



МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ  
„ПРОФ. Д-Р ПАРАСКЕВ СТОЯНОВ” – ВАРНА  
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО  
ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ  
КАТЕДРА ПО ИКОНОМИКА И УПРАВЛЕНИЕ  
НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Валерия Веселинова Николова

СИСТЕМА ОТ ПОКАЗАТЕЛИ  
ЗА ИЗМЕРВАНЕ И ОЦЕНКА НА КАЧЕСТВОТО НА  
ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ В БЪЛГАРИЯ

АВТОРЕФЕРАТ

на

на дисертационен труд за придобиване на образователна и научна  
степен „Доктор“

Професионално направление 3.7. Администрация и управление  
Докторска програма Организация и управление извън сферата на  
материалното производство (в здравеопазването)

Научен ръководител:  
проф. Антония Димова, д.м.

Варна, 2022

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ  
„ПРОФ. Д-Р ПАРАСКЕВ СТОЯНОВ” – ВАРНА  
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ  
КАТЕДРА ПО ИКОНОМИКА И УПРАВЛЕНИЕ  
НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

Валерия Веселинова Николова

СИСТЕМА ОТ ПОКАЗАТЕЛИ  
ЗА ИЗМЕРВАНЕ И ОЦЕНКА НА КАЧЕСТВОТО  
НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ В БЪЛГАРИЯ

АВТОРЕФЕРАТ

на  
на дисертационен труд за придобиване на образователна и  
научна степен „Доктор“  
Професионално направление 3.7. Администрация и  
управление  
Докторска програма Организация и управление извън сферата  
на материалното производство (в здравеопазването)

Научен ръководител:  
проф. Антония Димова, д.м.

Варна, 2022

Дисертационният труд е с общ обем от 182 страници и е структуриран във: въведение (2 стр.), основен текст в четири глави (119 стр.), заключение (2 стр.), списък на използваната литература (9 стр.) и приложения (40 стр.). Основният текст съдържа 26 таблици и 32 фигури. Цитирани са 175 заглавия, от които 122 на английски език и 53 на български език.

Дисертационният труд е обсъден на заседание на катедрен съвет на Катедрата по икономика и управление на здравеопазването при Медицински университет-Варна, проведено на 19 април 2022 г.

#### НАУЧНО ЖУРИ:

1. Проф. Цвета Йорданова Зафирова, д.и.
2. Проф. Снежанка Костадинова Овчарова, д.у.
3. Доц. Александър Иванов Вълков, д.у.
4. Проф. Тодорка Игнатова Костадинова, д.и.
5. Доц. Мария Димитрова Рохова-Йорданова, д.у.

#### РЕЗЕРВНИ ЧЛЕНОВЕ:

1. Доц. д-р Росица Цветанова Димова, д.м.
2. Доц. Елка Игнатова Атанасова, д.и.

Защитата на дисертационния труд ще се състои на .....  
.....2022 г. от..... часа в .....на  
Медицински университет-Варна на открито заседание на Научно жури.

Материалите по защитата се намират на разположение в Докторантско училище към МУ-Варна и са публикувани на интернет страницата на МУ-Варна.

## СЪДЪРЖАНИЕ

I. ОБЩА ХАРАКТЕРИСТИКА НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД .....	5
1.1. Актуалност и значимост на проблема .....	5
1.2. Степен на изследване на проблема.....	6
1.3. Цел, изследователска теза и задачи .....	6
1.4. Предмет и обект на изследването.....	8
1.5. Изследователски подход и методи на изследване .....	8
1.6. Използвани материали.....	8
1.7. Ограничения на изследването.....	9
II. СТРУКТУРА И СЪДЪРЖАНИЕ НА ДИСЕРТАЦИОННИ ТРУД..	10
2.1. Структура на дисертационния труд.....	10
2.2. Съдържание на дисертационния труд .....	10
III. КРАТКО ИЗЛОЖЕНИЕ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД .....	12
Глава 1. Теоретични основи на качеството в здравеопазването и подходи за неговото измерване и оценка .....	12
Глава 2. Измерване и оценка на качеството на здравеопазване в България ....	18
Глава 3. Нагласи и потребности от информация на гражданите и медицинските професионалисти към качеството и неговото измерване.....	21
Глава 4. Система за измерване и оценка на качеството на здравеопазване.....	31
Заклучение.....	40
IV. СПРАВКА ЗА ПРИНОСИТЕ В ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД .....	42
V. ПУБЛИКАЦИИ, СВЪРЗАНИ С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД.....	43
БЛАГОДАРНОСТИ .....	44



# I. ОБЩА ХАРАКТЕРИСТИКА НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

## 1.1. Актуалност и значимост на проблема

Предоставянето на висококачествена медицинска помощ е един от най-значимите проблеми на съвременните здравни системи в световен мащаб. Измерването на качеството е един от основните моменти при оценка на функционирането на здравните системи в отделните страни. Неговият периодичен мониторинг е ключов фактор за ефективното управление на здравните системи, защото измерването на качеството подобрява тяхната отчетност и прозрачност<sup>1</sup> и подпомага вземането на важни политически решения, касаещи дейността им<sup>2</sup>.

Като основна характеристика за ефективното функциониране на здравните системи, качеството трябва да бъде управлявано по начин, които да гарантира постигането на желаните здравни резултати за населението. Целесъобразното управление на качеството може да бъде осъществено чрез наличието на подходящ инструментариум под формата на нормативни изисквания (закони, наредби, медицински стандарти, добри практики) за осигуряване на качествени здравни услуги за всеки пациент и национално утвърден инструмент за неговото измерване и оценка, подпомагащ непрекъснатото му подобрене.

Към момента в България не съществува национално утвърдена практика за систематично измерване, проследяване и оценка на качеството на медицинската помощ. Отсъствието на законово регламентирани средства за мониторинг на качеството оказва негативно влияние върху функционирането на здравната система и съответно върху здравното състояние на населението.

Проблемите на здравната система в България, които допринасят или свидетелстват за незадоволителното равнище на качеството, са добре известни: нивата на детската и предотвратимата смъртност, неравнопоставеността при предоставянето на здравните услуги, липсата на ефикасна превенция, ограниченото предоставяне на дългосрочни грижи, неразвитото електронно здравеопазване и високия дял на

---

1 OECD. (2017). Caring for Quality in Health: Lessons Learnt from 15 Reviews of Health Care Quality. OECD Reviews of Health Care Quality. OECD Publishing. Paris. <https://doi.org/10.1787/9789264267787-en>.

2 The Commonwealth Fund. (2004). First Report and Recommendations of The Commonwealth Fund's International Working Group on Quality Indicators.

неформалните плащания<sup>3</sup>.

Създаването на система от показатели за измерване и оценка на качеството на здравеопазване в България ще направи възможно неговото целенасочено управление, ще осигури прозрачност за дейността на здравната система, ще подпомогне вземането на адекватни здравнополитически решения за подобряване на нейното функциониране и ще увеличи доверието на заинтересованите страни към здравната система.

