала с цел усъвършенстване на наличните анестезиологични и интензивни лечебни услуги или създаване/въвеждане на нови такива.

Процедурата на този, осъществяван в клиниката, пет компонентен процес се състои в следното:

Г.1. Формулиране на първостепенните и второстепенните цели след задълбочена селекция, основаваща се на критерии за стратегически, съответно тактически, избор и на критерии за качество на услугите.

Г.2. Стратегическа маркетингова оценка на:

* *външната среда*, с инструментариума на STEP analysis (отчитане влиянието на социалните, технологичните, икономическите, политическите, демографските и др. фактори);

* *вътрешната среда и здравно-пазарните предизвикателства*, пред които е изправена клиниката, с инструментариума на SWOT analysis (силни и слаби страни, възможности, заплахи).

Г.3. Избор на стратегически задачи по разнообразяване на услугите, запълване на „пазарни ниши”, разширяване ареала на обслужването.

Г.4. Внедряване на стратегията (разработване на планове и оперативни програми).

Г.5. Контрол и оценка на получените резултати.

Дисертационното изследване показва, че от изброените пет компонента особено внимание заслужават *първите три*, тъй като те се вписват най-добре в понятието „стратегия” в контекста на EFQM Excellence model и EN ISO 9001:2015 for healthcare.

3.1.3. КРИТЕРИЙ „ХОРА (ПЕРСОНАЛ) НА КЛИНИКАТА” С ОБЩА МАКСИМАЛНА ОТНОСИТЕЛНА ТЕЖЕСТ 9%=90 БОНИФИКАЦИОННИ ТОЧКИ.

КОНТЕКСТ

Дисертационното изследване потвърди, че фактора „персонал (хора)” на КАИЛ изпълнява водеща роля в изявата на всички други фактори на клиничната среда (материални, финансови, технологични, информационни). Това е така, защото за постигане на по-висока ефективност е необходимо да се осъществи, не само съответствие между тях в количествено и качествено отношение, но и „*функционирането им в система*” От тук и извода, че ролевата функция на човешкия фактор трябва да се оценява като основен ресурс на общото управление на клиниката.

Много често се пре експонира ролята на финансите, техниката, апаратурата, инвестициите и оперативното управление на дейностите.

Вярно е, че без тяхното наличие като количество и качество е невъзможна съответната дейност, но ако се управляват и използват лошо, ако се разпиляват (а всичко това зависи от човешкия фактор, от неговата квалификация и мотивация), клиниката не би успяла в своята мисия, трудно би реализирала своите цели и не би могла да се справи успешно със стоящите пред нея предизвикателства.

А. ПОКАЗАТЕЛ „ПЛАНИРАНЕ, УПРАВЛЕНИЕ И ПОДОБРЯВАНЕ НА ЧОВЕШКИТЕ РЕСУРСИ, ВЪВ ВРЪЗКА СЪС СТРАТЕГИЯТА И ПЛАНОВЕТЕ НА КЛИНИКАТА”

Планирането на човешките ресурси в клиниката се състои в определяне на точния брой хора с определени качествени характеристики за съответните длъжности (работни места) за всеки момент от нейното развитие. То е важна част от цялостната сложна и отговорна дейност по управлението им, т.е. *процес* за анализиране на организационните потребности от човешки ресурси в изменящите се условия и развитие на дейността за задоволяване на тези потребности.

В КАИЛ плановият компонент в управлението на човешките ресурси е насочен към следните съдържателни области: проучване, участие, обучение и усъвършенстване на персонала.

Потребностите на клиниката от човешки ресурси в количествено и качествено отношение и тяхното осигуряване се определя от нейната визия, стратегически цели и планове за развитие на дейността ѝ, от намеренията за внедряване на нови анестезиологични и интензивни лечебни технологии, на нова организация на труда и др. При дисертационното изследване бе установено, че умелото планиране на човешките ресурси предопределя ефективността на останалите дейности

в клиниката: нейната стабилност в перспектива, финансовото състояние, организационната култура и имиджа ѝ.

Умелото планиране на човешките ресурси в клиниката доведе до редица полезни резултати, по важни от които са:

- *създаване на възможност за по-добро използване на работната сила за съевременно организиране на дейностите по нейното развитие, реализиране, морално и материално стимулиране;

- *повишаване ефективността на обучението на клиничния персонал, разработване и внедряване на система за кариерното му развитие.

Важно за отбелязване в случая е, че при планирането на човешките ресурси, ръководството на клиниката се придържа към следните

аксиоматични правила:

- *кадрите се наемат не за „еднократна употреба”, те се използват за продължителен времеви период и решенията по отношение на тях имат дълготрайни последици за клиниката;

- *клиниката няма потребност от човешки ресурси изобщо, *а от хора* с определени професионални качества, комуникативност и умения за работа в екип;

- *лекарите, медицинските сестри и другия персонал се развиват, мислят, самоусъвършенстват се, т.е. променят се като ресурс и личности;

- *работещите в клиниката имат специфични и разнообразни потребности и интереси, които ги мотивират да действат по определен начин;

- *човешкият ресурс на клиниката е неин първоразряден капитал от съзнателни хора, които изискват признание, справедливо отношение и възнаграждение, за да работят ефективно.

Б. ПОКАЗАТЕЛ „ИДЕНТИФИЦИРАНЕ, РАЗВИТИЕ И ИЗПОЛЗВАНЕ КОМПЕТЕНЦИИТЕ НА СЛУЖИТЕЛИТЕ Т.Е. УЕДНАКТЯВЯВАНЕ НА ИНДИВИДУАЛНИТЕ И ОРГАНИЗАЦИОННИТЕ ЦЕЛИ”.

Политиката на клиничното ръководство за развитие на човешкия капитал в контекста на Системата за управление на качеството по EFQM е насочена към системно преразглеждане на потребностите от повишаване знанията и уменията на персонала с оглед усвояването на нови способности за непрекъснато подобряване на работата. Това наложи ангажиране на възможно целия персонал на клиниката чрез:

- *подбор и обучение;

- *определяне на пълномощията и отговорностите в индивидуални длъжностни характеристики;

- *поставяне на индивидуални и групови задачи и улесняване включването на клиничния персонал в тяхното изпълнение;

- *стимулиране на ефективна работа в екип;

*създаване на условия за стимулиране на иновациите, придобиването на нови знания и умения, с оглед постигане на качествени резултати;

*въвеждането на информационни технологии, улесняващи разпространяването на мнения и предложения за подобряване на качеството;

*изследване на причините, поради които служителите напускат клиниката

За постигане на по-лесно и по-подробно проследяване на квалификационното/кариерното развитие на служителите, в личното досие на всеки от тях се прилагат и съхраняват всички записи, удостоверяващи преминалото обучение, придобитата квалификация, реализираните „кредитни точки” и др.

Ръководството на КАИЛ счита че е морално длъжно да поддържа утвърдени колегиални традиции към свои пенсионирани служители с дългогодишен стаж, изразяващи се в чествания и осигуряване на безотказни медицински услуги.

В. ПОКАЗАТЕЛ „АНГАЖИРАНЕ НА СЛУЖИТЕЛИТЕ, КАТО СЕ СЪЗДАВАТ УСЛОВИЯ ЗА ОТКРИТ ДИАЛОГ И УПЪЛНОМОЩАВАНЕ.

В политиката за ангажиране на служителите си към открит диалог ръководството на клиниката осъществи следните мероприятия и произтичащи от тях мениджърски действия:

в.1. Създадени са условия за изграждане на добри професионални и междуличностни комуникации. Това мероприятие е описано подробно в автореферата т. 1.2 „в” под надслов „*Вътрешен обмен на информацията в КАИЛ*”.

в.2. Проведено е анонимно анкетиране на 61 лекари и мед. сестри (84,7% от общия кадрови състав на клиниката). Резултатите от това мероприятие са описани подробно таблично и графично в т. 2. „б” на автореферата под надслов „*Дейности по оптимизация на човешкия капитал в клиниката*”.

в.3. Разработени са и се реализират индивидуални и групови програми за продължаваща следдипломна квалификация на лекарите и медицинските сестри, т.е. на всички участващи в анестезиологичните и интензивните лечебни дейности. Контролът по изпълнението на програмите е възложен на отговорниците и старшите медицински сестри на секторите „анестезиологичен” и „интензивно-лечебен”.

Ръководството на клиниката отделя особено внимание на практическото обучение на персонала по изпълнението на *клиничните протоколи, диагностично-терапевтичните алгоритми и техническите фишове за добри сестрински грижи*.

в.4. Предстои през 2018 год. в клиниката да се внедри Система за периодична професионална атестация на лекарите и медицинските сестри. Резултатите от атестирането ще бъдат използвани, както за актуализиране на програмите за продължаващото следдипломно

обучение, така и за изготвяне на становища за кариерно развитие на кадрите.

3.1.4. КРИТЕРИЙ „ПАРТНЬОРСТВО И РЕСУРСИ” С ОБЩА МАКСИМАЛНА-ОТНОСИТЕЛНА ТЕЖЕСТ 9%=90 БЕНИФИКАЦИОННИ ТОЧКИ

КОНТЕКСТ

Партньорството на КАИЛ с основните потребители на нейните услуги (пациенти и клинични структури в болницата-майка), *квалифицирано като „ресурс”* наред с управлението на другите предоставени ѝ за ползване традиционни ресурси (човешки, материално-технически, технологични информационни и др.) е важно направление на внедрената в нея СУК по EFQM. При дисертационното изследване бе установено, че умелото използване на този ресурсен комплекс подпомага изпълнението на целите, съдържащи се във визията, стратегията и оперативните планове за подобряване и устойчиво развитие на качеството в клиниката.

