

УПРАВЛЕНИЕ НА КАЧЕСТВОТО НА ЗДРАВНИТЕ УСЛУГИ С МЕНИДЖЪРСКИЯ ИНСТРУМЕНТАРИУМ НА EUROPEAN FOUNDATION FOR QUALITY MANAGEMENT – EXCELLENCE MODEL И СИСТЕМИТЕ ЗА БОЛНИЧНА АКРЕДИТАЦИЯ. ИНИЦИАТИВИ ЗА СЪГЛАСУВАНОСТ МЕЖДУ СИСТЕМИТЕ ЗА УПРАВЛЕНИЕ НА КАЧЕСТВОТО НА ЗДРАВНИТЕ УСЛУГИ В ЕВРОПА

М. Пенков

Управление на качеството на здравните услуги по превъзходния модел на European Foundation for Quality Management (EFQM – Excellence model)

Съгласно подробната информация, почерпена от авторитетни литературни източници [4] и [5] превъзходния EFQM модел за управлението на качеството на здравните услуги се основава на 9 критерия, от които 5 са „предпоставки – средства“ и 4 – „резултати“. Всеки от тях има определение, което точно обяснява неговото значение и оценъчни точки, отразяващи степента на достигнатото (изпълнението му).

1. Петте критерия „предпоставки – средства“ са, както следва:

1.1. Лидерство

Придържайки се към изискванията на модела EFQM ръководството на лечебното заведение трябва да разработи и документално да потвърди готовността си да внедри този модел, като приоритетна част на цялата управленска конструкция на заведението. Необходимо е тази приоритетност да бъде подкрепена от ефикасно реструктуриране на лечебното заведение, от ясно формулиране на неговите и на влизашите в състава му структури, цели, приоритети и задачи и от въвеждане на съвременни методи и средства за надеждно ръководство и контрол на тяхното изпълнение.

Съдържанието и организационният дизайн на превъзходния модел EFQM налага постоянно лидерство в анализирането и решаването на множество и различни по характер проблеми, които са от съществено значение за качествено протичане на онези процеси в лечебното заведение, които са свързани с основните му функции. В този контекст особено значение придобива системният лидерски анализ (от позициите на организационната диагностика, организационното проектиране и работа в културния слой на заведението) на следните три проблема: *организационна координация, решаване на организационни конфликти и новаторски организационни промени.*

Изпълнението на изискванията на този критерий носи до 100 бонификационни точки.

1.2. Политика и стратегия

В съответствие с EFQM модела Медицинският съвет на лечебното заведение трябва да обсъди и да утвърди „Политика по качеството“, като интегрална част на Програмата за неговото развитие и управление. При определяне на политиката по качеството ръководство на лечебното заведение трябва да вземе предвид следните императивни изисквания:

- ▶ очаквано или желателно ниво на удовлетвореност на пациентите;

- ▶ потребността и очакванията на други заинтересовани страни (здравноосигурителни и здравнозастрахователни организации, държава, общество);

- ▶ възможностите за устойчиво развитие на качеството;

- ▶ необходимите финансови, материално-технически, човешки и информационни ресурси за поддържане на ка-

чеството на високо ниво;

- ▶ степента на готовност на работещите в лечебното заведение за тотално включване в изпълнение на политиката за подобряване и устойчиво развитие на качеството.

При разработването на стратегията за развитие и управление на заведението, ръководството му трябва да се придържа примерно към следния алгоритъм:

- ▶ формиране на мисията, основните цели и приоритетите;

- ▶ анализ на средата, в която ще се реализира стратегията;

- ▶ избор на стратегически задачи;
- ▶ концепция за функциите и структурата на лечебното заведение и техните технологични параметри;

- ▶ потребности от персонал, апаратура и други материални ресурси;

- ▶ финансиране на извършваните здравни услуги;

- ▶ информационно осигуряване, организиране и провеждане на маркетингови и бенчмаркингви проучвания;

- ▶ необходими капиталовложения;
- ▶ избор на математически модели, отчитащи оптималното време (срокове) за изпълнение на стратегията.

Изпълнението на изискванията на този критерий носи 80 бонификационни точки.

1.3. Персонал на лечебното заведение

Ръководството на лечебното заведение трябва да се придържа към максимата, че най-важният компонент на комплекса от обективни условия за реализиране на качествени здравни услуги е човешкият фактор.