## **1.2. Степен на изследване на проблема**

Измерването на качеството, като ключов за ефективното функциониране на здравните системи процес, е обект на дългогодишно изследване в научната литература в международен план. Съществен принос за утвърждаване на качеството като ключова характеристика за дейността на здравните системи имат съществуващите концептуални рамки за оценка на функционирането на здравната система на отделни страни и международни организации.

В изследователски аспект, научните трудове, свързани с измерване и оценка на качеството на медицинската помощ в България са малко и като цяло отсъстват цялостни изследвания в тази област. Поради установената необходимост от развитие на дадената научна сфера, са необходими научни изследвания за видовете подходи и измерители, чрез които се измерва качеството.

Актуалността и значимостта на проблема, както и недостатъчната степен на разработването му в България, предизвиква изследователския ни интерес и избора на тема на дисертацията.

## **1.3. Цел, изследователска теза и задачи**

Целта на дисертационния труд е да се създаде система от критерии и индикатори за измерване и оценка на качеството на здравеопазване в България, която да осигурява по систематичен и целесъобразен начин необходимата за ефективното управление на качеството информация на национално ниво и на нивото на лечебните заведения и да удовлетворява

3 Björnberg, A., Phang, A. Y. (2018). Euro Health Consumer Index 2018 Report. Euro Health Consumer Index. Available from <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf>

информационните потребности на пациентите, медицинските професионалисти и обществото като цяло.

За целта на изследването се изхожда от допусканията че:

- наличната към настоящия момент информация за дейността на здравната система и нейните резултати не позволява цялостно и задълбочено изследване на качеството на здравеопазване, а това се явява основно препятствие за неговото управление,
- информационният дефицит се дължи на липса на адекватна регламентация на качеството и процесите за неговото измерване и оценка.

Дизайнът на проучването се основава на следните изследователски тези:

- налице са неудовлетворени потребности от информация за качеството сред гражданите, които водят до чувство на несигурност сред българските граждани при избора им на лечебно заведение,
- медицинските професионалисти могат да имат съществено влияние за въвеждането на критерии и индикатори за качество и като цяло техните нагласи ще бъдат подкрепящи, ако е взета предвид гледната им точка,
- голяма част от проблемите с качеството на медицинската помощ се дължат на структурни и организационни проблеми на здравната система, но наличната информация по тях не е достатъчна за измерване и оценка на качеството, които позволяват неговото ефективно управление.

За изпълнение на целта са поставени следните задачи:

1. Да се систематизират и обобщят актуалните общоприети в международен план концепции за качество на здравеопазването, подходите и измерителите, които се използват за неговото изследване.
2. Да се анализира актуалното състояние на качеството на здравеопазване в България и възможностите за неговото измерване, които се осигуряват от съществуващата нормативна база.
3. Да се изследва мнението на гражданите за качеството на здравеопазването в България и потребностите им от информация във връзка с него.
4. Да се изследват нагласите на медицинските специалисти към измерването и оценката на качеството и професионалните им оценки за критериите и индикаторите, които трябва да бъдат използвани в системата за измерване и оценка на качеството в България.
5. Да се конструира концептуален модел за измерване и оценка на качеството и да се предложат конкретни измерители.



## **1.4. Предмет и обект на изследването**

Целта, основните допускания, изследователските тези и дефинираните задачи предполагат многокомпонентни обект и предмет на изследването.

Като цяло, обект на дисертационния труд е здравната система в България, а предметът е качеството на здравеопазване и необходимите подходи и инструменти за неговото измерване и оценка. При социологическото проучване обект на изследване са гражданите и медицинските специалисти.

## **1.5. Изследователски подход и методи на изследване**

Целта на дисертационни труд изисква да бъде избрана адекватна на теоретичните концепции и добрите международни практики конструкция. Във връзка с това са използвани общонаучните методи анализ, синтез, систематизация и обобщение на: разбиранията в научната литература за качеството на здравеопазване, неговите компоненти, подходи и инструменти за измерване и оценка; съдържанието на актуалните нормативни документи, които се използват за осигуряване на качеството на лечебния сектор в България; наличните данни, публикувани в доклади и експертни анализи за състоянието на здравната система в България и в български и международни бази данни.

Социологическият метод е използван за изследване на нагласите, възприятията и информационните потребности на гражданите и медицинските професионалисти по отношение на измерването и оценката на качеството. При обработка на данните е приложен графичен метод в Excel и статистически анализ за значимост ( $\chi^2$ -тест), извършен със специализиран статистически софтуер Jamovi Version 2.5.5.

## **1.6. Използвани материали**

Използвани са български и чуждестранни научни литературни източници и доклади, международни и български бази данни, нормативни документи, имащи отношение към качеството на медицинската помощ в България (закони, наредби, национални медицински стандарти, правила за добри практики, национален рамков договор). За целите на изследването са разработени и използвани две анкетни карти за граждани и медицински професионалисти.

## 1.7. Ограничения на изследването

Проучена, систематизирана и обобщена е информация, касаеща измерването на качеството само на медицинската помощ, като от анализа са изключени денталната помощ и фармацевтичните грижи. Качеството на дейностите в областта на общественото здраве е само частично засегнато, доколкото то се проявява в някои показатели за дейността на здравната система и свързани с тях измерители на дейността на лечебните заведения.

Социологическият метод с използване на стандартизирана анкетна карта за изследване на възгледите на медицинските професионалисти относно необходимите критерии и индикатори за измерване и оценка на качеството в България не позволява изчерпателност на включените в анкетната карта възможни измерители.

Поради начина на провеждане на социологическите допитвания чрез онлайн въпросници, подхода при набирането на респонденти и прилагане на метода на отзовалия се, двете извадки на анкетираните граждани и медицински професионалисти не са представителни за генералните съвкупности – наблюдават се натрупвания на респонденти по определени признаци като пол, възраст, образование и местоживееене за гражданите и месторабота на медицинските професионалисти и местоположение на лечебните заведения, в които работят.

## **II. СТРУКТУРА И СЪДЪРЖАНИЕ НА ДИСЕРТАЦИОННИ ТРУД**

### **2.1. Структура на дисертационния труд**

Дисертационният труд е в обем от 182 страници и включва въведение, четири глави и заключение, списък на използваната литература и 8 приложения. Основният текст съдържа 26 таблици и 32 фигури.