При управлението на предоставените ѝ ресурси, КАИЛ като интегрална част от публичната здравна организация УМБАЛ „Св.Анна” АД, е често обект на ограничения и натиск, по-голям от този, какъвто обикновено се среща в частния сектор. Нейната способност да създава допълнителни финансови резултати е често ограничена, както е ограничена и свободата ѝ да разпределя или да преразпределя средствата си за услугите, които иска да предоставя. По тази причина от критично значение е използваната технология за измерване на ефективността и ефикасността на услугите. Цялостното финансово управление, вътрешният контрол и системите за счетоводство са основата на стабилното счетоводство по отношение на разходите. Въпреки че клиниката няма необходимата свобода при разпределението на ресурсите, демонстрирането на способността ѝ *„да предоставя повече и подобрени здравни услуги при по-малки разходи”* създава възможността за по-бързото въвеждане на повече иновативни анестезиологични и интензивни лечебни услуги.

Всичко това предяви към мениджърския екип на клиниката изискването за:

- *осигуряване и навременно предоставяне на точни знания и информация в леснодостъпен формат, за да се даде възможност на служителите да изпълняват ефективно работата си;
- * споделяне на критично важна информация и знания с ключови партньори и други заинтересовани страни в съответствие с техните потребности.

А. ПОКАЗАТЕЛ „РАЗВИТИЕ И ОСЪЩЕСТВЯВАНЕ НА КЛЮЧОВИ ПАРТНЬОРСКИ ВЗАИМО-ОТНОШЕНИЯ

Ръководството на клиниката е идентифицирало своите потенциални стратегически партньори-бенефициенти на предоставяните от нея услуги и естеството на взаимоотношенията с тях, при спазване разпоредбите на действащия медицински стандарт по анестезиология и интензивно лечение и правилника за устройството, дейността и вътрешния ред на болницата.

Съдържанието на взаимоотношенията с клиничните болнични структури, тяхното управление и контрол са разписани подробно, както в правилника за устройството дейността и вътрешния ред на КАИЛ, така и в аналогичните правилници на клиниките и операционните блокове, ползватели на нейните услуги. Качествените аспекти на тези

взаимоотношения се обсъждат с колегиална деловитост на организирани от болнична-та Лечебно-контролна комисия *интердисциплинарни срещи*..

Взаимните отношения с външни доставчици на продукти и услуги с медицинско, инженерно- инсталационно или болнично-битово предназначение, тяхното управление и контрол се уреждат със съдействието и посредничеството на съответните общо болнични специализирани звена и служби със задължително присъствие и участие на лице, определено от клиничното ръководство.

Б. ПОКАЗАТЕЛ „СЪЗДАВАНЕ И ОСЪЩЕСТВЯВАНЕ НА ПАРТНЬОРСТВО С ГРАЖДАНСКИ СДРУЖЕНИЯ ЗА ЗАЩИТА ПРАВАТА НА ПАЦИЕНТИТЕ.”

За целта ръководството на клиниката насърчава гражданите, които са се възползва-ли от нейните услуги, да участват активно с въпроси и предложения за подобряване на тяхното качество. Във връзка с това клиниката:

* е със „отворени врати” за идеи, съвети и препоръки, постъпили явно от директни срещи с граждани или чрез използване на подходящи механизми за събирането им (например организирани от сдружения за защита правата на пациентите „фокусни групи”, жалби, анонимни анкети и т.н.).

*осигурява активна информационна политика относно възможностите, съдържащи се в предмета на нейната дейност и компетенциите на работещите в нея специалисти, чрез организиране на пресконференции, публикуване на информации в Интернет и др.).

В. ПОКАЗАТЕЛ „УПРАВЛЕНИЕ НА ФИНАНСИТЕ”

Една от основните цели на КАИЛ е постигане устойчиво развитие на качеството на материалната база, икономическите параметри и на способите за тяхното управление чрез реализиране на следните задачи:

*осъществяване на устойчива дългосрочна финансова стабилизация, чрез подобряване на ролевата й функция в комплексното изпълнение на договорите между УМБАЛ „Св.Анна” АД-София от една страна и НЗОК и доброволни здравно застрахователни фондове от друга;

*провеждане на политика за увеличаване на приходите и целесъобразно разходване на ресурсите, чрез методите, инструментариума и контролните механизми на съвременния икономически (в т.ч. финансов) мениджмънт, с оглед постигане на баланс в отношението *разход/приход* ≤ 1;

*въвеждане на иновативна система за планиране и контрол на разходите -същата е разработена, внедрена, подробно текстово описана и таблично илюстрирана, като част от дисертационното изследване в раздел 2-ри на автореферата под надслов „Разработване и внедряване на управленски модел за контрол на разходите и подобряване организацията на дейностите за ресурсно осигуряване на КАИЛ).

Г. ПОКАЗАТЕЛ „УПРАВЛЕНИЕ НА ИНФОРМАЦИЯТА И ЗНАНИЯТА”

В клиниката е разработена и внедрена система за управление, съхранение и оценка на информацията и знанията в съответствие със стратегическите и оперативните й цели.

Тя се наблюдава постоянно, с оглед осигуряване целесъобразността, коректността, надеждността и сигурност на нейната съдържателност Създадени са работещи канали за разпространението и достъп до нея за всички заинтересовани страни.

Осигурени са условия, доколкото това е възможно на практика, ключовата информация и знания да останат в клиниката, в случай на напускане на нейни служители.

Д. ПОКАЗАТЕЛ „УПРАВЛЕНИЕ НА ТЕХНОЛОГИИТЕ”

В клиниката се изпълнява интегрирана политика за управление на анестезиологичните и интензивните лечебни технологии в съответствие с нейните стратегически и оперативни цели. Този интегритет се изразява в ефективно прилагане на новаторска организационна процедура за:

- *управление на задачите;
- *управление на знанията
- *подпомагане на дейностите по обучението и усъвършенстването на кадрите;
- *подпомагане на взаимодействието със заинтересованите страни и партньорите.
- *подпомагане на разработването и поддържането на вътрешни и външни комуникационни канали.

Е. ПОКАЗАТЕЛ „УПРАВЛЕНИЕ НА РАБОТНАТА СРЕДА И СЪОРЪЖЕНИЯТА”

Е.1. Планирането, обезпечаването и системното оптимизиране на материалните, финансовите и информационните ресурси в КАИЛ е целево ориентирано към:

*поддържане на ефикасна инфраструктура и привеждането ѝ в пълно съответствие с изискванията за качество на условията, в които се произвеждат здравните услуги;

*осигуряване на необходимата апаратура и техника и на екипировката от пособия и консумативи, в съответствие с изискванията за качество на средствата, с които се оказват здравните услуги;

*осъвременяване на диагностичните и лечебните методи и технологии и на интегрираните сестрински грижи в съответствие с изискванията за качество на процесите (дейностите, методите), чрез които се оказват здравните услуги;

*създаване на функционална работна среда, в съответствие с изискванията за здравословност и безопасност на същата.

Това наложи планирането на необходимите на клиниката съоръжения да се извършва на основата на анализи от проведените одити по качеството, анкетни проучвания сред бенефициентите на предоставяните от нея здравни услуги, benchmarking-analysis на успехите на аналогични клиници(отделения) в други лечебни заведения за болнична помощ.

Е.2. Създадените от ръководството на УМБАЛ „Св.Анна” АД-София условия (работна среда) в КАИЛ за ефикасна и качествена дейност на персонала се вписва изцяло в изискванията на EFQM Excellence model и действащата в страната нормативна база за здравословни и безопасни условия на труд. Тя е адекватна на процесите за осъществяване на анестезиологичните и интензивните лечебни дейности. Правилата и отговорностите за нейното поддържане са описани подробно в Правилника за устройството, дейността и вътрешния ред на клиниката, Правилника за профилактика и контрол на вътре болничните инфекции в болницата и в длъжностните характеристики на персонала. Създадената по този начин работна среда, нейното поддържане и непрекъснатото ѝ ергономично и естетическо осъвременяване е гаранция,

че тя, като комбинация от човешки и физически фактори ще има положително въздействие върху мотивацията, удовлетвореността и резултатите от работата на персонала и възможността за тоталното му включване в изпълнение целите на Модела за управление на качеството. Клиниката притежава план за сигурност и безопасност на пациентите и персонала, съобразен с архитектурните особености на нейните помещения, с инфраструктурата и ресурсите, обезпечавачи нормално осъществяване на анестезиологичните и интензивните лечебни дейности.

КАИЛ притежава организационна схема за действие при възникване на вътрешни и външни бедствени ситуации, включително пи терористични актове. Съгласно тази схема в нея се провеждат тренировъчни симулативни игри с участието на целия персонал.

3.1.5. КРИТЕРИЙ „ПРОЦЕСИ”, С ОБЩА МАКСИМАЛНА ОТНОСИТЕЛНА ТЕЖЕСТ 14%=140 БОНИФИКАЦИОННИ ТОЧКИ.