Изборът и назначаването на лекари, професионалисти по здравни грижи и друг персонал трябва да се извършва на основата на изискващите се за съответната длъжност образователна степен, практически опит, делови и морално-волеви качества. Изискуемите за всяка длъжност компетентност и квалификация трябва да бъдат подробно записвани в длъжностни характеристики. Освен това ръководството на лечебното заведение трябва да провержда политиката по отношение на персонала, основаваща се на триадата:

- ▶ прецизен качествен подбор на всички ново постъпващи служители;

- ▶ полагане на грижи за непрекъснато повишаване на квалификацията на всички служители;

- ▶ осигуряване на оптимални информационни, психологически и материални условия за качествена изява на професионализма на всеки служител.

Изпълнението на изискванията, съдържащи се в този критерий носи 90 бонификационни точки.

1.4. Партньорство и ресурси

Ръководството на лечебното заведение трябва да определи изискванията, които трябва да се спазват между него и партньорите му при осъществяване на процеса „закупуване на продукти и външни услуги“, в уверение на това, че удовлетворяват както взаимните им виждания и потребности, така и тези на други заинтересовани страни. Изискванията трябва да се вписват изцяло в класическата мениджърска схема: планиране – договаряне – заявяване – дос-

тавяне на продукти или услуги, необходими за извършващите се в лечебното заведение дейности.

Изпълняването на изискванията, съдържащи се в този критерий носи 90 бонификационни точки.

1.5. Процеси, свързани с потребителите на услугите, предоставяни от лечебното заведение

Те могат да се систематизират в две големи групи:

► процеси за определяне на изискванията на потребителите на здравни услуги;

► процеси, произтичащи от намерението за проектиране и внедряване на нови здравни услуги, състоящи се от:

- процеси, свързани с определяне на входните елементи на проектирането;

- процеси, свързани с определяне на изходните елементи на проектирането;

- процеси, свързани с прегледа, проверката и потвърждаването на проектирането.

Изпълняването на изискванията, съдържащи се в този критерий носи 140 бонификационни точки.

2. Четирите критерия „резултати“ са, както следва:

2.1. Резултати по отношение на потребителите на здравни услуги

Ръководството на лечебното заведение в лицето на директора (управителя) и началниците на отделения, лаборатории и административно-стопански структури трябва да изпълняват изцяло и точно всички клаузи на превъзходния модел за управление на качеството EFQM, тъй като това ще доведе до пряко удовлетворение на потребителите на здравни услуги от настоящите и бъдещите им потребности и очаквания.

Още в началото на функционирането на модела трябва да се положат усилия за надхвърлянето на тези очаквания, като резултат на утвърдилото се разбиране, че изискванията за качество на здравната услуга включва и такива нейни параметри, като достъпност, надеждност, комплексност, начин на предоставяне, мероприятия след реализиране на услугата, цената и другите разходи, свързани с нея.

Изпълняването на изискванията, съдържащи се в този критерий носи 200 бонификационни точки.

2.2. Резултати по отношение на персонала

Тук на преден план застава идеята за включване на всички работещи в лечебното заведение в движение за „*мотално качество*“. В случая е важно да се поставят следните два въпроса:

► може ли качеството на здравните услуги да се ръководи със стари управленски лостове, т.е. с „*проверки и контрол*“?

► ако зад качеството стоят поведението и отношението на всички работещи в лечебното заведение, могат ли те да бъдат мобилизирани със стария метод на „*тоягата и моркова*“?

Ясно е, че отговорът на тези два въпроса не може да бъде друг, освен отрицателен.

Във връзка с това трябва да се използват всички възможности, които предоставя модела EFQM, чрез който провежданата от ръководството политика по качеството се издига до начин на мислене и действие на всички служители.

По същество дейността на лечебното заведение е съвкупност от процеси. При тази постановка целта „*повече удовлетворени потребители на здравни услуги*“ води след себе си до качествени действия на всички негови служители с всички произтичащи от това морални и материални стимули.

Изпълняването на изискванията, съдържащи се в този критерий носи 90 бонификационни точки.