### **2.2. Съдържание на дисертационния труд**

Въведение

Организация на изследването

Глава 1. Теоретични основи на качеството в здравеопазването и подходи за неговото измерване и оценка

1.1. Качество на и във здравеопазването – дефиниции и концепции

1.1.1. Разбиране и дефиниции за качество

1.1.2. Концепции за качество в здравеопазването

1.1.3. Нива на дефиниране на качеството

1.2. Измерване и оценка на качеството

1.2.1. Измерване и оценка на качеството: термини и подходи

1.2.2. Измерители на качеството

1.2.3. Инструменти за измерване и оценка на качеството на здравеопазване: системи от измерители

1.3. Елементи и индикатори за качество на медицинската помощ, използвани при оценка на функционирането на здравните системи

1.3.1. Елементи на качеството

1.3.2. Индикатори за качество и обосновка на използването им

Глава 2. Измерване и оценка на качеството на здравеопазване в България

2.1. Нормативна база

2.1.1. Закони и наредби

2.1.2. Национални медицински стандарти, правила за добри практики

2.1.3. Национален рамков договор

2.2. Практика по измерване и оценка на качеството

2.3. Налични данни и оценка на качеството в България

Глава 3. Нагласи и потребности от информация на гражданите и медицинските професионалисти към качеството и неговото измерване

3.1. Гражданите за качеството на здравеопазване в България: възприятия и потребности от информация

3.1.1. Профил на респондентите

3.1.2. Оценка на качеството на здравеопазване и възприятия за качество

3.1.3. Нагласи към измерване на качеството на здравеопазване и потребности от информация

3.2. Медицинските професионалисти за измерването и оценката на качеството на здравеопазване

3.2.1. Професионален профил на респондентите

3.2.2. Оценка на качеството на здравеопазване

3.2.3. Измерители на качеството на здравеопазване

3.2.4. Нагласи към измерването и оценката на качеството на здравеопазване

3.3. Основни заключения

Глава 4. Система за измерване и оценка на качеството на здравеопазване

4.1. Предназначение на системата

4.2. Компоненти на системата

4.2.1. Концептуален модел

4.2.3. Критерии и индикатори

4.3. Подход за въвеждане

Заклучение

Използвана литература

Приложения

Приложение № 1. Отражение на качеството в основните закони на здравната система

Приложение № 2. Критерии и индикатори в националните медицински стандарти

Приложение № 3. Елементи и критерии за качество в правилата за добри практики

Приложение № 4. Критерии и индикатори в НРД

Приложение № 5. Налични данни за измерване на качеството в България, източници на информация и потребности от допълнителни данни

Приложение № 6. Анкета за граждани

Приложение № 7. Анкета към медицинските специалисти

Приложение № 8. Коментари от медицински професионалисти по темата с измерването и оценката на качеството на здравеопазване в България

### III. КРАТКО ИЗЛОЖЕНИЕ НА ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД

#### Глава 1. Теоретични основи на качеството в здравеопазването и подходи за неговото измерване и оценка

В първата глава са анализирани и обобщени теоретичните постановки за съдържанието и разбиранията за качество, качество на и във здравеопазването, както и подходите и инструментите, използвани за неговото измерване и оценка. Тази глава се състои от 3 точки, към които са обособени отделни параграфи. В **точка 1.1.** се анализират и сравняват основните дефиниции и концепции за качеството на и във здравеопазването.

В **параграф 1.1.1.** се разглеждат разбиранията на различните автори за същността на качеството. Въпреки липсата на единна дефиниция за качеството, две негови отличителни черти са общоприети, а именно че качеството е обективна характеристика на определен продукт, система, процес и, че то е свързано с удовлетворяване на определени потребности и изисквания на потребителите.

Производителите и потребителите имат различни възприятия за качеството, като това разкрива неговия бинарен (двойствен) характер. Във връзка с това Ишикава определя характеристиките на качеството като „същински“ (потребителски аспект) и “заместващи” (професионален аспект)<sup>4</sup>, като с развитието на практиката по управление на качеството на преден план излиза важността на потребителските изисквания<sup>5</sup>.

В **параграф 1.1.2.** се анализират понятията за същността на качеството в областта на здравеопазването, като те са още по-разнообразни, отколкото в общата теория по управление на качеството. Водещата причина за това произлиза от сложността и комплексността при дефиниране на носителите на качеството - здравните услуги, процеса по оказване на медицинската помощ или здравеопазването (включително разглеждано като процес или система) като цяло. Моделът, вариациите, целите и начинът, по който е организирана дейността на здравната система в дадената страна и нивото, на което се намират съответните лица в здравната система (национално ниво, ниво лечебно/здравно заведение, пациент, общност и др.)<sup>6</sup>, се

4 Bhise, V. (2013). *Designing Complex Products with Systems Engineering Processes and Techniques*. 1st Edition. CRC Press. Boca Raton.

5 Димова, А. (2004). *Управление на качеството в болницата*. Варна: Стено.

6 Donabedian, A. (1988). *Quality assessment and assurance: unity of purpose, diversity of*

очертават също като фактори, оказващи съществено влияние върху възприятията за качество.

Въпреки отсъствието на единно възприета дефиниция за качеството в областта на здравеопазването, най-често използваната е тази на Института по медицина на САЩ (Institute of Medicine/IOM). Според IOM качеството е “степенна, в която здравните услуги за индивидите и обществото увеличават вероятността за постигане на желаните здравни резултати и са в съответствие със съвременните професионални знания”<sup>7</sup>, а Съветът на Европа допълва с изискването, освен за увеличаване на вероятността за постигане на желаните резултати, и за намаляване на вероятността от нежелани резултати<sup>8</sup>. Характеристиките, чрез които здравните услуги се категоризират като качествени също варират, но като цяло голяма част от тях се припокриват като разбирания. Най-често използваната класификация в научната литература е на Обединената комисия за акредитация на здравните организации на САЩ - JCAHO (1991), според която признаците за качество (елементи на качеството) на здравеопазването са достъпност, равнопоставеност, уместност, приемливост, своєвременност, ефективност, ефикасност, продуктивност и безопасност.

В **параграф 1.1.3.** се изяснява разликата между съдържанието на качество на и във здравеопазването. Представата за същността на качеството зависи от това на кое ниво в здравната система се намират заинтересованите страни, както и от естеството на техните отговорности. Основното разграничение между двете понятия е в обхвата на обекта, чийто носител са качествените характеристики. Качеството на здравеопазване е по-широката концепция, показваща най-общо възможността на здравната система да постига своите цели, а качеството в здравеопазването има по-тесен обхват, чрез него се определят разликите в резултатите за пациентите, постигнати в две аналогични лечебни заведения (Таблица 1).

---

means. Inquiry, pp. 173-192.

- 7 Institute of Medicine (1990). Medicare: A Strategy for Quality Assurance: Volume 1. Washington (DC), US: National Academies Press
- 8 Council of Europe. (1997). The development and implementation of quality improvement systems (QIS) in health care. Recommendation No. R (97) 17 and explanatory memorandum. Strasbourg: The Council of Europe.