КОНТЕКСТ

Дисертационното изследване установи, че опорни точки на клиничното ръководство при интерпретирането, внедряването и изпълнението на показателите, съдържащи се в този критерий са следните класически определения в квалитологията:

- а) *процес-*, дейност, която превръща вложените в нея ресурси в резултати;
- б) *процесен подход-*, проекция на резултатите от даден процес върху следващият го процес“;
- в) *системен анализ-*, процедура, с която се установяват факторите, които могат да окажат влияние върху реализацията на даден процес“;
- г) *процесен анализ-*, процедура, показваща стъпките, които трябва да се извървят за реализиране на процеса“;
- д) *мислене, основаващо се на риска (Thinking Founded on Risk)* „три компонентна процедура“, състояща се от:
 - *анализ на факторите на риска с всички познати методи (Descriptive Analysis, SWOT Analysis, STEP Analysis, System and Process Analysis, Feedback Analysis и др.);
 - *обсъждане и съпоставяне на резултатите от анализа с методите на логиката: индукция, аналогия, хипотеза, дедукция;
 - *краен практически извод: диагноза на риска и формулиране на мениджърско решение за „дефанс“, т.е. за ограничаване на неговото влияние, трансформиране или елиминиране;
- е) *цикъл на Deming (PDCA)-*„планиране-извършване-проверка-подобряване“.

А. ПОКАЗАТЕЛ „ПОСТОЯННО ИДЕНТИФИЦИРАНЕ, ПРОЕКТИРАНЕ И ПОДОБРЯВАНЕ НА ПРОЦЕСИТЕ“

Ръководството на КАИЛ актуализира процесите, осъществяването на които е необходимо условие за адекватно разбиране на потребностите и очакванията

на потребителите за високо и устойчиво качество на предоставяните от нея анестезиологични, интензивни лечебни и образователни услуги. Тези процеси включват определянето и прегледа на релевантната информация, съдържаща се в резултатите от:

- проведените мероприятия, във връзка с анализите от допитванията с потребителите на анестезиологични и интензивни лечебни услуги и с други заинтересовани страни;
- изпълнението на договорените от болницата изисквания, предявени от източниците на финансиране (здравно-осигурителни, здравно-застрахователни и др. юридически лица.)
- бенчмаркингите и маркетинговите проучвания на постиженията на аналогични структури в други болнични заведения;
- самооценяването по акредитационните критерии и показатели;
- сравненията на постиженията на клиниката по определени количествени и качествени показатели с минали периоди.

Посоченият информационен масив се документира и архивира. Обобщени актуални данни от него периодично се обсъждат от клиничното ръководство, с цел предприемане на съответни действия за удовлетворяване изискванията на потребителите относно спектъра и качеството на предоставяните от клиниката анестезиологични, интензивни лечебни и образователни услуги.

При проектиране и въвеждане на нови за клиниката здравни услуги, ръководство взема предвид техния жизнен цикъл, сигурност, защитеност, влиянието им върху околната среда и други рискове.

По принцип решение за изготвяне на проект за въвеждане на нова здравна услуга се взема след задълбочен анализ на факторите, които могат да ѝ окажат влияние в процеса на нейната реализация. За целта, ръководството на клиниката използва инструментариума на STEP–анализа и SWOT–анализа .

Входните данни за проектиране въвеждането на новата здравна услуга в продуктивния портфейл на КАИЛ се дефинират ясно в писмен вид и се съхраняват съгласно изискванията на утвърдените правила за защита на информацията. Тези данни включват:

- функционалните изисквания към услугата и очакваните ползи при реализирането ѝ;
- съответствието ѝ с изискванията на действащите в страната нормативни актове;
- други съществени изисквания за конкретно проектиране.

Ръководството на клиниката е създадо процедура за оценка на адекватността на посочените данни, на основата на идентификации и критерии, гарантиращи, че тези данни са пълни, недвусмислени и непротиворечиви си. Идентифицираните входни елементи се регистрират в *плана на проекта*.

Б. ПОКАЗАТЕЛ „РАЗРАБОТВАНЕ И ПРЕДОСТАВЯНЕ НА ОРИЕНТИРАНИ КЪМ ПОТРЕБИТЕЛИТЕ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧНИ И ИНТЕНЗИВНИ ЛЕЧЕБНИ УСЛУГИ“

Изходните елементи на системния подход в КАИЛ при разработването и предоставянето на ориентирани към нейните бенефициенти здравни услуги в се определят и одобряват преди тяхното внедряване. По правило те се подбират така, че:

- да удовлетворяват изискванията на входните елементи;
- да дават необходимата информация при реализирането на новата здравна услуга;
- да се позовават на критерии за възприемчивост на услугата от нейните потребители;
- да определят тези характеристики на здравната услуга, които са съществени за нейното коректно предоставяне.

Извършеният по този начин подбор на изходните елементи при разработването позволява на ръководството на клиниката да приложи диференциран подход при представяне на проектните резултати, съобразно естеството на проектираното нововъведение.

В. ПОКАЗАТЕЛ „ИНОВАТИВНИ ПРОЦЕСИ С УЧАСТИЕ НА БЕНЕФИЦИЕНТИТЕ НА ПРЕДОСТАВЯНИТЕ ОТ КЛИНИКАТА АНЕСТЕЗИОЛОГИЧНИ И ИНТЕНЗИВНИ ЛЕЧЕБНИ УСЛУГИ“.

В КАИЛ се провеждат *периодични научно-практически срещи* с представители на клиниките от УМБАЛ „Св. Анна“ АД-София, бенефициенти на нейните услуги, за обсъждане на въпроси, касаещи иницирирането на иновативни процеси за внедряване на нови, *основаващи се на научни доказателства* анестезиологични и интензивни лечебни технологии. Срещите имат за цел да дадат оценка доколко обсъжданите иновации са в състояние да удовлетворят изискванията, да идентифицират произтичащите от тях проблеми и необходимите действия за решаването им. За участие в тези срещи се отправят покани и до специалисти-анестезиолози от други болнични заведения, проявяващи интерес към обсъжданите теми.

Потвърждаването на иновативните намерения е гаранция за това, че ново въвеждащата се иновативна технология или услуга е способна да посрещне новите, по-високи изисквания на потребителите и на другите заинтересовани страни. Следва да се подчертае, че по принцип обсъждането и потвърждаването на иновативните здравни технологии в КАИЛ се извършва преди въвеждането им в практиката.

Успешно преминалият всички обсъждания иновативен проект се удостоверява с подписите на неговия инициатор и началника клиниката.

3.2. ГРУПА КРИТЕРИИ „РЕЗУЛТАТИ“ С ОБЩА МАКСИМАЛНА ОТНОСИТЕЛНА ТЕЖЕСТ 50%=500 БОНИФИКАЦИОННИ ТОЧКИ

3.2.1. КРИТЕРИЙ: „РЕЗУЛТАТИ, ОРИЕНТИРАНИ КЪМ ПОТРЕБИТЕЛИТЕ НА АНЕСТЕЗИОЛОГИЧНИ И ИНТЕНЗИВНИ ЛЕЧЕБНИ УСЛУГИ“ С ОБЩА МАКСИМАЛНА

ОТНОСИТЕЛНА ТЕЖЕСТ 20%= 200 БОНИФИКАЦИОННИ ТОЧКИ.

А. ПОКАЗАТЕЛ „РЕЗУЛТАТИ ОТ ИЗМЕРВАНЕТО НА УДОВЛЕТВОРЕНОСТТА НА ПОТРЕБИТЕЛИТЕ

Ръководство на КАИЛ съзнава, както установи дисертационното изследване, че успехът на внедрения Модел за управление на качеството по EFQM е пряко зависим от удовлетворяването на настоящите и бъдещите потребности и очаквания на потребителите на предоставяните им анестезиологични и интензивни лечебни услуги.

Ето защо още в началото на неговото функциониране се положиха усилия за надхвърляне на тези очаквания, като резултат на утвърдилото се разбиране, че изискването за качество на здравните и услуги включва и такива техни параметри, като: достъпност, надеждност, начин на предоставяне, мероприятия след реализиране на услугата и разходите, свързани с нея .

Паралелно с това в своята стратегия за развитие ръководството на клиниката:

*Демонстрира отговорност за сигурността на хората, намиращи се в нея (пациенти, специализанти и служители).

*Въведе ефикасни средства за обмен на информация със своите потенциални потребители, относно вида и същностната характеристика на предоставяните от нея услуги и относно условията и реда за достъпа до тях. Конструкцията на този информационен обмен бе изградена върху класическата дефиниция на комуникациите в националната система за здравеопазване *„създаване или обмен на разбирателство между изпълнители и потребители на здравни услуги“*.

Б.1 ПОКАЗАТЕЛ „ИНДИКАТОРИ ЗА ИЗМЕРВАНЕТО, ОРИЕНТИРАНИ КЪМ ПОТРЕБИТЕЛИТЕ“

Съобразявайки се със значимостта на говорните и писмените методи за комуникация и с доказателствената стойност на статистическите *репери* в здравеопазването ръководството на КАИЛ, ползвайки теоретичните постановки на общата рамка за самооценка на организациите CAF (Common Assessment Framework), е систематизирало индикаторите за измерване, ориентирани към потребителите в три групи:

*време за обработка на оплакванията и препоръките на бенефициентите;

*степен на използване сътрудничеството на пациентите („*compliance*”) при прилагането на диагностичните и лечебните процедури;

*време за осъществяване на интегрираните сестрински грижи и степента на удовлетвореност от тях.