2.3. Резултати по отношение на обществото

Лечебното заведение трябва да използва източници за съвременна, достатъчна и вярна потребителска информация с оглед получаване на полезна представа чрез „*гласа на потребителите*“ както за степента на тяхната удовлетвореност от оказаните им здравни услуги, така и за конкурентността на лечебното заведение на целевите здравни пазари. Източници на информация за обществената удовлетвореност, идентифицирани и ползвани от ръководството на заведението за целите на управлението на качеството по модела EFQM, следва да бъдат:

► директните комуникации с потребителите на здравни услуги;

► оплаквания в сигнали и жалби от потребители;

► проведени анкети с потребители, чрез писмени въпросници;

► организирани от ръководството обсъждания с фокусни потребителски групи;

► докладите на пациентски организации;

► репортажите в средствата за масово осведомяване.

Изпълняването на изискванията, съдържащи се в този критерий носи 60 бонификационни точки.

2.4. Ключови резултати от дейността на лечебното заведение

Ръководството на лечебното заведение трябва да отдаде особено значение на коректното документиране на всички установени несъответствия заедно с диспозицията им с оглед осигуряване на необходимите данни при формулирането на управленски решения за техния „*арест*“.

Системата за управлението на качеството по превъзходния модел EFQM гарантира, че лечебното заведение, в което е внедрена, притежава и предлага организационен инструментариум за идентифициране и контрол на онези от предоставяните от него здравни услуги, които не съответстват на изискванията за качество, за да се:

► предотврати пускането им в употреба;

► потвърди след тяхното коригиране, че те вече са съвместими с изискванията за качество и че могат да бъдат пускани в употреба;

► предприемат необходимите мерки за отстраняване на негативните последиствия, ако те са били пуснати в употреба.

Изпълняването на изискванията, съдържащи се в този критерий носи 150 бонификационни точки.

Акредитация на лечебните заведения

Общи положения

Тя е въведена и развита в САЩ през 1917 г. от д-р Ернест Колдман и е била насочена към „*признаване на професионално доверие на онези хирургични институции, които реализират своите идеали с високи стандарти за качество, а на онези с по-ниски стандарти да се дадат препоръки за подобряване качеството на тяхната работа*“. В търсене на подобрения на американския модел в някои страни се прилагат специфични способности за оценка на качеството на здравните услуги. Но независимо от различията в детайлите, те притежават следните общи черти:

► подлежащите на акредитация лечебни заведения се оценяват от обучени експерти в регулярни интервали по установени стандарти, критерии и показатели;

► критериите, стандартите и показателите се основават на съвременни знания и опит;

► акредитационният орган присъжда степен и срок на доверие на лечебните заведения за качество на оказаните от тях здравни услуги на основата на факти за достигнатото по установени стандарти, критерии и показатели;

► докладите за констатациите включват добри и слаби страни в качеството на оказаните здравни услуги и

препоръки за неговото подобряване;

► присъденото от акредитиращия орган доверие за качество на оказваните от лечебното заведение услуги е публично.

Повечето от действащите в света акредитационни програми се основават на теорията на Donabedian A. [3] за гарантиране на качеството, доказваща връзката между структурите на лечебното заведение, извършващи се в тях основни и спомагателни дейности и резултатите от оказаните здравни услуги.

Следва да се подчертае, че доскоро в повечето от действащите в света акредитационни програми бе съществуването или отсъствието в лечебното заведение на структури и дейности, фиксирани в медицински стандарти и в акредитационни критерии и показатели. През последните години обаче все повече се налага разбирането, че акредитацията не може да изпълни очакванията на обществото, медицинската колегия и източниците, които финансират медицинската помощ, ако в акредитационната процедура не се включат и подходи за оценка на качеството на резултатите от оказаните здравни услуги. Ето защо целта на всяка съвременна акредитационна програма е да установи не само усъвършенстване на структурите на лечебното заведение и подобряване на извършваните се в тях основни и спомагателни дейности, а както подчертава Shin Ys [7] и на доказателствата за качество на резултатите от оказаната медицинска помощ. Без съмнение, този нов подход е по-сложен и изисква специфична, в т.ч. клинична информация, за да подкрепи очакванията от подобна резултатно-ориентирана акредитационна програма.