**Таблица 1\***. Функции при осигуряване на качеството и перспектива за дефинирането му в зависимост от нивото на здравната система<sup>9</sup>

<b>Ниво</b>	<b>Функции</b>	<b>Перспективи</b>
Национално ниво (здравна политика)	Определяне на националните приоритети и цели по качеството	Качеството на здравеопазването в дадена страна. Това е способността на здравната система да осигурява желания резултат за пациентите (обществото)
	Осигуряване на необходимата инфраструктура за постигане на качеството, в т.ч. информационни технологии и съоръжения	
	Подобряване на нормативната уредба	
	Публично съобщаване на данни с цел осигуряване на прозрачност и повишаване на мотивацията за повишаване на качеството	
	Осъществяване на контрол - издаване на лицензи и извършване на проверки на доставчиците на здравни услуги	
Лечебни заведения (система за управление на ниво организация)	Клинично управление (концепция/сбор от техники за подобряване на управлението, отчетността и осигуряване на качеството на медицинската помощ)	Качество в здравеопазването. Качеството, осигурявано в конкретното лечебно заведение. Проучване на причините за разлики между резултатите за пациентите в две аналогични лечебни заведения
	Създаване на вътрешни протоколи за работа и клинични пътеки	
	Осигуряване на подкрепа при вземането на клинични решения за даден пациент	
	Прилагане на наличните протоколи за безопасност	
	Създаване на възможности за съвместно обучение с различни институции	

<sup>9</sup> Компиляция по: WHO, OECD, The World Bank; Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage. Geneva: 2018.

Ниво	Функции	Перспективи
Медицински специалисти	Създаване на клинични стандарти и проследяване на пътя на пациента	Качество в здравеопазването. Качество на медицинската помощ за конкретния пациент, качество на конкретната здравна услуга от гледна точка на медицинските специалисти
	Следене за спазването на медицинските стандарти	
	Провеждането на визитация (peer review) и одит	
	Споделено вземане на решение (между лекар и пациент), касаещо лечението на пациента.	
Пациентите и обществото	Ангажираност на пациента, семейството и общността (постигането на съвместна работа за разрешаване на различни здравни проблеми)	Качество на и в здравеопазването. Качество на медицинската помощ за конкретния пациент, качество на конкретната здравна услуга от гледна точка на пациентите и обществото
	Обучение на пациента и “самоуправление на болестта”	
	Участие на пациента в управлението на здравната система	
	Даване на обратна връзка от предоставената услуга	

*\* Таблиците и фигурите в автореферата са номерирани съгласно тяхната последователност и не съответстват на номерацията им в дисертацията.*

Между двете перспективи за дефиниране на качеството – на и във здравеопазването – има тясна връзка, те не възникват независимо една от друга – качеството на медицинската помощ изхожда от разбирането за качеството на здравеопазния процес и обратно. Дефинирането на качеството чрез „увеличаване на вероятността за постигане на желаните резултати“ насочва вниманието към определени характеристики на здравната система, свързани със способността ѝ да предоставя възможности за получаване на медицинска помощ, която удовлетворява здравните потребности на индивидите и обществото.

**В точка 1.2.** е определена разликата в процесите по измерване и оценка на качеството и са проучени различни подходи и инструменти, използвани в международен план при извършване на оценка на качеството на медицинската помощ. **В параграф 1.2.1.** се съпоставят разликите



между измерването и оценката на качеството и се разглеждат подходите, използвани за изследване на качеството на здравните услуги. Измерването и оценката на качеството са два отделни компонента на процеса по установяване на равнището на качество, които често се съчетават в термина „измерване на качеството“ (в който оценката се подразбира). Измерването на качеството на здравните услуги е определено от някои автори като „стандарт, база за сравнение, референтна точка, чрез която други неща могат да бъдат оценени“<sup>10</sup>, т.е. измерването осигурява информацията, чрез която се прави последваща оценка за състоянието на качеството.

Отсъстват единно възприети подходи и методи, чрез които качеството се изследва, но до голяма степен всички те застъпват концепцията на д-р Аведис Донабедиан за три насоки за измерване на качеството на медицинската помощ - структура, процес и резултат<sup>11</sup>. Според разбиранията на различните автори процесът и резултатът се очертават като ключови насоки за измерване на качеството на здравните услуги, поради вида на информацията, която осигуряват. Оценката на структурата намира важно приложение при формирането на дизайна на здравната система<sup>11</sup> и при моделите за управление на качеството, основани на сертификация и акредитация<sup>12</sup>.

**Параграф 1.2.2.** е посветен на видовете измерители на качеството на медицинската помощ. Измерителите на качеството на здравните услуги могат да бъдат класифицирани по различен начин в зависимост от степента им на конкретност, техния обхват и обект. Съгласно степента на конкретност измерителите на качеството се делят на индикатори (на български език се използва като еднозначен и терминът показатели), критерии и стандарти. Според обхвата си те се категоризират на основни и комбинирани измерители<sup>13,14</sup>, а в зависимост от обекта на изследване - на измерители на структурата, процеса, междинния резултат, крайния резултат и опита на пациента<sup>11,15</sup>.

---

10 National Quality Forum. (2001). The ABC's of Measurement. Robert Wood Johnson Foundation.

11 Donabedian, A. (1988). Quality assessment and assurance: unity of purpose, diversity of means. *Inquiry*, pp. 173-192.

12 Morris, C. and Bailey, K. (2014). *Measuring Health Care Quality: An Overview of Quality Measures*. Health System Improvement, pp. 1-16. doi: 10.1157/13102270.

13 Blumenthal, D., Malphrus, E., McGinnis, JM. (Eds). (2015). *Committee on Core Metrics for Better Health at Lower Cost*, Institute of Medicine. *Vital Signs: Core Metrics for Health and Health Care Progress*. Washington (DC): National Academies Press (US); PMID: 26378329.

14 Landrum, M. B., Nguyen C., O'Rourke, E., Jung M., Amin T., Chernew M. (2019) *Measurement Systems : A Framework for Next Generation Measurement of Quality in Healthcare*.

15 Morris, C. and Bailey, K. (2014). *Measuring Health Care Quality: An Overview of Quality*

В **параграф 1.2.3.** се разглеждат подходите и инструментите, които се прилагат в международен план за измерване и оценка на качеството на здравеопазването и медицинската помощ. В практиката съществуват широк кръг от инструменти, представляващи по същество системи от измерители на качеството на здравеопазване, които се прилагат в различни страни, като някои от тях са насочени към измерване само на резултатите, други на процесите, трети на опита на пациента, а четвърти обхващат и трите. През последните двадесет години се наблюдава нарастващ интерес от редица страни и организации към един от тези подходи, а именно към оценката на функционирането на здравната система (на англ. **Health System Performance Assessment, HSPA**) и концептуалните рамки, които се използват в този процес като специфичен инструментариум. Измерването на качеството на медицинската помощ присъства в почти всички концептуални рамки, което подчертава неговата важност и ключово значение за оценката на функциониране на здравните системи.

В **точка 1.3** са анализирани и систематизирани основните елементи и индикатори за измерване на качеството при оценка на здравните системи. Ефикасността, безопасността, „поставянето на пациента в центъра“ на здравната система, достъпа, уместността и непрекъснатостта на здравните услуги са най-често използваните елементи за измерване на качеството в концептуалните рамки за оценка на системите. При анализ на съществуващите концептуални рамки са изведени общо 905 индикатора за качество, като голяма част от тях се повтарят. Преобладаваща част от индикаторите измерват качеството на извънболничната медицинска помощ с фокус върху състоянията, подлежащи на амбулаторно лечение (ХОББ, астма, диабет и др.).