Б.2. ПОКАЗАТЕЛ „ ИНДИКАТОРИ ВЪВ ВРЪЗКА С АНГАЖИРАНОСТТА“, В Т.Ч.:

*степен на ангажираност на заинтересованите клинични структури от *болницата-майка* в изпълнението на отнасящите се тях клаузи от медицинските стандарти, касаещи реда и начина за ползване на анестезиологични услуги;

*изпълнение и степен на използване на нови и иновативни методи за работа с потребителите на произвежданите от КАИЛ услуги;

Б.3. ИНДИКАТОРИ ВЪВ ВРЪЗКА С ПРЕДОСТАВЯНЕТО НА ПРОИЗВЕЖДАНИТЕ ОТ КЛИНИКАТА УСЛУГИ, В Т.Ч.:

*спазване на клаузите от *хартата за правата на пациентите*;

*степен на усилията за подобряване наличието, точността и прозрачността на информацията в *уеб страницата* на КАИЛ.

3.2.2. КРИТЕРИЙ „РЕЗУЛТАТИ, СВЪРЗАНИ С ХОРАТА (ПЕРСОНАЛА) НА КЛИНИКАТА”, С ОБЩА МАКСИМАЛНА ОТНОСИТЕЛНА ТЕЖЕСТ 9%=90 БОНИФИКАЦИОННИ ТОЧКИ

А. ПОКАЗАТЕЛ „РЕЗУЛТАТИ ОТ ИЗМЕРВАНЕТО НА УДВЛЕТВОРЕНОСТТА И МОТИВАЦИЯТА НА ПЕРСОНАЛА“.

Тази група резултати е подробно отразена таблично с абсолютни и относителни статистически величини и графично с индикатори, образуващи съставния индекс на стр. 47-50 на автореферата по данни от анонимно анкетиране, обхванало 84,7% от общия брой на лекарите и медицинските сестри в клиниката.

Мотивационният продукт, като проекция от анализа на тези резултати, е съставената моделна конструкция за месечните трудови възнаграждения на работещите в КАИЛ, подробно разписана в автореферата на стр. 59-63.

Б. ПОКАЗАТЕЛ „ИНДИКАТОРИ ЗА РЕЗУЛТАТИ, СВЪРЗАНИ С ХОРАТА

Резултативен мениджърски компонент в политиката на КАИЛ за работата ѝ с персонала, произтичащ от Модела за управление на качеството е включването на всички нейни служители в „*движение за тотално качество*”.

Б.1. В хода на дисертационното изследване бе изяснено, че гносеологичната и приложната стойност на понятието „*тотално качество*” в условията на внедрения в КАИЛ Модел за управление на качеството има следните две съществени значения:

а) успехът на клиниката се определя от тоталните ѝ функции, защото еквивалента на продукцията „анестезиологични и интензивни лечебни услуги” са дейностите на целия контактуващ пряко и непряко с потребителите им персонал, както и процесът на информация, свързан с тях.

б) проблемите на качеството опират не само до персонала на клиниката но и до стила на нейния мениджмънт, налагащ отговор на следните въпроси:

* може ли качеството на здравните услуги, предоставяни от клиниката да се ръководи със стари управленски лостове, т.е. само с контрол?

*ако зад качеството стоят поведението и отношението на всички работещи в клиниката могат ли те да бъдат мобилизирани със стария метод на „*тоягата и моркова*” ?

Ясно е, че отговорът на тези въпрос не може да бъде друг, освен отрицателен. Примерът с въведения в КАИЛ Модел за управление на качеството е значителен. Защото той изисква провежданата от ръководството политика по качеството да бъде издигната до начин на мислене и действие на всички.

Б.2. Дисертационното изследване показва, че в случая е важно наличието на организирана съзнателна форма на действие от страна на клиничното ръководство, позволяваща основните ценности на тоталното качество да бъдат ежедневно прилагани от страна на всички лекари, медицински сестри и помощен персонал.

Това наложи ръководството на КАИЛ да поеме инициативи в полза на структуриран, организиран и твърд начин на мислене за да противостои на някои разпилени и хаотични действия на отделни служители.

3.2.3. КРИТЕРИЙ „РЕЗУЛТАТИ, СВЪРЗАНИ С ОБЩЕСТВОТО”, С ОБЩА МАКСИМАЛНА ОТНОСИТЕЛНА ТЕЖЕСТ $6\% = 60$ БЕНИФИКАЦИОННИ ТОЧКИ

А. ПОКАЗАТЕЛ „РЕЗУЛТАТИ ОТ СОЦИАЛНИТЕ ИЗМЕРВАНИЯ, ВЪЗПРИЕТИ ОТ ЗАИНТЕРЕСОВАНИТЕ СТРАНИ

Дисертационното изследване изясни, че важно изискване на внедрения в КАИЛ Модел за управление на качеството е да се използват източници за своевременна, достатъчна и вярна потребителска информация с оглед получаване на полезна представа чрез „*гласа на потребителите*”, както за степента на тяхната удовлетвореност, така и за конкурентоспособността му на целевите здравни пазари. Източници на информация за обществената удовлетвореност, идентифицирани и ползвани от клиничното ръководство за целите на Модела за управление на качеството, съгласно постановките на EFQM са:

- директни комуникации с потребители на предоставяните от

- клиниката анестезиологични и интензивни лечебни услуги;
- оплаквания в жалби и сигнали от потребители;
 - проведени анонимни анкети с потребители, чрез писмени въпроси;
 - обсъждания с фокусни (прицелни) потребителски групи;
 - доклади на организации за защита правата на пациентите;
 - репортажи в средствата за масово осведомяване

Б. ПОКАЗАТЕЛ „ИНДИКАТОРИ ЗА СОЦИАЛНОТО ПОВЕДЕНИЕ, УСТАНОВЕНО В КЛИНИКАТА“

Резултатите от изпълнението на този показател се съдържат в:

- * писмени отзиви на лекувани в клиниката пациенти;
- * репортажи в печатни медии;
- * телевизионни излъчвания, посветени на социално-здравната значимост на клиниката за населението от здравните региони *„Столичен град и „София-област“*.

3.2.4. КРИТЕРИЙ: „КЛЮЧОВИ РЕЗУЛТАТИ ОТ ИЗПЪЛНЕНИЕТО”, С ОБЩА МАКСИМАЛНА ОТНОСИТЕЛНА ТЕЖЕСТ 15%=150 БОНИФИКАЦИОННИ ТОЧКИ.

А. ПОКАЗАТЕЛ „ВЪНШНИ РЕЗУЛТАТИ“

За оценка на външните резултати от дейността ръководството на клиниката е разработило следния набор от показатели, отчитащи ефикасността на провежданата политика за реализиране на нейните стратегически цели и задачи:

А.1. Степента до която са постигнати целите. Резултата съответства на формулираните във визията, програмата и планове на клиниката цели и задачи.

А.2. Степента до която са изпълнени акредитационните критерии и показатели за качество на условията, в които и на дейностите, с които се осъществяват анестезиологичните и интензивните лечебни услуги. Резултата се съдържа в присъдената от Акредитационния съвет при МЗ през 2017 г. оценка на клиниката *„отлична за срок от пет години“*.

А.3. Степента до която са изпълнени критериите и показателите от СУК по EFQM, отнасящи се до услугите, които клиниката предоставя на своите бенефициенти. Резултата, измерен през м. декември 2016 г. с оценъчната скала на ANAES е *920 бонификационни точки (бална оценка „отлична“)*, е описан подробно в раздела *„резултати от проведените одити“* и представен нагледно в *табл. 13 и фиг. 14* на автореферата.

А.4. В резултат на внедрените в клиниката и описани подробно в т. 2.А., табл. 6. „а“ и табл. 6. „б“ на автореферата дейности за рационално разходване на финансовия ресурс бе установено, че печелившата формула *разход/приходи* ≤ 1 може да се постигне чрез добре премерено намаляване на *полу фиксираните и особено на променливите разходи*.

Б. ПОКАЗАТЕЛ „ВЪТРЕШНИ РЕЗУЛТАТИ“

б.1. Съгласно изискванията на Модела за управление на качеството в КАИЛ се провеждат мерки за своевременно идентифициране на онези диагностични, и лечебни дейности, които не съответстват на изискванията за качество. Контролът и свързаните с това правомощия и отговорности по разпореждането при наличие на несъответстваща с изискванията за качество дейност са определени в документирани процедури по управление на качеството.

При дисертационното изследване бе установено, че ръководството на клиниката придава особено значение на коректното документирание на всички установени несъответствия, заедно с диспозицията им, с оглед осигуряване на необходимите данни при формулиране на управленски решения за техния „арест“. Но в този контекст, по отношение на диагностичната и лечебната дейност и интегрираните сестрински грижи ръководството на клиниката е приело, че пациент, който системно отказва прилагане на медицински процедури или спазване на предписаният му режим не може да бъде факт за несъответствие на здравна услуга и, че това е проблем извън системата за управление на качеството, който непряко повлиява очакваните ключови здравни резултати.