По света акредитацията е ясен сигнал за обществото, че качеството в лечебните заведения се оценява от хора, които разбират от:

► същността на здравеопазването;

► мястото и ролята на всяко лечебно заведение в реализиране:

- на адаптирана към пациентите политика за организиране на техния прием, обслужване, информираност и зачитане на човешките и гражданските им права;

- на ориентирана към пациентите политика за подобряване и устойчиво развитие на качеството на здравните услуги и за превенция на рисковете при тяхното оказване;

- на здравен и клиничен мениджмънт, основан на доказателства и отчитащ нуждите на пациентите и очакванията на обществото.

► принципите за управление и устойчиво развитие на качеството на структурите, дейностите и резултатите в лечебното заведение.

Shaw C. [8] подкрепя възгледа, че наличието на силни и добре развити системи за лицензиране, регулиране и акредитиране на лечебните заведения води до най-големи ползи за потребителите и изпълнителите на здравни услуги.

В някои страни (САЩ, Великобритания, Австралия), в които има повече от един акредитационен орган (агенция, комисия, съвет) действат различаващи се по критерии, показатели и методологии акредитационни програми. Това „пазарно“ поведение на взаимно конкуриращи се акредитационни органи понякога води до объркване на лечебните заведения при избора им на акредитационна програма, а не рядко и до възникване на нелицеприятни юридически диспути между самите акредитационни органи.

В някои страни (Франция, Италия и др.) акредитацията на лечебните заведения е задължителна. В страните, в които тя е доброволна обаче са въведени стимули за акредитираните заведения. Така например в САЩ болниците не могат да приемат пациенти за лечение, без да минат през значителни бюрократични процедури, ако не са акредитирани от Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCA-

HO). В Австралия здравнозастрахователните организации обикновено се договарят само с акредитирани лечебни заведения.

Резюмирани в контекста на международния опит, ползите от акредитацията на лечебните заведения са:

а) *Акредитацията подобрява грижите за пациентите*

Стандартите, критериите и показателите в акредитационните програми на лечебните заведения са фокусирани в една цел – подобряване на качеството на здравните услуги до възможното най-високо равнище.

б) *Акредитацията засилва доверието на обществото в лечебните заведения*

Акредитацията подчертава приноса на лечебните заведения за осигуряване на качествена медицинска помощ на лекуваните се в тях пациенти. Присъдената акредитационна оценка е заявка пред обществото за достигнато от лечебното заведение качество на медицинската помощ. Освен това, акредитацията казва на обществото, че ако нещо се обърка в лечебното заведение, получило положителна акредитационна оценка, то притежава системи за регистриране и минимизиране на влиянието на отрицателно действащите фактори.

в) *Акредитацията провокира професионализъм при преpracване на пациенти*

Фамилните лекари и специалистите от лечебните заведения за извънболнична помощ търсят акредитационната оценка, като знак за качество, когато препращат пациенти към болнично лечение.

г) *Акредитационния процес е и образователен*

Акредитацията обединява в едно цяло оценъчни и образователни процедури. Специалистите, участващи в комисиите за външен акредитационен одит, паралелно с проверките дават препоръки на персонала на лечебното заведение за подобряване на качеството на здравните услуги и управлението на риска.

д) *Акредитационният процес стимулира работата в екип, подобрява комуникативността и етичността на персонала в лечебното заведение*

Резултатно-ориентираният подход в съвременните акредитационни програми обединява персонала чрез обща цел – устойчиво развитие на качеството на здравните услуги. Официалното заключение от външен орган за добре извършвана работа е признание, че стремежът за непрекъснато подобряване на качеството е израз на вътрешно осъзната необходимост на всеки работещ в лечебното заведение.

е) *Допуска се, че изградените в резултат на акредитацията системи за управление на риска и устойчиво развитие на качеството в лечебните заведения ще доведе до намаляване на разходите за медицинска помощ, т.е. до минимизиране на отношението cost/medical effect*

Заслужава отбелязване фактът, че литературата, подкрепяща тази интуитивна допустимост е твърдо ограничена. Използвайки непредубедени научноизследователски критерии, едно системно проучване, извършено от група автори показва, че през периода 1992-2000 г. са публикувани само 12 статии (9 в САЩ, 1 във Великобритания, 1 във Франция и 1 в Австралия), които свързват намаляването на разходите с подобряване на качеството. От 12-те статии, шест се отнасят до общото качество на мениджмънта, три – за „скритите“ разходи и три – за предотвратяване на неблагоприятни събития.