## Глава 2. Измерване и оценка на качеството на здравеопазване в България

В тази глава е систематизирана и анализирана информацията от нормативната уредба (закони, наредби, медицински стандарти, национален рамков договор), използвана за осигуряване на качеството на лечебния сектор в България; съществуващите практики за измерване и оценка на качеството на здравеопазване в страната и наличните данни за равнището на качеството. Съдържащата се в нормативната уредба информация е систематизирана, обобщена и оценена по критериите:

- наличие на дефиниция за качество като отправна точка за определяне на изисквания към него и евентуално на по-конкретни измерители,
- включени обекти на измерване на качеството съгласно концепцията на Donabedian за качество на структурата, на процеса и резултата,
- включени елементи на качеството съгласно описаните в параграф 1.3.1. и конкретни критерии за всеки от тях,
- наличие на измерими индикатори за качество и евентуално зададени целеви стойности на тези индикатори във връзка с оценката.

Главата се състои от 3 точки, като към първа точка са обособени три параграфа.

В **точка 2.1.** е анализирана информацията от основните закони на здравната система - за здравето, за лечебните заведения, за здравното осигуряване, за кръвта, кръводаряването и кръвопреливането, за трансплантация на органи, тъкани, клетки, за съсловните организации на лекарите и лекарите по дентална медицина и за съсловните организации на специалистите по здравни грижи и произтичащите от тях подзаконови нормативни актове. В нито един от тези закони не е посочена обща дефиниция (разбиране) за качество, която да задава насоките за изискванията към здравната система, организациите или дейностите, регламентирани в тях. Основните закони за здравето, здравното осигуряване и лечебните заведения засягат основно структурата и процеса по оказване на медицинската помощ и елементите на качеството на здравеопазване достъпност, равнопоставеност и донякъде чувствителност на здравната система (във връзка със спазването на правата на пациентите и тяхната информираност) и уместност (във връзка със съответствието с утвърдените от медицинската наука и практика методи и техники, медицинските стандарти и правилата за добра практика). Не към всички елементи на качеството обаче изисквания се откриват, или те само частично обхващат съдържанието на съответния елемент. Анализът на нормативните актове

покачва, че основните закони не поставят достатъчно солидна и обхватна база за развитие на всички необходими изисквания към качеството на и във здравеопазването и за осигуряване на тяхното приложение в практиката.

В наредбите, издадени на базата на тези закони, са включени изисквания и критерии основно към процеса на медицинската помощ, отчасти към резултата и в съвсем ограничен вид – към нейната структура. Елементите на качеството, за които се отнасят изискванията са най-вече ефикасност, уместност и своевременност.

**В параграф 2.1.2** са представени заключения от анализа на националните медицински стандарти. Систематизирана информация от 14 избрани медицински стандарта, като илюстрация на видовете критерии и индикатори за качество, включени в тях, е включена в Приложение №2. Националните медицинските стандарти са изключително хетерогенни по отношение на своята структура и съдържание, разбирания за качеството и подходи за неговото осигуряване и измерване. Регламент за структура на медицинските стандарти е въведен едва през 2019 г., с който се поставя изискването за включването в стандартите на критерии за качество (чл.6а, ал.2 от ЗЛЗ). Анализиранияте медицински стандарти съдържат подробно разписани измерители на структурата; присъстват и измерители на процеса и резултата (поотделно или съвместно), но те не са с такава степен на изчерпателност, както изискванията към структурата. В по-голяма част от стандартите критериите и индикаторите за качество на медицинската помощ не са обособени в самостоятелен компонент от стандарта, а се откриват в различни негови раздели. Много от показателите не са придружени с индикатори или в стандарта са включени индикатори, които не могат да бъдат отнесени към посечените в него критерии. Правилата за добри практики съдържат изисквания или критерии за качество на процеса с фокус основно върху един от елементите на качеството - поставяне на пациента в центъра на здравната система; в известна степен са застъпени и уместността, и безопасността. В тях са формулирани общи критерии за начина на комуникация с пациента и неговите близки, предоставянето на информация, зачитането на правата на пациента и обсъждането на възможностите за лечение (поставяне на пациента в центъра на здравната система). Уместността и безопасността са другите често срещани компоненти на качеството. Правилата за добри практики, също както и националните медицински стандарти, се отличават с голяма хетерогенност по отношение на структурата и съдържанието си.

При анализа на нормативна база прави впечатление, че най-конкретно дефинирани и измерими критерии и индикатори за качество на

медицинската помощ се съдържат в Националния рамков договор 2020-2022 (НРД), разгледан в **параграф 2.1.3**. В НРД качеството се разбира в неговия тесен смисъл – като „качество на медицинската помощ“ (а не „качество на здравеопазването“). Дефинирани са ясни (в повечето случаи) критерии и индикатори за измерване на процеса и резултата на първичната и на специализираната медицинска помощ, а зададените целеви стойности на индикаторите позволяват и оценка (освен измерване). За първичната и за специализираната медицинска помощ процесът се измерва чрез критерии за достъпност, своевременност и минимална продължителност на прегледите (най-вероятно във връзка с ефикасността като елемент на качеството). Резултатът се измерва основно с клинични критерии за оценка на здравното състояние на пациентите. НРД 2020-2022 съдържа конкретно разписани измерители за качеството на първичната и специализираната медицинска помощ, а за измерване и оценка на качеството на болничната медицинска помощ се възприемат критериите за качество и достъпност, включени в утвърдените медицински стандарти.

В **точка 2.2**, се разглеждат минали и настоящи практики за измерване и оценка на качеството в България. Акредитацията е първата въведена процедура (чрез Наредба №1 от 27 април 2000 г.), която през годините претърпява различни промени свързани с критериите за оценка, като през 2019 г. е отменена.

През 2015 г., МЗ подготвя две наредби за измерване и оценката на качеството на медицинската помощ – за проучване на удовлетвореността на пациентите от медицинските дейности, закупувани от НЗОК, която е обнародвана в ДВ, но през 2017 г. е отменена от ВАС и за индикатори на системата на здравеопазване, която остава само проект. Към настоящия момент не съществува национално утвърден ред и съответни инструменти за измерване и оценка на качеството на здравеопазване.

След отмяната на акредитацията, в чл. 95а от ЗЛЗ е направена промяна, съгласно която лечебните заведения могат доброволно чрез взаимодействие помежду си и със съсловните и пациентски организации, да създават и участват в системи за самооценка и рейтингови системи за оценка на качеството. Критериите за участие и начина за оценка в тези системи се определят от лицата, които ги създават. В страната съществуват множество класации, отличаващи отделни лекари и лечебни заведения, като провеждането на тези класации е по инициатива на различни организации и институции. Тези класации служат по-скоро за престиж на лечебните заведения и отделните медицински специалисти, отколкото за подобряване на качеството на здравеопазване, поради, от една страна

доброволния им характер, а от друга – поради липсата на изчерпателност и систематичност на оценките.