б.2. С въведената СУК по Модела за организационно съвършенство на EFQM клиниката гарантира, че притежава и предлага организационен инструментариум за идентифициране и контрол на онези от предоставяните от нея услуги, които не съответстват на изискванията за качество, за да се:

- предотврати пускането им в употреба (превантивна процедура);
- потвърди след тяхното коригиране, че те вече са съвместими с изискванията за качество и че може да бъдат пуснати в употреба (коригираща процедура);
- предприемат необходимите мерки за отстраняване на негативните последици, ако те са били пуснати в употреба (овъзмеждаща процедура).

Всички записи, свързани с идентификацията и контрола на онези, предоставяни от клиниката услуги, които не съответстват на изискванията за качество, се управляват съгласно утвърдени за това процедури

б.3. Коригиращите и превантивни действия, които се провеждат в КАИЛ се определят и решават по утвърден от ръководството алгоритъм. По този начин се създава своеобразна стандартна методология, съдържаща необходимия мениджърски инструментариум, както за постигане на възходяща вътрешна ефикасност, така и за подобряване удовлетвореността на потребителите на предоставяните от клиниката анестезиологични и интензивни лечебни услуги.

3.3. Правила за организиране и провеждане на вътрешен одит по изпълнението на критериите за качество на дейностите в КАИЛ

Планирането, организацията и провеждането на вътрешните одити в КАИЛ, анализа и оценката на резултатите от тях се осъществява по пет компонентни мениджърски правила, съвместими с основните изисквания на EFQM-Excellence model, както следва:

- а) проблемна ориентираност;**
- б) периодичност и продължителност;**
- в) избираемост на подхода (експлицитен, имплицитен);**
- г) участие на потребителите на анестезиологични и интензивни лечебни услуги;**
- д) тотално включване на персонала в реализиране на Модела за подобряване качеството на дейностите.**

Внедрената в КАИЛ при УМБАЛ „Св.Анна“ технология (адаптация по ANAES) за събиране, оценяване и анализ на информацията по изпълнението на критериите за качеството на дейностите е по същество технология за цифрова и балова оценка на степента по изпълнението на процедурите и правилата от триадата „условия“ (изисквания), посочени в колона втора на табл. № 8.(17) в следната последователност:

- *пълнота на процедурата и на правилата за изпълнение на критерия;
- *периодичност в актуализацията на процедурата и на правилата за изпълнение на критерия;
- *информираност на персонала за същността на процедурата и на правилата, както и степента на участието му в тяхното изпълнение.

Сумарната балова оценка за изпълнение на критериите от Модели а за управление на качеството в КАИЛ се определя от сбора на присъдените от одиторския екип бонификационни точки (б.т.), както следва:

0. б.т.	лоша;
до 200 б.т.	средна;
от 201 до 600 б.т.	добра;
от 601 до 1000 б. т.	отлична.

оценка	условия (изисквания)	критерии „предпоставки – средства“					критерии „результати“				
		макс. брой бонификационни точки за двете групи критерии – 1000									
		критерий 1	критерий 2	критерий 3	критерий 4	критерий 5	критерий 1	критерий 2	критерий 3	критерий 40	
отлична (5)	<p>критерия е изцяло изпълнен, тъй като:</p> <ul style="list-style-type: none"> налице е пълна процедура и/или ясни правила за изпълнението му периодично процедурата и правилата за изпълнение на критерия се актуализират процедурата и правилата са известни и системно прилагани от всички, които имат отношение към изпълнението на критерия 	10% = 100 бонификационни точки	8% = 80 бонификационни точки	9% = 90 бонификационни точки	9% = 90 бонификационни точки	14% = 140 бонификационни точки	20% = 200 бонификационни точки	9% = 90 бонификационни точки	6% = 60 бонификационни точки	15% = 150 бонификационни точки	
добра (3)	<p>критерия е изпълнен в значителна степен, тъй като:</p> <ul style="list-style-type: none"> налице е пълна процедура или правила за изпълнението му периодично правилата и процедурата за изпълнението му се актуализират процедурата и правилата са недостатъчно известни и несистемно прилагани от всички, които имат отношение към изпълнението на критерия 	6,0 % = 60 бонификационни точки	4,8 % = 48 бонификационни точки	5,4 % = 54 бонификационни точки	5,4 % = 54 бонификационни точки	8,4 % = 84 бонификационни точки	12 % = 120 бонификационни точки	5,4 % = 54 бонификационни точки	3,6 % = 36 бонификационни точки	9,0 % = 90 бонификационни точки	
средна (1)	<ul style="list-style-type: none"> критерия е изпълнен частично налице е непълна процедура или правила за изпълнение на критерия процедурата и правилата не са адаптирани към изистванията за качество 	2,0 % = 20 бонификационни точки	1,6 % = 16 бонификационни точки	1,8 % = 18 бонификационни точки	1,8 % = 18 бонификационни точки	2,8 % = 28 бонификационни точки	4 % = 40 бонификационни точки	1,8 % = 18 бонификационни точки	1,2 % = 12 бонификационни точки	3,0 % = 30 бонификационни точки	
лоша (0)	<ul style="list-style-type: none"> критерият не е изпълнен и не съответства на изискванията за качество липсва процедура и правила за изпълнение на критерия персоналът не е известен за същността на критерия 	0% = 0 бонификационни точки	0 % = 0 бонификационни точки	0 % = 0 бонификационни точки	0 % = 0 бонификационни точки	0 % = 0 бонификационни точки	0 % = 0 бонификационни точки	0 % = 0 бонификационни точки	0 % = 0 бонификационни точки	0 % = 0 бонификационни точки	

Табл.8 (17) Балови оценки на критериите за качество според степента на изпълнението им.

РЕЗУЛТАТИ ОТ ПРОВЕДЕНИТЕ ВЪТРЕШНИ ОДИТИ

През периода м. декември 2015 г.-м. септември 2016 г. бяха проведени един входящ (предварителен) и четири планови вътрешни одити по състоянието, съответно изпълнението, на критериите, съдържащи се в управленския модел за подобряване качеството на дейностите в КАИЛ.

1. При проведения през м. декември 2015 г. „входящ” вътрешен одит бяха потвърдени мениджърски нагласи за внедряване на модела, формиращи, видно от табл. 9 (18) сума от 96 бонификационни точки, или квалитологичен статус на Клиниката в „долната полоса” на оценката „среден” (1).

Причина за това бе липсваща или слаба дейност по критериите от:

а) групата „предпоставки-средства”:

№ 2 „политика и стратегии”;

№ 4 „партньорство и ресурси”;

№ 5 „въвеждане на процесния подход”.

б) групата „резултати”:

№ 3 „резултати за обществото”;

№ 4 „ключови резултати”.

2. При извършения през м. март 2016 г. първи планов вътрешен одит бяха установени видно от табл.10 (19) резултати, формиращи сума от 162 бонификационни точки, или квалитологичен статус на Клиниката в „горната полоса” на оценката „среден”(1).

Причина за този незадоволителен резултат се оказа наличието на критични зони с „лоша” оценка в изпълнението на критериите от:

а) групата „предпоставки-средства”:

№ 2 „политика и стратегии”;

№ 5 „процесен подход”.

б) групата „резултати”:№ 4 „ключови резултати”.

3. При извършения през м. юни 2016 г. втори планов вътрешен одит бяха установени видно от табл.11 (20) резултати, формиращи сума от 392 бонификационни точки, или квалитологичен статус на Клиниката в „долната полоса”на оценката „добър”(3).

Причина за този все още непрестижен резултат се оказаха „средните” оценки на критериите от:

а) групата „предпоставки-средства”:

№2. „политика и стратегии”;

№4. „партньорство и ресурси”.

б) групата „резултати”:

№1 „резултати за потребителите”;

№4 „ключови резултати”.

4. При извършения през м. септември 2016 г. трети планов вътрешен одит бяха констатирани, видно от табл.12 (21) резултати, формиращи сума от 828 бонификационни точки, или квалитологичен статус на Клиниката в „средната полоса” на оценката „отличен”(5).

Причини за недостигане на квалитологична оценка в „горната полоса на отличната оценка”, т.е. повече от 900 бонификационни точки, се оказаха следните критични зони:

а) от групата критерии „предпоставки-средства”:

№ 2. „политика и стратегии” с оценка „добър”;

№ 5 „процесен подход” с оценка „добър”.

б) от групата критерии „резултати”:

№ 3 „резултати за обществото” с оценка „добър”;

№ 4 „ключови резултати” с оценка „добър”.

5. При извършения през м. декември 2016 г. четвърти планов вътрешен одит бяха констатирани, видно от табл.13 (22) резултати, формиращи сума от 920 бонификационни точки, или квалитологичен статус на Клиниката в „горната полоса” на оценката „отличен”(5).

Възходящият тренд на постигнатите през 12-те месеци (декември 2015 г.--декември 2016 г.) резултати от изпълнението на критериите за качество на дейностите по превъзходния модел на EFQM в КАИЛ е показан на комбинираната фиг.14.(19).