ж) *Акредитационната оценка се ползва от здравноосигурителните и здравнозастрахователните организации*

В повечето страни резултатите от акредитацията се ползват от посочените организации като условие за сключване на договори с лечебни заведения. Особено подчертано е това в САЩ и Австралия.

з) *Наблюдаващият се в последно време интерес от правителствени органи и неправителствени организации към акредитацията в много страни контрастира с миналото, когато качеството на здравните услуги беше смятано за строго специфична област на медицинския професионализъм. Този интерес в отделни страни е толкова силен, че в тях акредитацията е станала част от регулативния процес на контрол от страна на правителството и гражданското общество. Основна причина за това е, че когато пазарни структури се развиват в здравните системи, правителството и обществеността са заинтересовани потребителите да получават здравни услуги, основаващи се на съвременни медицински стандарти за качество.*

и) *Акредитацията може да доведе до намаляване на застрахователната премия*

С подобряване (в резултат на акредитацията) на управлението на рисковете в лечебните заведения се изграждат системи за безопасна практика, водещи до намаляване на премията на застраховките. Паралелно с това редовните вътрешни одити, съчетани с периодични външни такива, дават полезна информация за своевременно отстраняване на пропуски, пораждащи жалби от пациенти или от финансиращи лечебните заведения организации.

Инициативи за съгласуване между действащите в Европа системи за управление на качеството на здравните услуги

Сега лечебните заведения в Европа преживяват подема относно оценката на качеството и това е свързано с два основни източника:

От една страна, организациите на пациентите на национално и европейско ниво изискват повече прозрачност за дейността на лечебните заведения, чрез която се дават повече възможности за информиран избор. Това налага:

а) в сътрудничество с пациентите да се разработят ясни, прости и сравними системи за оценка на здравните услуги;

б) осигуряване на по-голям обществен достъп до информацията, събрана в процеса на оценяването;

в) насърчаване на по-пълно разпространение на информацията за здравните услуги чрез Интернет.

От друга страна единният пазар на Европейския съюз, основаващ се на свободното движение на стоки, услуги, капитали и хора (тук се включват както специалистите по предоставяне на здравни услуги, така и пациентите), доведе до изискването за определяне на ниво на европейска стандартизация относно здравеопазването. Едно такова изискване обаче не означава унифициране на националните здравни системи и/или намеса в тяхното управление. Това наложи определена форма на хармонизиране, в резултат на което:

а) бяха създадени информационни системи, улесняващи мониторинга на индикаторите на здравната система на европейско ниво;

б) в определени области бяха разработени европейски стандарти за качество на здравните услуги.

Повечето от справките за стандартизирането и оценяването на здравните услуги бяха изготвени от два Директората на европейската комисия, наречени за здравни и потребителски дела и за предприемачество.

Работата на Директората за здравни и потребителски дела бе съсредоточена върху ролята на потребителите в стандартизацията и на ползите им от нея. Лансирането на подхода за техническото хармонизиране и неговият принос към по-голямо представяне на потребителите в стандартизацията доведе до създаването на ANEC (European association for the Co-ordination of Consumer Representation in Standard-

tisation). В допълнение, Директоратът улесни обмяната на данни относно здравните служби в Европа, в това число и относителното качество им чрез изготвяне на набор от сравними индикатори.

Директоратът за предприемачество промотира нов подход, в който основните изисквания за безопасност бяха дефинирани като регулаторни и технически решения, изготвени от органите по стандартите (CEN). Сега все повече и повече стандартизацията се използва като средство за подпомагане на обществените задачи от политиката на редица правителствени органи и неправителствени организации, като например защитата на индивидуалното и общественото здраве и опазването на околната среда. Разработването на Системи за качество доведе до развитието на различни отличителни знаци и сертификати. Страните от ЕС постигнаха съгласие стандартизирането на различните предприемачески дейности да се осъществяват чрез CEN.

През последните години се реализираха няколко инициативи за проучване на обсега на конвергенция на различните подходи към управлението на качеството и процесите по външното му осигуряване. В резултата на това бе създаден проектът **ExPeRT** (равностойни външни техники за преглед).