В **точка 2.3.** е направен анализ на общественодостъпните данни за качеството на здравеопазване в България, изведени от доклади и електронни бази данни на национални и международни организации и систематизирани съгласно изведените в параграф 1.1.3 елементи на качеството. В хода на анализа се открояват два съществени проблема, които възпрепятстват извършването на комплексно и задълбочено изследване на качеството в страната - оскъдност на наличната информация, а в някои случаи и съмнения за нейната точност. Въз основа на извършеното изследване са установени незадоволително равнище на качеството на здравеопазване и са идентифицирани потребности от данни по всички елементи на качеството.

### **Глава 3. Нагласи и потребности от информация на гражданите и медицинските професионалисти към качеството и неговото измерване**

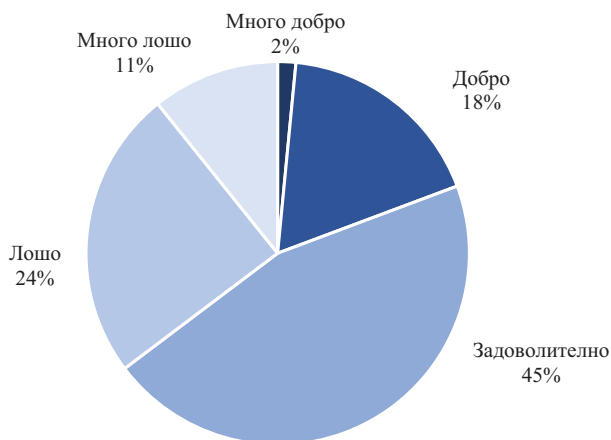
В тази глава са представени резултатите от двете социологически проучвания, чрез които се изследват нагласите и възприятията за качество на гражданите и на медицинските професионалисти и потребностите им от информация.

**Точка 3.1.** представя резултатите от допитването сред гражданите, като в начало ѝ са описани организацията на изследването и използвания инструмент. Проучването сред гражданите е проведено през месец ноември 2021 г. в онлайн формат чрез платформата [survs.com](https://survs.com), по метода на отзовалия се, чрез стандартизирано онлайн интервю. При набирането на респондентите са използвани два подхода: (1) покана за участие в изследването и линк към него са изпратени до широк кръг от потенциални респонденти от цялата страна чрез социалните мрежи и (2) целенасочена покана за участие е отправена към групи в социалните мрежи на хора с определени потребности (пациенти с хронични заболявания: онкологични, гастроентерологични, ендокринологични и ревматологични; хора с увреждания; родители на деца до 18 г. възраст със специални потребности).

Анкетната карта е разработена на базата на научната литература относно компонентите на качеството на здравеопазване и потребностите от информация във връзка с целта и задачите на дисертационния труд. Въпросникът съдържа 15 въпроса, от които 13 от „затворен“ тип и два от

„отворен“ тип, чрез които се изследва оценката на гражданите за качеството на здравеопазване в България, измерителите на потребителското качество, обществените нагласи към измерването на качеството на здравеопазване в страната и въпроси, даващи информация за демографската характеристика на анкетираните.

Електронният формуляр на въпросника е създаден така, че респондентите могат да прегледат всички въпроси преди да започнат попълването, като това гарантира информирано и мотивирано решение за участие в проучването. По данни от платформата *survs.com*, 2 371 граждани са посетили и разгледали анкетната карта, от които 1 117 са я попълнили напълно; направен е анализ на данните от 1 114 анкетни карти. Резултатите са тествани за статистическа значимост ( $\chi^2$ -тест), чрез използване на специализиран статистически софтуер *Jamovi Version 2.5.5*.



**Фигура 1.** Обобщена оценка на качеството на здравеопазване

Преобладаващ процент от респондентите са във възрастовите групи 35-44 г. (30%) и 45-54 г. (27%) и с висше образование (66%). Малко над 56% от респондентите живеят в областен град, 23 % - в София, 16.2 % - в малък град, а 4.7 % живеят в село. Целенасоченото изпращане на анкетата към определени групи предопределя до голяма степен здравния профил на респондентите. Мнозинството от тях имат добър опит със здравната система, като пациенти с едно или повече хронични заболявания (59%), родители на деца до 18 години (36.4%), хора, чиито членове на семейството често имат нужда от медицинска помощ (21.7%) и хора с

увреждания (11.8%). Очаквано оценката на гражданите за качеството на здравеопазване в България като цяло е ниска. Едва 20% от респондентите го оценяват като добро и много добро, а най-голяма част от тях (45%) го оценяват като задоволително (Фигура 1;  $\chi^2=1295$ ,  $p<.001$ ).

Преобладаващ процент от респондентите (66.3%) считат, че качеството на лечение в България като цяло е по-ниско от това в повечето европейски страни. Оценките на анкетираните за качеството на здравеопазване се основават на личния им опит като пациенти (88.3%), както и на опита на техни близки, роднини и приятели (61.7%).



**Фигура 2.** Разбиране на гражданите за високо качество на медицинските услуги: степен на важност на елементите на качеството (компоненти на потребителското качество)

Разбиранията на гражданите за качеството на здравеопазване са важни за неговото измерване и оценка. В класацията на компонентите на потребителското качество на преден план излизат тези свързани с ефикасността, уместността и своевременността и отчитащи предимно резултата от оказваната медицинска помощ. За най-голям дял от



респондентите (94-96%; първите четири изисквания на Фигура 2) висококачествената медицинска помощ води до подобряване на състоянието на пациентите или поне до най-добрия за тях резултат на базата на своевременното оказване на подходящи за състоянието на пациентите медицински услуги.

Според мнозинството от респондентите една национална система за измерване на качеството на здравеопазване в България задължително трябва да предоставя информация за безопасността на медицинската помощ (81.9%), прилаганите съвременни методи и средства за диагностика и лечение (80.6%), резултатите от лечението на пациентите в лечебните заведения (71.6%), базата, с която лечебните заведения разполагат като обзавеждане и апаратура (67.5%), нарушенията и наложените санкции на лечебните заведения (60.9%) и за финансовите средства отделяни за здравеопазване (55.8%). За избора на конкретно лечебно заведение, за което пациентите са с очакване за качествена медицинска помощ, гражданите категорично се нуждаят - отново на първо място - от информация за това дали е гарантирана безопасността за пациентите (70.3%). Обществените възприятия към конкретен лекар/медицински специалист (изразени най-общо чрез удовлетвореността на неговите пациенти) и апаратурата, с която разполага лечебното заведение, са на следващо място по важност с близо 63% от респондентите, които категорично заявяват, че информацията по тези два показателя е важна за тях.



**Фигура 3.** Необходимост от класации на лечебните заведения в България по отношение на качеството на медицинските услуги, извършвани в тях

Преобладаващ дял от гражданите, споделят положителна нагласа към измерването на качеството на лечебните заведения (Фигура 3), като водещ процент от тях (55%) считат, че тези класации трябва да бъдат изготвяни от пациентските организации, което от една страна показва значението на потребителската оценка на качеството, а от друга е знак за липсата на доверие в институциите и професионалните организации в здравната система.