Оценка	условия (изисквания)	критерии „предпоставки – средства“					Критерии „результати“				
		Максимален брой бонификационни точки (б.т.) за двете групи критерии= 1000									
		критерий 1	критерий 2	критерий 3	критерий 4	критерий 5	критерий 1	критерий 2	критерий 3	критерий 4	
отлична (5)	<ul style="list-style-type: none"> критерия е изцяло изпълнен, тъй като: <ul style="list-style-type: none"> налице е пълна процедура и/или ясни правила за изпълнението му периодично процедурата и правилата за изпълнение на критерия се актуализират процедурата и правилата са известни и системно прилагани от всички, които имат отношение към изпълнението на критерия 										
добра (3)	<ul style="list-style-type: none"> критерия е изпълнен в значителна степен, тъй като: <ul style="list-style-type: none"> налице е пълна процедура или правила за изпълнението му периодично правилата и процедурата за изпълнението му се актуализират процедурата и правилата са недостатъчно известни и несистемно прилагани от всички, които имат отношение към изпълнението на критерия 										
средна (1)	<ul style="list-style-type: none"> критерия е изпълнен частично налице е непълна процедура или правила за изпълнение на критерия процедурата и правилата не са адаптирани към изискванията за качество 	2,0 % = 20 бонификационни точки		1,8 % = 18 бонификационни точки			4 % = 40 бонификационни точки	1,8 % = 18 бонификационни точки			
лоша (0)	<ul style="list-style-type: none"> критерият не е изпълнен и не съответства на изискванията за качество липсва процедура и правила за изпълнение на критерия персоналът не е известен за същността на критерия 	0 % = 0 бонификационни точки		0 % = 0 бонификационни точки		0 % = 0 бонификационни точки		0 % = 0 бонификационни точки		0 % = 0 бонификационни точки	0 % = 0 бонификационни точки

Табл.9 (18). Одит през м.12. 2015 г. : Общ сбор на б.т.=96/балова оценка на качеството в КАИЛ „средна“ (1)

ценка	условия (изисквания)	критерии „предпоставки – средства“					критерии „результати“				
		Максимален брой бонификационни точки (б.т.) за двете групи критерии= 1000									
		критерий 1	критерий 2	критерий 3	критерий 4	критерий 5	критерий 1	критерий 2	критерий 3	критерий 4	
отлична (5)	<p>критерия е изцяло изпълнен, тъй като:</p> <ul style="list-style-type: none"> • налице е пълна процедура и/или ясни правила за изпълнението му • периодически процедурата и правилата за изпълнение на критерия се актуализират • процедурата и правилата са известни и системно прилагани от всички, които имат отношение към изпълнението на критерия 										
добра (3)	<p>критерия е изпълнен в значителна степен, тъй като:</p> <ul style="list-style-type: none"> • налице е пълна процедура или правила за изпълнението му • периодически правилата и процедурата за изпълнението му се актуализират • процедурата и правилата са недостатъчно известни и несистемно прилагани от всички, които имат отношение към изпълнението на критерия 						5,4 % = 54 бонификационни точки				
средна (1)	<ul style="list-style-type: none"> • критерия е изпълнен частично • налице е непълна процедура или правила за изпълнение на критерия • процедурата и правилата не са адаптирани към изискванията • та за качество 	2,0 % = 20 бонификационни точки		1,8 % = 18 бонификационни точки	1,8 % = 18 бонификационни точки		4,0 % = 40 бонификационни точки		1,2 % = 12 бонификационни точки		
лоша (0)	<ul style="list-style-type: none"> • критерият не е изпълнен и не съответства на изискванията за качество • липсва процедура и правила за изпълнение на критерия • персоналят не е известен за същността на критерия 	0,0 % = 0 бонификационни точки				0,0 % = 0 бонификационни точки			0,0 % = 0 бонификационни точки		

табл.10 (19) Одит през м.03. 2016 г. : Общ сбор на б.т.=162/балова оценка на качеството в КАИЛ „средна“ (1)

Оценка	условия (изисквания)	критерии „предпоставки – средства“					Критерии „результати“				
		Максимален брой бонификационни точки (б.т.) за двете групи критерии= 1000									
		критерий 1	критерий 2	критерий 3	критерий 4	критерий 5	критерий 1	критерий 2	критерий 3	критерий 4	
отлична (5)	<p>критерия е изцяло изпълнен, тъй като:</p> <ul style="list-style-type: none"> • налице е пълна процедура и/или ясни правила за изпълнението му • периодично процедурата и правилата за изпълнение на критерия се актуализират • процедурата и правилата са известни и системно прилагани от всички, които имат отношение към изпълнението на критерия 										
добра (3)	<p>критерия е изпълнен в значителна степен, тъй като:</p> <ul style="list-style-type: none"> • налице е пълна процедура или правила за изпълнението му • периодично правилата и процедурата за изпълнението му се актуализират • процедурата и правилата са недостатъчно известни и несистемно прилагани от всички, които имат отношение към изпълнението на критерия 	6,0 % = 60 бонификационни точки		5,4 % = 54 бонификационни точки		8,4 % = 84 бонификационни точки		5,4 % = 54 бонификационни точки	3,6 % = 36 бонификационни точки		
средна (1)	<ul style="list-style-type: none"> • критерия е изпълнен частично • налице е непълна процедура или правила за изпълнение на критерия • процедурата и правилата не са адаптирани към изискванията за качество 		1,6 % = 16 бонификационни точки		1,8 % = 18 бонификационни точки		4,0 % = 40 бонификационни точки			10 % = 30 бонификационни точки	
лоша (0)	<ul style="list-style-type: none"> - критерият не е изпълнен и не съответства на изискванията за за качество -липсва процедура и правила за изпълнение на критерия -персоналът не е известен за същността на критерия 										

табл.11 (20). Одит през м. 06.2016 г. : Общ сбор на б.т.=392/балова оценка на качеството в КАИЛ „добра“ (3)

Оценка	условия (изисквания)	критерии „предпоставки – средства“					критерии „результати“				
		Максимален брой бонификационни точки (б.т.) за двете групи критерии= 1000									
		критерий 1	критерий 2	критерий 3	критерий 4	критерий 5	критерий 1	критерий 2	критерий 3	критерий 4	
отлична (5)	<p>критерия е изцяло изпълнен, тъй като: налице е пълна процедура и/или ясни правила за изпълнението му</p> <ul style="list-style-type: none"> • периодично процедурата и правилата за изпълнение на критерия се актуализират • процедурата и правилата са известни и системно прилагани от всички, които имат отношение към изпълнението на критерия 	10 %=100 бонификационни точки		9,0 %=90 бонификационни точки	9,9%=90 бонификационни точки		20 %=200 бонификационни точки	9,0 %=90 бонификационни точки			
добра (3)	<p>критерия е изпълнен в значителна степен, тъй като:</p> <ul style="list-style-type: none"> • налице е пълна процедура или правила за изпълнението му • периодично правилата и процедурата за изпълнението му се актуализират • процедурата и правилата са недостатъчно известни и несистемно прилагани от всички, които имат отношение към изпълнението на критерия 		8 %=80 бонификационни точки			8,4 % = 84 бонификационни точки			3,6 % = 36 бонификационни точки	9,0 %=90 бонификационни точки	
средна (1)	<ul style="list-style-type: none"> • критерия е изпълнен частично • налице е непълна процедура или правила за изпълнение на критерия • процедурата и правилата не са адаптирани към изискванията за качество 										
лоша (0)	<ul style="list-style-type: none"> • критерият не е изпълнен и не съответства на изискванията за качество • липсва процедура и правила за изпълнение на критерия • персоналят не е известен за същността на критерия 										

табл.12 (21). Одит през м.09. 2016 г. : общ сбор на б.т.=828/балова оценка на качеството в КАИЛ „отлична“(5)

оценка	условия (изисквания)	критерии „предпоставки – средства“					критерии „результати“				
		максимален брой бонификационни точки за двете групи критерии = 1000									
		критерий 1	критерий 2	критерий 3	критерий 4	критерий 5	критерий 1	критерий 2	критерий 3	критерий 4	
отлична (5)	<p>критерия е изцяло изпълнен, тъй като:</p> <ul style="list-style-type: none"> • налице е пълна процедура и ясни правила за изпълнението му • периодично процедурата и правилата за изпълнение на критерия се актуализират • процедурата и правилата са известни и системно прилагани от всички, които имат отношение към изпълнението на критерия 	* 10% = 100 бонификационни точки	* 8% = 80 бонификационни точки	* 9% = 90 бонификационни точки	* 9% = 90 бонификационни точки		* 20% = 200 бонификационни точки	* 9% = 90 бонификационни точки			15% = 150 бонификационни точки
добра (3)	<p>критерия е изпълнен в значителна степен, тъй като:</p> <ul style="list-style-type: none"> • налице е пълна процедура или правила за изпълнението му • периодично правилата и процедурата за изпълнението му се актуализират • процедурата и правилата са недостатъчно известни и несистемно прилагани от всички, които имат отношение към изпълнението на критерия 					* 8.4% = 84 бонификационни точки					3.6% = 36 бонификационни точки
средна (1)	<ul style="list-style-type: none"> • критерия е изпълнен частично • налице е непълна процедура или правила за изпълнение на критерия • процедурата и правилата не са адаптирани към изискванията за качество 										
лоша (0)	<ul style="list-style-type: none"> • критерият не е изпълнен и не съответства на изискванията за качество • липсва процедура и правила за изпълнение на критерия • персоналят не е известен за същността на критерия 										

табл.13(22). Одит през м.12. 2016. Общ сбор на б.т.=920/балова оценка на КАИЛ „отлична”(5)

