КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА В БЪЛГАРИЯ – ИЗЧЕЗВАНЕТО НА УПРАВЛЕНСКИТЕ ПРОЦЕСИ

Дарина Минева

ЦУ на НЗОК

THE CLINICAL PATHWAY IN BULGARIA - THE DISAPPEARANCE OF MANAGEMENT PROCESSES

Darina Mineva

National Health Insurance Fund, Bulgaria

РЕЗЮМЕ

Проблемът за оценката на качеството на услугите става все по-актуален поради факта, че в икономически развитите страни дялът на услугите в брутния вътрешен продукт нараства. Тази тенденция е следствие на промяната, която претърпяват икономиката и обществото, а именно: преходът от „икономика на капитала“ към „икономика на знанието“, където най-важният ресурс са квалификацията и опитът, както и във връзка с качеството на здравните услуги и тяхната оценка.

Настоящата статия има за цел да представи настъпила промяна на алгоритъма на инструмента „клинична пътека“ години след като е бил въведен като инструмент за качество и по този начин да се даде отговор на въпроса „Възможно ли е да се оцени качеството на болничния процес от финансиращия орган (НЗОК), деветнадесет години след началото на реформата в болничната помощ?“.

Разгледани са съвременните и основни постановки в управлението на качеството: какво се разбира под качество днес, какво представлява процесът и неговата важност, еволюцията на алгоритъма в клиничната пътека от управленски процес до обикновени указания, да дефинира факторите и причините за промяната в клиничните пътеки в България и изчезването на клиничните процеси в управленски аспект.

Направена е аналогия между заложените изисквания за качество в структурата на клиничната пътека с утвърдените стандарти за качество, а именно: триада на качеството. Обърнато е внимание на изменението на управлението на клиничния процес и неговото изчезване под влияние на еволюцията на една реформа.

ABSTRACT

The problem of assessing the quality of services is becoming more urgent due to the fact that in economically developed countries the share of services in the gross domestic product is increasing. This trend is a consequence of the change that the economy and society are undergoing, namely: the transition from a ‚capital economy‘ to a ‚knowledge economy‘, where the most important resource is qualification and experience, and in relation to the quality of health services and their evaluation.

This article aims to present a change in the algorithm of the clinical pathway tool, years after it was introduced as a quality tool, and thus to answer the question „Is it possible to evaluate the quality of the hospital process by the funding body (National Health Insurance Fund in Bulgaria), nineteen years after the beginning of the reform of hospital care?“

The modern and basic assumptions in quality management are considered: what is meant by quality today, what is the process and its importance, the evolution of the algorithm in the clinical pathway from a management process to simple instructions, to define the factors and the reasons for the change in the clinical pathways in Bulgaria and the disappearance of clinical processes.

An analogy was drawn between the set quality requirements in the clinical pathway structure with the established quality standards, namely: the quality triad. Attention is paid to the change in the management of the clinical process and its disappearance under the influence of the evolution of a reform.

Ключови думи: реформа, клинична пътека, процеси, качество на медицинската услуга

Keywords: reform, clinical pathway, processes, quality of medical service

ВЪВЕДЕНИЕ

Проблемът за оценката на качеството на услугите става все по-актуален поради факта, че в икономически развитите страни делът на услугите в брутния вътрешен продукт нараства. Тази тенденция е следствие на промяната, която претърпяват икономиката и обществото - преход от „икономика на капитала“ към „икономика на знанието“, където най-важният ресурс са квалификацията и опитът, внедрени в изискванията за качество на продукта и услугата и управлявани чрез оценка на процеса и резултата. Този подход е възприет като правило в управлението на качеството в стопанския живот и нестопанските организации, каквито са лечебните заведения.

Настоящата статия има за **цел** да представи настъпила промяна на алгоритъма на инструмента „клинична пътека“ години след като е бил въведен като инструмент за качество и по този начин да се даде отговор на въпроса **„Възможно ли е да се оцени качеството на болничния процес от финансиращия орган (НЗОК), деветнадесет години след началото на реформата в болничната помощ?“**.

Разгледани са съвременните постановки в управлението на качеството: какво се разбира под качество днес, какво представлява процесът и неговата важност, еволюцията на алгоритъма в клиничната пътека от управленски процес до обикновени указания, дефинирани са факторите и причините за промяната в клиничните пътеки в България и изчезването на клиничните процеси в управленски аспект.