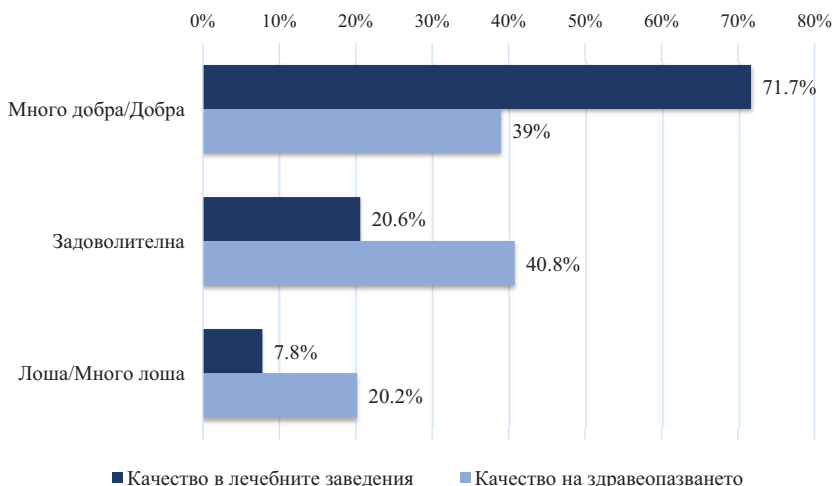
В **точка 3.2.** са представени резултатите от социологическото проучване сред медицинските професионалисти. Проучването сред медицинските специалисти е проведено през месец ноември 2021 г., в онлайн формат от социологическа агенция. В допълнение, покана за участие в него по електронна поща е изпратена от докторанта и научния му ръководител до Българската асоциация на професионалистите по здравни грижи (БАПЗГ), Българския лекарски съюз (БЛС), Националното сдружение на общопрактикуващите лекари в България (НСОПЛБ), директори и управители на болници и до медицински специалисти с магистърска степен по здравен мениджмънт от Медицински университет - Варна.

Анкетната карта съдържа 19 въпроса - 16 от „затворен“ тип и 3 с възможност за свободен отговор, чрез които се изследва оценката на медицинските специалисти за качеството на здравеопазване, измерителите, които трябва да бъдат използвани в системата за измерване и оценка на качеството на здравната система, нагласите на работещите в здравеопазването към измерването и оценката на качеството и въпроси, свързани с професионалния профил на респондентите.

В изследването участват представители на всички основни групи професионалисти в здравеопазването - лекари (35%, от които 79% са с придобита специалност), специалисти по здравни грижи - медицински сестри и акушерки (30%), лаборанти и рехабилитатори (26%). Приблизително половината от медицинските специалисти са с дългогодишен професионален стаж от над 20 г. в сферата на здравеопазването (46.5%), следвани от специалисти с опит до 5 г. (18.1%) и между 11-20 г. (16.7%). Доминираща част от професионалистите работят в областен град (78.4%), предимно в многопрофилни болници за активно лечение (31.9%) и в медицински и диагностично консултативни центрове (19.9%) и преобладаващо в публични лечебни заведения (64.9%). В изследването са обхванати ограничен брой респонденти работещи в лечебни заведения в малък град (8.5%) и село (0,7%).

Медицинските професионалисти поставят по-висока оценка на качеството в лечебните заведения, в които работят, отколкото на качеството

на здравеопазване като цяло (Фигура 4). Над 70 % от респондентите поставят много добра и добра оценка на качеството в собственото им лечебно заведение, докато едва 39 % поставят същата оценка на качеството на здравеопазване в България, а над 40% го оценяват като задоволително.



**Фигура 4.** Обобщена оценка на медицинските специалисти за качеството на здравеопазване и на качеството в лечебните заведения, в които работят

Според специалистите недостатъчният медицински персонал (70.6%) и недостатъчното финансиране на здравеопазването (60.6%) са водещите проблеми, затрудняващи гарантирането на качеството за всеки пациент. Нито един от участвалите в изследването медицински професионалисти не е посочил, че няма проблем с гарантирането на качеството за всеки пациент в България.

Оценките на качеството на здравеопазване на медицинските професионалисти се различават от тези на гражданите. Гражданите са значително по-критични. Най-голям процент и от гражданите, и от специалистите поставят задоволителна оценка на качеството на здравеопазване, но вторият по големина дял сред пациентите е този на поставящите лоша и много лоша оценка, за разлика от медицинските професионалисти, при които повече са онези, които оценяват качеството като много добро и добро (Фигура 5). Това показва още веднъж различията във възприятия на пациентите и професионалистите към качеството в

здравеопазването.

Въпреки тези разминавания, медицинските професионалисти относително добре познават негативните нагласи на гражданите към качеството и дори допускат по-ниски оценки, отколкото гражданите действително поставят. Най-голям дял от медицинските професионалисти (47.1%) считат, че гражданите биха поставили лоша и много лоша оценка на качеството, докато всъщност най-голям дял от гражданите (45.4%) го оценяват като задоволително.



**Фигура 5.** Оценки на гражданите и на медицинските професионалисти за качеството на здравеопазване в България

Необходимите според медицинските професионалисти, измерители на качеството, които трябва да бъдат включени в една национална система за измерване и оценка, са изследвани чрез два въпроса (№8 и №9 в анкетната карта), по които респондентите оценяват по важност в четиристепенна скала от „изключително важно“ до „изобщо не е важно“ елементите на качеството (въпрос №8) и индикаторите по всеки от елементите, които е „задължително“, „желателно“ или „не е необходимо“ да се отчитат (въпрос №9). В Таблица 2 е представено процентното разпределение на отговорите и средна оценка за тяхната значимост. Средните оценки са изчислени като сума от произведенията на броя на респондентите посочили съответната оценка и коефициент за значимост (за въпрос № 8: 4- за „изключително важно“, 3 – за „по-скоро е важно“, 2 – за „по-скоро не е важно“ и 1 – за „изобщо не е важно“, 0 – за отговор „не мога да преценя“; за въпрос № 9: 2 – за „задължително“, 1 – за „желателно“ и 0 – за отговор „не е необходимо“), разделени на общия брой на респондентите. Използването на средните

оценки дава възможност за по-лесна интерпретация на резултатите. При така зададените коефициенти, максималната оценка, която даден елемент на качеството може да получи е 4, а за индикаторите е 2.

Всички предложени от нас елементи на качеството са оценени като „изключително важни“ за целите на измерването и оценката на качеството на здравеопазване на национално ниво в България от мнозинството от медицинските професионалисти (Таблица 2). Определени елементи обаче изпъкват като по-значими. На първо място медицинските специалисти считат, че е изключително важно да бъдат измервани професионалната им удовлетвореност (82.6%, средна оценка 3.8) и ефикасността на медицинската помощ (81.6%, средна оценка 3.8). Въпреки че удовлетвореността на медицинските професионалисти не е дефинирана като елемент на качеството в научната литература, тя е включена в анкетната карта поради допусканията ни, които се оправдават от получените резултати, че за оценката на качеството на здравеопазване специално в България равнището на удовлетвореност на медицинския персонал ще бъде важен показател.