оценка	условия (изисквания)	критерии „предпоставки – средства“					критерии „результати“				
		максимален брой бонификационни точки за двете групи критерии = 1000									
		критерий 1	критерий 2	критерий 3	критерий 4	критерий 5	критерий 1	критерий 2	критерий 3	критерий 4	
отлична (5)	<p>критерия е изцяло изпълнен, тъй като:</p> <ul style="list-style-type: none"> налице е пълна процедура и ясни правила за изпълнението му периодично процедурата и правилата за изпълнение на критерия се актуализират процедурата и правилата са известни и системно прилагани от всички, които имат отношение към изпълнението на критерия 	10% = 100 бонификационни точки	8% = 80 бонификационни точки	9% = 90 бонификационни точки	9% = 90 бонификационни точки		20% = 200 бонификационни точки	9% = 90 бонификационни точки		15% = 150 бонификационни точки	
добра (3)	<p>критерия е изпълнен в значителна степен, тъй като:</p> <ul style="list-style-type: none"> налице е пълна процедура или правила за изпълнението му периодично правилата и процедурата за изпълнението му се актуализират процедурата и правилата са недостатъчно известни и несистемно прилагани от всички, които имат отношение към изпълнението на критерия 					8.4% = 84 бонификационни точки		6% = 36 бонификационни точки			
средна (1)	<ul style="list-style-type: none"> критерия е изпълнен частично налице е непълна процедура или правила за изпълнение на критерия процедурата и правилата не са адаптирани към изискванията за качество 	2% = 20 бонификационни точки		1.8% = 18 бонификационни точки			4% = 40 бонификационни точки	1.8 = 18 бонификационни точки			
лоша (0)	<ul style="list-style-type: none"> критерият не е изпълнен и не съответства на изискванията за качество липсва процедура и правила за изпълнение на критерия персоналът не е известен за същността на критерия 	0% = 0 бонификационни точки	0% = 0 бонификационни точки	0% = 0 бонификационни точки	0% = 0 бонификационни точки	0% = 0 бонификационни точки	0% = 0 бонификационни точки	0% = 0 бонификационни точки	0% = 0 бонификационни точки		

Фиг.14(19)Тренд на изпълнение на критериите за качество в КАИЛ през периода 12.2015-12.2016г

4. УПРАВЛЕНИЕ НА ПРОБЛЕМИТЕ, ПРОИЗТИЧАЩИ ОТ ВЗАИМООТНОШЕНИЯТА В ТЕТРАДАТА РЕСУРСИ-РЕЗУЛТАТИ-РИСКОВЕ-КАЧЕСТВО В КАИЛ.

4.1. Контрол на ресурсите и резултатите

Както при проектирането, така и при организирането и провеждането на контрола се наложи да се предприемат мерки за намаляване до мини-мум проявите на така наречените функционални аспекти. Това бе постигнато, отчитайки че контролът трябва да отговаря на следните основни изисквания:

- *да е проникателен, т.е. ориентиран към бъдещето;
- *да е организационно реалистичен и разбираем от ползвателите му;
- *да е прецизен, навременен и надежден;
- *да е значим и икономически полезен;
- *да е информационно подходящ.

4.2. Мениджмънт на риска и подsigуряване на качеството

За целта бяха разработени и оповестени устно и писмено информационни пакети, отнасящи се за:

- *структурата на мениджърската *програма за управление на риска* в клиниката;
- *водещите принципи за *управление на риска* в клиниката;
- *осигуряване на *качеството на здравните услуги* в КАИЛ

5. ОЦЕНКА НА КАПАЦИТЕТА НА КАИЛ И ФОРМУЛИРАНЕ НА РЕАКТИВНИ СТРАТЕГИИ ЗАДЕЙСТВИЕ

Лидерският екип на КАИЛ има разбирането, че едно от условията за успешно функциониране на Управленския модел за подобряване качеството на дейностите и контрола на разходите е използването на SWOT анализа, като основен мениджърски инструмент, както за откриване, интерпретиране и оценка на факторите, оказващи влияние върху тях, така и за избор на най-подходящите стратегии за устойчиво развитие на клиниката. Това е позволило да се идентифицират нейните силни, и слаби страни, възможности и заплахи по вид и брой и да

се формират следните комбинативни ситуации:

*силни страни + възможности;

*силни страни + заплахи;

*слаби страни + възможности;

*слаби страни + заплахи.

Отчитайки съдържащите се във всяка комбинативна ситуация компоненти на силните и слабите страни , на възможностите и заплахите, както и тяхното позитивно (+), съответно негативно (-) отражение върху развитието и дейността на КАИЛ нейното ръководство ползва четири различни реактивни стратегии за действие.

Следва да се отбележи, че благоприятният изход от прилагането на която и да е от четирите стратегии е зависим в не малка степен и от системният задълбочен анализ на *обратната връзка (Feedback analysis)*, т.е. въвеждане на яснота по въпроса: „*какво ще се случи в последствие*”.

ИЗВОДИ

Дисертацията „Клиничен и управленски анализ на дейностите в Клиника по анестезиология и интензивно лечение за подобряване на качеството и контрола на разходите” е разработена в съответствие с разпоредбите на Правилника за условията и реда за придобиване на научни степени и заемане на академични длъжности в Медицински университет – София.

Сложността на дисертационното проучване и значимостта на очакваните от него резултати за новаторски подход в мениджмънта на такава динамична системна болнична структура, каквато е Клиниката по анестезиология и интензивно лечение, наложи то да бъде комплектувано в трите традиционни изследователски модули, както следва:

Първи изследователски модул „литературен обзор” състоящ се от анализ на 103 литературни източници по три проблемни групи въпроси, съотнесими към дисертационната тема, а именно:

- а) приходи и разходи за здравни услуги;
- б) управление и контрол на качеството на здравните услуги;
- в) водещи в световната практика модели за управление на качеството.

Контекстуално резултатите от литературния обзор са изведени в 10 пункта, които по същество са основаващи се на научни доказателства „опорни точки” на дисертационното изследване.

Втори изследователски модул „цел, задачи, постановка и методи на изследването” състоящ се от подробно описани нормативно изискуеми компоненти, в т.ч. и на анкетни карти с въпроси отнасящи се за оценка на:

- а) удовлетвореността на институционализирани потребители и граждани от качеството на предоставяните им анестезиологични и интензивни лечебни услуги;

б) качеството на професионалния статус на клиничния персонал, на междуличностните взаимоотношения в него и на психологичния климат на трудовата среда в Клиниката по анестезиология и интензивно лечение.

Трети изследователски модул „*резултати от проведеното изследване*”, състоящ се от 7 изследователски панела, както следва:

1. Контекстуален клиничен и управленски анализ на факторите, оказващи влияние на проблемите–предмет на дисертационното изследване. В същият задълбочено и със изследователска самокритичност е анализирано съдържанието на здравно-политическия портфейл на клиничното ръководство: мисия, цели и задачи в светлината на необходимостта от провеждане на новаторски промени в структурата, функциите и организацията на дейностите в клиниката.

В същият изследователски панел е представен аналитично предмета на дейност, устройството, управлението и организацията на вътрешния ред в клиниката. Сложните причинно-следствени връзки, както в клиниката, така и между нея и институциализираните потребители на анестезиологични и интензивни лечебни услуги са представени нагледно в оригинална „*органиграма*”.

2. Комплексен клиничен информационно-статистически анализ на факторите на средата, в която ще се осъществява управленският модел за контрол на разходите и подобряване качеството на дейностите в клиниката по анестезиология и интензивно лечение. Същият включва:

а) анализ на мнението на лекарите от клиниките на УМБАЛ „Св.Анна” за организацията и качеството на предоставяните от КАИЛ здравни услуги.

б) анализ на факторите, определящи вида, величината и структурата на потребителското търсене към произвежданите от системното клинично

направление „анестезиология и интензивно лечение” здравни услуги в страната, по административни области и в УМБАЛ „Св. Анна”.

Тази изключително трудоемка изследователска задача, обхващаща осигуреността на населението с лекари-анестезиолози, с анестезиологични услуги, с болнични легла за интензивно лечение и с хоспитализации при необходимост от провеждане на интензивно лечение, е решена чрез анализиране на многообемна статистическа информация за предшестващ три годишен период .

в) анализ на ресурсите на Клиниката по анестезиология и интензивно лечение, включващ преглед на използваемостта на капацитета на секторите „анестезиологичен” и „интензивно лечение”, и на нейните икономически показатели през предшестващите три години .

3. Проспективни ориентири за развитие и дейност на Клиниката по анестезиология и интензивно лечение.

От позициите на проспективния системен синтез те са групирани в три ясно формулирани мениджърски намерения към организацията за реализиране на приоритетните цели на КАИЛ:

- а) усъвършенстване организацията на дейностите;
- б) усъвършенстване организацията на клиничните структури;
- в) технологични иновации.

4. Разработване и внедряване на управленски модел за контрол на разходите. Този изследователски панел включва:

а) Дейности за подобряване на финансовите постъпления и за рационално разходване на финансовия ресурс. Разработен е оригинален макет за разпределение на разходите в клиниката по критерии за тяхната флексибилност (фиксирани, полуфиксирани, променливи) и за

принадлежността им към съответните разходно-счетоводни класификационни сметки .

Това е създадо възможност за съставяне на оригинална таблица, както за периодичен контрол върху стойността на разходите по сектори (анестезиологичен и интензивно лечебен) и сумарно за цялата клиника, така и за управленска намеса за своевременно овладяване на тенденциите за преразход.