КАЧЕСТВОТО В СТОПАНСКИЯ ЖИВОТ И ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Най-често в живота и в бизнеса понятието „качество“ се интерпретира като: **ценност, полезност или превъзходство**.

Исторически и еволюционно са се обособили няколко групи становища, които се приемат като фундаментална основа на съдържанието на качеството.

Наставниците на качеството: Файгенбаум, Кано, Джуран, Ишикава, Дракър се обединяват около идеята за идентичност на качеството с **„удовлетворение на потребностите на потребителя“**, основавайки се на взаимодействието на потребителя с продукта/услугата. Деминг се концентрира върху подобряване на **процеса**. Трета група становища се фокусират върху **потребителската стойност**. По-широко разбиране за качеството представя определението на Кросби и стандарт DIN ISO, които отнасят качеството най-общо до **„изискванията“**. Изискванията (потребности или очаквания), които качеството удовлетворява, могат да бъдат разпределени в три категории: задължителни, които са (установени) разписани в нормативни документи – закони, стандарти и др., заявени установени изисквания на потребителя – контракт, техническо задание, и обикновено предполагаеми изисквания. **Изискването за качество има задължителен характер и може да се предяви от всяка заинтересована страна. Тази постановка намира израз в договорното начало между Националната здравноосигурителна каса и Българския лекарски съюз, както и в медицинското право.**

От определенията на наставниците за качеството се извежда структурата за качество като трикомпонентна категория, известна като **„Триада на качеството“** - система, процес и резултат, по-късно обогатена с четвърти компонент – средата (Фиг. 1).

Компонентите се намират в йерархическа подчиненост и активно взаимодействие помежду си. Продуктът наследява свойствата на процеса, а той на системата. За качеството на системата роля играе

Фиг. 1. Триада на качеството
(Източник: Фигурата е съставена от автора)

средата. Триада на качеството е залегнала в концепциите за качеството в здравеопазването на **Донабедиан, Максуел и СЗО**.

ПРОЦЕСИТЕ И ЗАЩО СА ВАЖНИ ТЕ?

Под „процес“ се разбира една или няколко свързани помежду си процедури или операции (функции), които съвместно реализират определена задача, или съвкупност от взаимосвързани и взаимодействащи видове дейност, преобразуващи входовете в изходи (ИСО 9000:2000) (3). Процесът е съставен от подпроцеси - процедури. Краят на даден процес е начало на нов процес (Фиг. 2).

Компонентите на работния процес са еднакви, независимо от естеството на производството:

- ♦ На входа са ресурсите: материални, фискални, човешки, доставчици, информация.

Фиг. 2. Задача от 3 процедури, съставляващи процес. Процедура 1, 2 и 3 - резултат

(Източник: Фигурата е съставена от автора)

- ♦ На изхода е резултатът от преобразуваните ресурси от входа.
- ♦ Преобразуването на ресурсите се осъществява от следните фактори: цели, планове, и правила, от управленски решения, справяне с промяната и външна среда.
- ♦ Ресурсите се въвеждат в процеса по определени правила /алгоритми, изискват разходи, и добавят стойност.
- ♦ Потребители на процеса са хора, чиято дейност се базира на резултатите от предходните процеси, предявяващи устойчиви изисквания към предхождащите ги процеси, т.е. потребител на работния процес е всеки един участник в него (вътрешни потребители), както и крайният потребител. В здравеопазните процеси вътрешните потребители са разнообразни в зависимост от вариантите на клиничните случаи. Това е така поради комбинирането на различни под процеси, които „възникват“ в момента на потреблението (преглед – образно изследване – лабораторно изследване – оперативна интервенция/терапия).
- ♦ Алгоритъм - установена последователност от етапи, тяхното описание и документиране. Чрез него се достигат целите.
- ♦ Задължения и отговорност на участниците в процеса и взаимодействието между тях и ръководството на структурата.

Разбирането на процеса е важно за оценка на качеството. Оценката на процесите е заложена в две основни системи: интегрираната система за качество (QMS), върху чиито основи се изгражда концепцията „Тотално управление на качеството“ (TQM). Градивните им елементи са **атрибутите на процеса**.