„*Експерт*” е проект, финансиран от Биомед 2 и ръководен от Charles Shaw с участието на партньори от Европа, САЩ, Южна Африка и Австралия. С помощта на този проект се извърши преглед на четири общоприети схеми за външни проверки.

Схемите са: *визитация (клинична проверка) EFQM, ISO 9000 и акредитация на здравните услуги*. По този начин се изградиха мостове между различни техники за оценка на качеството. По време на проекта наред с другите проблеми, бяха анализирани техниките и тяхното утвърждаване. В своя доклад „*експерт*” предложи вътрешен поглед към различните равностойни външни схеми за проверка и препоръча необходимостта от задълбочаване на сътрудничеството между посочените модели.

Схемите за акредитиране и тяхната надеждност също са поставени под надзора на Международното общество за качество на здравните услуги (The International Society for Quality in health Care – ISQUA). Тази организация е основана през 1985 год. от група специалисти по качеството на здравните услуги. Avedis Donabedian оказа голямо влияние върху много от първоначалните членове на групата. ISQUA е базирана в Австралия и има членове в повече от 60 страни по света. Обществото е нетърговска организация, която се ръководи от изпълнителен съвет, избран на всеки две години. ISQUA разработва дневния ред на водещите програми за акредитация на здравните услуги (Agenda for Leadership Programs in health Care Accreditation = ALPHA). Това е програма, чиято цел е да съгласува принципите и стандартите на схемите за акредитация на здравните услуги. Програмата ALPHA и проблемите на акредитирането на здравните услуги се обсъждат на годишни семинари, обикновено провеждани съвместно с годишната конференция на ISQUA.

Целите на програмата ALPHA са:

▶ да демонстрира в международен мащаб, че акредитацията е надежден оценъчен процес;

▶ да демонстрира, че външната обективна оценка от дадена акредитираща организация е възможна и желателна, и че има средства за нейното осъществяване;

▶ да отговори на непрестанната потребност от наличие на организационна структура, чрез която могат да бъдат споделени знанията и опитът относно акредитацията.

Съществуват и други европейски участници в управлението на качеството на здравните услуги. Такива са:

1. *Европейската организация по качеството (European organization for Quality = EOQ)*, която работи съвместно с

други европейски организации (каквато е например организацията за европейско сътрудничество по акредитацията), за да промотира доброто управление на качеството в Европа.

Визията на организацията се базира върху принципи, които, отнесени към качеството на здравните услуги, се състоят в:

А. „Диверсификацията на здравните услуги е источник на преимущество“, което за Европа е:

▶ ключов фактор за бъдеща конкурентност на пазарите на здравни услуги;

▶ същност на конкурентоспособността между лечебните заведения;

▶ база за иновации в здравеопазването.

Б. „Заедно страните от Европа могат да постигнат повече“. Това може да се реализира посредством:

▶ сътрудничество между лечебните заведения в противовес на конкуренцията;

▶ взаимодействие между европейските страни във всички посоки на здравеопазването;

▶ партньорство в Европейското здравеопазно пространство, като висша форма на доверие.

В. „Изразяване на бъдеще в областта на здравеопазването, чрез умножаване на постигнатите до сега резултати“, тъй като:

▶ Европа е лидер в разработването на високотехнологични процеси в областта на медицината и здравеопазването;

▶ европейското общество осъзнава и идентифицира нуждата от разширяване на постигнатите успехи в социално-ориентираното здравеопазване;

▶ толерантността и зачитането на индивидуалните национални традиции в здравеопазването е основен принцип при функционирането на всички европейски здравни системи.

2. *Европейското общество за качество в здравеопазването (European Society for Quality in Health Care = ESQH).*

Европейското общество за качество в здравеопазването е мрежа от национални общества, посветени на качеството в здравеопазването на национално и международно равнище. То е основано от група настоящи и бивши президенти на национални общества за качество на здравните услуги в Европа

под покровителството на ISQUA. Постигането на неговите цели се осъществява чрез съвместни мероприятия в мрежата и в асоциация с други организации в Европа, обвързани с оценка на здравето и качеството на здравните услуги.