б) Дейности по оптимизиране на човешки капитал в клиниката, състоящи се в:

*подобряване на подбора на медицинските и други специалисти;

*създаване на условия за качествена изява на техния професионализъм и изкуство и към грижи за повишаване на професионалната им квалификация;

*оптимизиране на методиката за организация на трудовите възнаграждения на основата на критерии, отчитащи количеството, професионалната компетентност, сложността и качеството на извършваните медицински и управленски дейности.

5. Разработване и внедряване на управленски модел за подобряване качеството на дейностите в Клиниката по анестезиология и интензивно лечение, основаващ на модела за организационно съвършенство на Европейската Фондация за Управление на Качеството (EFQM-Excellence Model).

Подробно са представени и обосновани деветте управленски критерии за оценка на качеството по EFQM и относителната тежест на всеки от тях в общата квалитологична оценка на клиниката. Изискванията за прецизност при внедряване на тези критерии в клиниката и съблюдаването им със специфичните характеристики на нейната дейност е наложило в процеса на дисертационното изследване да бъдат вплетени, системно наблюдавани и

оценявани общо 56 показатели, от които 29 първо степенни и 27 второстепенни.

Този детайлно разработен изследователски панел е илюстриран със шест фигури и осем таблици. Внимание заслужават модифицираните по ANAES таблици за балова оценка на критериите за качество според степента на изпълнението на три общовалидни за тях условия, както следва:

- а) пълнота на процедурата и на правилата за изпълнение на критерия;
- б) периодичност на актуализация на процедурата и на правилата за изпълнение на критерия;
- в) информираност на персонала за същността на процедурата и правилата, както и степента на участието му в тяхното изпълнение.

6. Управление на проблемите, произтичащи от взаимоотношенията в тетрадата „ресурси-резултати-рискове-качество”.

Този изследователски панел е подробно представен в контекста на четирите негови взаимосвързани компоненти и протичащите от тях мениджърски интервенции за осигуряване на очаквания, ориентирани преди всичко към постигане на „високо качество” и стабилитет.

7. Въвеждане на нови мениджърски техники за анализ и оценка на капацитета на Клиниката по анестезиология и интензивно лечение и за формулиране на реактивни стратегии за действие.

В този изследователски панел са представени многовариантни стратегии за действие в контекста на дисертационната тема, основаващи се на подробен и коректно проведен SWOT анализ.

ПРИНОСИ

Научно-теоретични

1. Научно издържано тригодишно ретроспективно изследване на осигуреността на населението с анестезиологични и интензивни лечебни услуги.

Научно-приложни

2. Практическа реализация на съвременен мениджърски теоретичен модел за контрол на разходите на равнище болнична клинична структура, основаващ се на комплектуването им по критерии за флексибилност и на коректното им стиковане с нормативно установената в страната сметководна класификация.
3. Оригинално проектирано, организирано и проведено двупосочно анкетиране на удовлетвореността на:
 - вътре болничните бенефициенти (лекари-хирургически профил, лекари-ендоскописти и др.) от качеството на анестезиологичните и интензивните лечебни услуги;
 - човешкия капитал в клиниката от качеството на организационните, професионалните, етичните и психологичните измерения на клиничния мениджмънт.
4. Акуратно разработена моделна конструкция за организация на работната заплата в КАИЛ, основаваща се на количеството, професионалната компетентност и сложността на извършваните медицински и управленски дейности.
5. Разработен и внедрен иновативен управленски проект за подобряване качеството на дейностите в болнична клинична структура, основаващ се на идейните постановки и технологичния алгоритъм на превъзходния модел на Европейската Фондация за Управление на Качеството

Научни публикации във връзка с дисертационната тема

1. **Д. Николаков** и П.Москов. Реформата на системата за здравеопазване-политическа основа на стратегията за рационално структуриране, финансиране и контрол на разходите за здравни услуги. Сп. Медицински журнал УМБАЛ „Св.Анна”, ТОМ 2, No 2, 2016.
2. **Д. Николаков** и П. Москов. Недостигът на средства и недостатъчно ефективния контрол на тяхното разходване - стратегическа дилема на субектите, финансиращи и произвеждащи здравни услуги. Сп. Медицински журнал УМБАЛ „Св.Анна”, ТОМ 2, No 2, 2016.
3. **Д. Николаков** и П. Москов. Анализ на вида, величината и структурата на здравните услуги, оказвани от клиниките и отделенията по анестезиология и интензивно лечение в страната и в УМБАЛ „Св.Анна”-София. Сп. Медицински журнал УМБАЛ „Св.Анна” кн. 2. С. 2016.
4. **Д. Николаков**. Управленски експеримент за контрол на разходите и подобряване на организацията за ресурсно осигуряване в клиниката по анестезиология и интензивно лечение при УМБАЛ „Св. Анна” – София, Медицински журнал УМБАЛ „Света Анна“ – София, ТОМ III, No 1, 2017.
5. **Д. Николаков**. Разработване и внедряване на управленски модел за подобряване и устойчиво развитие на качеството в клиниката по анестезиология и интензивно лечение при УМБАЛ „Св. Анна”-София, основаващ се на модела за организационно съвършенство на европейската фондация за управление на качеството, Медицински журнал УМБАЛ „Света Анна“ – София, ТОМ III, No 1, 2017.; Украински научно-практически журнал No 1 2017.
6. A. Momchilova, Z. Tsonchev, M. Hadzilazova, R. Tzoneva, A. Alexandrov, **D. Nikolakov**, V. Ilieva, R. Pankov. SPHINGOLIPID METABOLISM IS DYSREGULATED IN ERYTHROCYTES FROM MULTIPLE SCLEROSIS PATIENTS, Приета за публикуване в „Доклади на БАН“ – 2018, IF: 0.251 (Протокол № 2/27.02.2018 г.).

Списък на изявите на дисертанта на научни форуми

1.ВИДЕО ЛАРИНГОСКОП

Д. Николаков, П.Москов.

18-ти Национален конгрес по анестезиология и интензивно лечение с международно участие (24-27 октомври 2013год) Несебар.

2.ПЕРИФЕРНИ НЕРВНИ БЛОКОВЕ ПРИ ОРТОПЕДИЧНИ ПАЦИЕНТИ

Д.Николаков, П.Москов.

18-ти Национален конгрес по анестезиология и интензивно лечение с международно участие (24-27 октомври 2013год) Несебар.

3. ПЕРКУТАННА ТРАХЕОСТОМИЯ – Griggs, Ciaglia

Д.Николаков, П.Москов.

18-ти Национален конгрес по анестезиология и интензивно лечение с международно участие (24-27 октомври 2013год) Несебар.

4. СЛЕДОПЕРАТИВНО ОБЕЗБОЛЯВАНЕ ПРЕЗ ЕПИДУРАЛЕН КАТЕТЪР С ROPIVACAINE И CHIROCAINE ПРИ ОРТОПЕДИЧНИ И УРОЛОГИЧНИ ПАЦИЕНТИ

Д.Николаков, П.Москов.

Седма национална конференция за изследване и лечение на болката с международно участие. (12-14.06.2014год.) Хисаря.

5. ПОСТОПЕРАТИВНО ОБЕЗБОЛЯВАНЕ С ПАРАТРАМОЛ

Д.Николаков, П.Москов.

Седма национална конференция за изследване и лечение на болката с международно участие. (12-14.06.2014год.) Хисаря.

6. КЛИНИЧЕН СЛУЧАЙ НА БИЛАТЕРАЛЕН ИНТЕРСКАЛЕНУСОВ БЛОК

Д.Николаков, П.Москов.

Осма национална конференция за изследване и лечение на болката с международно участие. (09-11.06.2014год.) Хисаря.

7. ОБЕЗБОЛЯВАНЕ С ЕЛАСТОМЕРНА ПОМПА

Д.Николаков, П.Москов.

Осма национална конференция за изследване и лечение на болката с международно участие. (09-11.06.2014год.) Хисаря.

8. ВЪЗМОЖНА ЛИ Е ПЕРКУТАННА ТРАХЕОСТОМИЯ В УСЛОВИЯ НА СПЕШНОСТ?

Д.Николаков

20-ти Национален конгрес по анестезиология и интензивно лечение с международно участие (26-29 октомври 2017год) Несебар

9. ИНТЕРВЕНЦИОНАЛНО ЛЕЧЕНИЕ НА МОЗЪЧНИ ИНСУЛТИ – НАЧАЛЕН ОПИТ В УМБАЛ „СВЕТА АННА” – СОФИЯ

Д.Николаков,

20-ти Национален конгрес по анестезиология и интензивно лечение с международно участие (26-29 октомври 2017год) Несебар

10. РОЛЯТА НА АНЕСТЕЗИОЛОГА ПРИ ЕНДОВАСКУЛАРНО ЛЕЧЕНИЕ НА ОСТЪР ИМИ

Д.Николаков

20-ти Национален конгрес по анестезиология и интензивно лечение с международно участие (26-29 октомври 2017год) Несебар

Благодаря на научния ми ръководител Проф. Кенаров за подкрепата и предоставената ми възможност.

Благодаря на баща ми - Проф. П. Николаков за изключителната помощ, подкрепа и съпричастност.

Благодаря на семейството ми за подкрепата и разбирането