Интегрираната система за качество (QMS) се основава на три принципа: фокус върху потребителя, подобрение на процеса и тотално въвличане.

(1) **Фокус върху потребителя** е процес на формиране на удовлетворение на потребителя.

(2) **Подобряване на процеса** е непрекъснатото подобряване на процеса. Основава се на PDCA цикъла (Deming), на концепцията „Цикъл на Шухард-Деминг“ и концепцията Кайдзен. QMS включва две последователни стъпки – стабилизиране на процеса чрез цикъла SDCA и усъвършенстване на процеса чрез PDCA цикъла.

(3) **Тотално въвличане** на персонала (Фиг. 3).

Фиг. 3. Схема на принципите на интегрираната система за качество на Грейс Дъфи, модифицирана от автора

В управленската практика, QMS съществува като два най-често използвани модела - Националната програма за критерии на качеството Болдридж и Стандартите от системата за управление на качеството на фамилията ISO 9000 2000. Моделите представят структурата на QMS и дефинират качеството по начина, по който то се практикува днес. Системата Болдридж се прилага за оценка на качеството на медицинската помощ в болничния сектор в САЩ.

Идеята на TQM е в непрекъснатото усъвършенстване и постигане на качество на продукта/услугата и работата на персонала. Процесът на постоянно усъвършенстване се постига с два свързани в причинно-следствена връзка механизма – QA/QI (QA – quality assurance/осигуряване на качеството; QI – quality improvement/подобряване на качеството). QA поддържа нивото на качеството и гарантира качество.

QI повишава нивото на качеството и нивото на гаранция за качество.

Идеята за процесен подход при оценка на качеството при производство на медицинската услуга намира израз във внедряването на диагностично-лечебния алгоритъм на клиничната пътека.

Фиг. 3 представя как установените правила и изискванията за качество, които са внедрени в една клинична пътека чрез алгоритъм, се съчетават с двете концепции интегрираната система за качество и тоталното управление на качеството. Контролът, намирането и отстраняването на отклоненията/несъответствията от клиничната пътека, се изразяват в подобряване на качеството и неговото стабилизиране в процес – осигуряване - QI и QA (Фиг. 4).

Фиг. 4. Съчетание на алгоритъма на клиничната пътека с двете концепции QMS и TQM

(Източник: Фигурата е съставена от автора)

Следователно, процесът е важен, защото добавя стойност - ново качество. От гледна точка на здравето тази нова стойност може да бъде ниво на подобряване на здравето, оздравяване, в обратна посока, но това не означава лошо качество.

Тази стойност в икономически аспект се изразява чрез принос към брутния вътрешен продукт.

Следва, че процесът има свойството да се саморегулира, наслаждава, възпроизвежда, което се постига чрез причинно-следствените връзки на „критичния“ път, който е двигателят на всеки процес – алгоритъмът.

ВЪВЕЖДАНЕ НА СТАНДАРТА „КЛИНИЧНА ПЪТЕКА“ В ЧУЖБИНА И БЪЛГАРИЯ

Концепцията на клиничната пътека е създадена от военната и авиационна промишленост през 1950 г. като технологична карта за управление на процесите при ракетната система „Поларис“ в САЩ. Съдържа метода на критичния път във връзка с експлоатационна работа в рамките на системата PERT (Program Evaluation and Review Technique) като практически приложима система за управление на ракетната система „Поларис“.

През 2004 г. в Италия се създава Европейска асоциация на клиничните пътеки - ЕРА. През 2006 г. асоциацията наброява 131 членове от 19 страни. В международно проучване под егидата на ЕРА в 23 страни се посочва, че клиничните пътеки се прилагат в здравеопазването от 20 години. Диагностично-лечебни алгоритми са разработени в редица страни като средство за подобряване на качеството: Англия (10), Белгия (11), САЩ (12), Канада (13), Дания (14), Франция (15), Германия (16), Япония (17), Австралия (18), Нова Зеландия (19), Русия (20). В България клиничните пътеки са въведени през 2000 - 2001 г. чрез австралийския консултант Дон Хиндъл. Включени са в нормативен акт – Национален рамков договор 2001 (НРД 2001) (7).