3. *Постоянният комитет на болниците от Европейския съюз (Standing committee of the Hospitals of the European Union = HOPE).*

Членове на комитета са националните асоциации на болниците в държавите от ЕС. Управата му се намира в Leuven, Белгия. През юни 2000 г. пленарната асамблея на HOPE прие документ, съдържащ перспективите относно управлението на качеството на здравните услуги. Целта на този документ бе да осигури информацията относно **общите принципи, свързани с качеството, управлението на качеството и предизвикателствата пред качеството в здравеопазването.**

Този кратък преглед на международната практика в управлението на качеството показва, че основната цел на всяка система (програма) за управление на качеството е да даде рамката за непрестанно подобряване на качеството на здравните услуги. И по-нататък, че тази рамка може да бъде ефективна само, когато в нея е заложено триединството: **“качеството на условията и средствата, с които се оказват здравните услуги”, “качеството на дейностите, чрез които се осъществяват здравните услуги” и “качеството на резултатите от предоставените здравни услуги”.**

Библиография

1. Иванова Т., Димова А., Гарева Г. Съвършен модел за управление на качеството „Болничен мениджмънт“. стр. 320-331. НЦОЗ. С. 2005.
2. Наредби № 1/2000 и № 18/2005 г. на МЗ за критериите, показателите и методиката за акредитация на лечебните заведения
3. Donabedian A. Guide to Medical Care Administration – Washington: American Public Health Association, 1969.
4. European Foundation for Quality Management. EFQM – Excellence Model. Public and Voluntary Sector Version 2003
5. European Foundation for Quality Management (<http://www.efqm.org>)
6. Scrivens E. Accreditation: what can we learn from the Angophon Model? Health policy 1995.
7. Shin Y. C. Hospital Accreditation – a universal perspective World Hospital Health Service 1995.
8. Shaw C. External Assessment of Health Service Standards CASPE Research Canadian Square. London 1999.

Автор

Д-р Марин Пенков, „Образна диагностика“, УМБАЛ „Св. Иван Рилски“, София, бул. „Акад Иван Гешов“ № 15, тел. 0888365804

Пестеливостта на българина се простира и до храната му. Българският земеделец се храни лошо, защото не, че няма в повечето случаи, а просто за икономия, и от това, че не разбира значението на доброто хранене. В последните години се засили износът на известни албуминосидни храни, като яйца, сирене, кашкавал, месо. Диренето им и добрите цени подмамниха нашето селско население и то започна да продава тези храни. Те бяха до скоро време единствените възстановителни елементи на загубите на теглото на земеделския работник и пластически за правилното растение на неговите деца. Нашият земеделец, както всички земеделци, беше вегетарианец по желание и по религиозно принуждение, като източноправославен; сега той ще трябва да става вегетарианец по икономически съображения. Българинът пести в повечето случаи за икономия. Не рядко съм чувал от селяни да казват: „то има за благ ден, ами и за пост“. А това се отразява не само върху силите на масата, но и на общественото здраве изобщо. Често кърменето на децата се продължава, с цел да не стават бременни майките. Последното го вярва населението, основаващо се на обстоятелството, че повечето жени, докато кърмят нямат месечни очистения. За благовиден предлог обаче, поставят, че за да

закрепвал децата се правило това. Малките деца към 4-5 месеца започват да ги захранват с обикновена храна, като често им дъвчат с уста. Този грозен обичай е пагубен за малките деца. Много от тях стават жертва на стомашно-чревни инфекции и особено на интестинално заразяване от туберкулоза. В храната на градското население норма няма. Тя е по-разнообразна и по-субстанционна от тази на селяните. Но и тука, както навред в България, в ястията се употребяват много кондimenti.

Из „Репорт за санитарното състояние на II-ри санитарен инспекторски район, включващ: Бургаски, Варненски, Русенски и Шуменски окръзи“ (изд. Дирекция за опазване на общественото здраве, София, Печатница Т. Пеевъ, 1912 г., 492 стр. текст и таблици), 1909 г.

Изготвил Д-р Тошко Петров (1872-1942), инспектор при Дирекция за опазване на общественото здраве. Той е лекар-хиgienист, професор, доктор на науките, действителен член на БАН, основател и пръв директор на Хиgienния институт в София, основател и завеждащ Катедра по хиgienна при МУ – София, работи в областта на санитарията, хиgienата и профилактиката, въвежда ваксината БЦЖ в България, написва първия български учебник по хиgienна. През 1913 г. изказва идеята за съществуването на антибиотичите, открити през 1929 г.