В Англия, ежегодно или периодически, се осъществява преглед на препоръките за клинично поведение и се внасят иновации. По този начин качеството на процесите се подобрява и се поддържа ниво на качество. **По същество, в стопанския живот това е методът Кайдзен (непрекъснати подобрения в малки стъпки) в действие, но в сферата на здравеопазването – QA/QI.**

ЕВОЛЮЦИЯ НА КЛИНИЧНАТА ПЪТЕКА - ОТ ПРОЦЕСЕН ПОДХОД КЪМ КОНКРЕТНИ УКАЗАНИЯ

При въвеждането на клиничната пътека в България, по смисъла на НРД 2001, клинична пътека представлява „интегриран подход на поведение на различни видове медицински специалисти при лечението на паци-

енти с определени здравни проблеми и инструмент за вътрешно управление на качеството“ (6). Диагностично-терапевтичният алгоритъм от 2001 г. се характеризира с интегрираност на грижата между специалистите и има разписани указания за всички участници в процеса, на всички нива на здравната система: за общопрактикуващия лекар, за специалиста от извънболничната медицинска помощ при подготовка на пациент за хоспитализация, за специалиста от диагностично-консултативния блок на лечебното заведение, за медицинския персонал от стационарния блок на лечебното заведение. Има разписани изисквания за медицинско и техническо оборудване и обзавеждане, необходими за диагностика и лечение, съобразно указанията за клинично поведение и изисквания за медицинска квалификация на персонала.

По смисъла на НРД 2018: „Клинична пътека е система от изисквания и указания за поведение на различни видове медицински специалисти при изпълнението на определени по вид и обхват дейности по отношение на пациенти със заболявания, изискващи хоспитализация и непрекъснат болничен престой не по-кратък от 48 часа“ (7). Следователно, през годините е налице промяна като Националните рамкови договори „еволюираха“ от договаряне на процеса към договаряне на конкретни изисквания, чиито взаимовръзки не са интегрирани (Табл. 1).

ФАКТОРИ НА ПРОМЯНАТА

Основните тенденции в дейността на лечебните заведения за болнична помощ, които се оказаха фактори за превръщане на клиничната пътека от „процес на клинично поведение“ в конкретно указание, произтичат от неправилното тълкуване на несъвършения по своята природа здравен пазар, което се изразява в:

- 1. Свързхоспитализъм**, обусловен от неефективността на лечебните заведения в извън болничната помощ, които са без мотивация за разрешаване на здравните проблеми на фона на високата мотивация на болнич-

Табл. 1. Основни промени на структурата на клиничната пътека - от процес към указание

(Източник: Таблицата е съставена от автора)

№	Начало на реформата в болничната помощ (БП) – 2001 г.	След началото на реформата в Болничната помощ (БП) – 2018 - 2019 г.
1	Указанията са интегриран подход на поведение между специалисти.	Указанията са “стеснени” до дейностите в БП. Липсва интегрираност между специалистите.
2	Инструмент за вътрешно управление на качеството - изисквания за участници в процеса: ОПЛ, ИБМП, БП - всеки участник в болничната дейност.	Изискванията са само до преките изпълните на клиничната пътека – за конкретната дейност, индикации, какво да се извърши като формално указание.
3	Налице е координиране между нивата на медицинска помощ в здравната система ОПЛ - СИМП - БП	Липсва координиране между нивата на медицинска помощ в здравната система ОПЛ - СИМП - БП
4	Указания за координация между нивата на медицинска помощ в болницата	Липсват указанията за координация между нивата на медицинска помощ в болницата. Указанията са само за звеното, което изпълнява клиничната пътека.
5	Структура – да	Структура – да
6	Техническо оборудване – да	Техническо оборудване – да
7	Квалификация - да	Квалификация - да
8	Точно формулирани изисквания към всеки участник в процеса със запис и обратна връзка.	Формални изисквания за дейност (пример: вземане на кръв до 24 часа).
9	Заложени персонални дейности/отговорност - да	Заложени персонални дейности/отговорност - не
10	Процесът е цялостен и всеобхватен, проследим, поради „видимост“ на подпроцесите.	Процесът е акцентиран само в болничното звено, което изпълнява дейността.
11	Възможност за отстраняване на несъответствията и подобряване и осигуряване на качество на услугата поради интегрираност на процесите.	Липсата възможност за отстраняване на несъответствията и подобряване и осигуряване на качество на услугата поради липса на интегрираност на процесите.

- ния сектор за хоспитализации поради единствения съществуващ механизъм на заплащане на случай.
- Превръщане на пазара на болнични услуги в **самоцел и средство за генериране на приходи**, противно на идеята за **инструмент за качество** чрез въздействие на естествените пазарни сили.
 - Промяна във **формата за собственост** в здравеопазването.
 - Промени в **морала, етиката и поведението** на медицинското съсловие.

ИЗВОДИ

- ♦ **В началото на реформата в болничната помощ в България - 2001 г.** структурата на клиничната пътека беше проектирана посредством: залагане на принципите на QMS с основните й елементи - фокус върху потребителя, непрекъснато подобряване на процеса (контрол и регистриране на отклонения) и тотално въвличане на персонала (отговорност).
- ♦ **След началото на реформата в болничната помощ в България около 2018 - 2019 г.** структурата на клиничната пътека се трансформира само до изискване на структура, техни-

ческо оборудване и квалификация и формални изисквания за дейност.

- ❖ **Клиничната пътека в България „еволуира“ от инструмент за осигуряване на качество на диагностично-терапевтичния процес в инструмент за финансиране на болницата.**

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Процесният подход е утвърден във всички сфери на стопанската и нестопанската сфери, защото стъпва на научната основа за управление на качеството. Чрез залагането на процесите се дава възможност за контрол, оценка, коригиране на несъответствията, проява на нови характеристики на качеството, поддържане на определено ниво, непрекъснато подобряване, както и процес и внедряване на иновации.

Разбирането на процеса и прилагането на процесния подход в управлението е важно, защото добавя стойност и ново качество. Процесът има свойството да се саморегулира, наслагва, възпроизвежда и елиминира непродаемата добавена стойност на продукта/услугата.

Под влияние на правните норми, компрометираните пазарни сили и административни разпоредби основните принципи на управленския процес, които бяха заложи в клиничните пътеки в България, „изчезнаха“ от алгоритмите на клинично поведение, а с това и самият управленски процес.

ЛИТЕРАТУРА

1. Большая Советская Энциклопедия, <http://bse.sci-ib.com/article060277.html>
2. Иванов, Г., „Качество на медицинската помощ – същност, съдържание, определяне, осигуряване, управление“, <http://www.nsoplb.org/doc/quality.doc>
3. <http://tuj.asenevtsi.com/BIS09/BIS30.htm>
4. Journal of Integrated Care Pathways, 2006, Vol. 10 Number 1, pp.28-34
5. Борисов В., Цачев К., Комитов Гл., Генов Стр., Огнянов С., Христов Ем., „Управление на болничните ресурси. Нов болничен мениджмънт“, ISBN 978-954-390-146-3, София, 2018
6. Договор за допълнение и изменение на Национален рамков договор между Националната здравноосигурителна каса, Българския лекарски съюз и Съюза на стоматолозите в България за 2001 г.(ДВ бр. 107 от 2000 г.)
7. Национален рамков договор между Националната здравноосигурителна каса, Българския лекарски съюз и Съюза на стоматолозите в България за 2018 г.(ДВ бр. 28 29.03.2018г.)
8. Mineva Darina, New Approaches to Assess the Quality of Medical Care, ISBN 978-613-9-41351-5, International Book Market Service Ltd., member of OmniScriptum Publishing Group, Riga, Latvia, EU, 2019, www.morebooks.de
9. www.nice.org.uk
10. www.kce.fgov.be
11. www.guideline.gov
12. www.cma.ca
13. www.sst.dk
14. www.has-sante.fr
15. www.aezg.de
16. www.jcqh.or.jp
17. www.health.gov.au
18. www.nzgg.org.nz
19. www.klinrek.ru
20. <http://www.tuj.asenevtsi.com/TQM2009/TQM012.htm>
21. <http://www.asq.org/learn-about-quality/quality-assurance-quality-control/overview/overview.html>
22. http://www.businessballs.com/dtiresources/quality_management_gurus_theories.pdf
23. www.dti.dov.uk.quality/gurus

Адрес за кореспонденция:

Дарина Минева

ЦУ на НЗОК

ул. Кричим 1

1407 София

e-mail: dariamineva@abv.bg