С по-ниски средни оценки в класацията на медицинските професионалисти са елементите на качеството, свързани най-вече със системни проблеми на здравната система – непрекъснатост, достъпност, ефективност и равнопоставеност. Удовлетвореността на пациентите, като интегрален показател за оценка на качеството, е също в тази категория.

**Таблица 2.** Значимост на елементите на качеството за целите на неговото измерване и оценка на национално ниво

Елемент на качеството	Посочили съответния отговор в %					Средна оценка
	Изключително важно	По-скоро е важно	По-скоро не е важно	Изобщо не е важно	Не мога да преценя	
<i>Удовлетвореност на медицинските специалисти</i>	82.6	14.5	1.4	1.1	0.4	<b>3.8</b>
<i>Ефикасност: услугите и грижите се предоставят с оглед на постигане на най-добър резултат за пациентите.</i>	81.6	17.0	0.7	0.0	0.7	<b>3.8</b>

<i>Адекватност/уместност:</i> оказваните услуги и грижи са именно подходящите (съобразно потребностите и научните доказателства).	79.1	19.1	0.4	0.0	1.4	<b>3.7</b>
<i>Своевременност:</i> услугите и грижите се предоставят в необходимия момент (не по-късно, не по-рано).	76.6	19.1	2.1	0.4	1.8	<b>3.7</b>
<i>Безопасност:</i> услугите и грижите се оказват при отсъствие на риск за нанасяне на вреда на пациента в резултат на медицинската помощ.	75.9	19.5	2.1	0.4	2.1	<b>3.7</b>
<i>Непрекъснатост:</i> проследяване на „пътя на пациента“ на всички нива в здравната система и интегрираност на здравите услуги.	69.9	25.5	3.2	0.4	1.1	<b>3.6</b>
<i>Достъпност:</i> наличие на възможности за оказване на здравните услуги (географски, ценови)	68.8	28.4	1.1	0.0	1.8	<b>3.6</b>
<i>Ефективност:</i> услугите и грижите довеждат до желания резултат при минимален разход на труд, материални и финансови ресурси (без излишни разходи и усилия).	68.1	26.2	3.5	0.4	1.8	<b>3.6</b>
<i>Удовлетвореност на пациентите</i>	67.0	24.1	6.0	1.8	1.1	<b>3.5</b>
<i>Равнопоставеност:</i> услугите и грижите се предоставят на равнопоставена основа на всички единствено съобразно здравните потребности (без значение от социо-икономическите характеристики на пациентите)	66.3	24.1	4.6	1.4	3.5	<b>3.5</b>

Предложените в анкетната карта индикатори (въпрос №9) са обособени в три групи – ефикасност и безопасност, достъпност и ефективност и своевременност, адекватност/уместност, непрекъснатост на грижите. Групирането е направено за улеснение при попълването на анкетната карта, за по-голяма обективност при оценката на отделните индикатори, както и поради факта, че отделни индикатори могат да бъдат отнесени към (използвани в контекста на) различни елементи на качеството. Като задължителни за включване в системата от показатели за измерване и оценка на качеството на здравеопазване в България на преден план със

средни оценки 1.9 и 1.8 изпъкват индикаторите за ранна диагностика на онкологични заболявания, предотвратимата с добра профилактика и добро лечение смъртност, детската смъртност и преживяемостта при онкологични заболявания – от групата на индикаторите за ефикасност, и осигуреността с медицински специалисти по вид – от групата на индикаторите за достъпност. В дъното на класацията остават повечето от предложените индикатори за уместност и безопасност въпреки, че двата елемента на качеството са водещи по важност за измерването и оценката на качеството пред достъпността и ефективността.

Голямо мнозинство (над 80%) от медицинските професионалисти отчитат необходимостта качеството на здравеопазване да бъде измервано периодично и систематично, като на национално ниво, така и на ниво лечебно заведение по начин, който позволява проследимост и сравнимост на резултатите. Според преобладаващ дял от медицинските професионалисти (51.4%) крайната оценка на качеството на медицинската дейност в конкретно лечебно заведение трябва да се основава на сравнение на постигнатите резултати (стойностите на индикаторите) с комплекс от предварително зададени стойности – на показатели за същото лечебно заведение за минал период от време, на показатели за други лечебни заведения от същия вид, така че да е възможно сравнението между тях и с целеви стойности. Около  $\frac{1}{4}$  от медицинските професионалисти считат, че крайна оценка, получена на базата на сравнение между постигнатите резултати и поставените цели е достатъчна.

В **точка 3.3.** са изведени основните заключения от двете социологически проучвания, систематизирани по три групи:

*Оценка на качеството на здравеопазване:*

- Оценката и на гражданите, и на медицинските професионалисти за качеството на здравеопазване в България е неудовлетворителна, макар че като цяло медицинските професионалисти го оценяват по-високо. Медицинските професионалисти поставят по-висока оценка на качеството в лечебните заведения, в които работят, отколкото на качеството на здравеопазване като цяло.
- По оценки и на двете респондентски групи към момента здравната система не може да гарантира качествена медицинска помощ на всички пациенти, което според професионалистите се дължи основно на два проблема - осигуреността с човешки и финансови ресурси на системата.

*Измерители на качеството:*

- Всички предложени елементи на качеството на здравеопазване са оценени и от двете изследвани групи като важни за целите по измерване и оценка на качеството на здравеопазване.

- Между гражданите и професионалистите съществуват известни различия по отношение на възприятията им за качеството на здравеопазване, които проличават при ранжиране на елементи за изследване на качеството на национално ниво:
  - за гражданите безопасността и уместността (във връзка с прилаганите съвременни методи за диагностика и лечение) са водещи;
  - медицинските професионалисти определят професионалната си удовлетвореност и ефикасността като водещи за измерване и оценка на качеството.
- Медицинските професионалисти определят като най-важни (с най-висока средна оценка) за целите на системата за измерване и оценка индикаторите свързани с ефикасността (ранна диагностика на онкологични заболявания, предотвратимата с добра профилактика и добро лечение смъртност, детската смъртност и преживяемостта при онкологични заболявания) и достъпността (осигуреност с медицински специалисти).
- За да могат да се доверят на конкретно лечебно заведение, гражданите имат нужда от информацията относно равнището на безопасност, удовлетвореността на пациентите от конкретен медицински специалист и обезпечеността на лечебното заведение с медицинската апаратура.

*Нагласи към измерването на качеството:*

- Сред гражданите и медицинските специалисти се отчита висока информационна потребност и положителна нагласа към измерването на качеството, както на национално ниво, така и на ниво лечебно заведение.
- Според професионалистите качеството на и във здравеопазването трябва да бъде измервано периодично и систематично по начин, който позволява последимост и сравнимост на резултатите.
- Гражданите заявяват, че класациите на лечебните заведения трябва да се изготвят от пациентските организации, което е знак за липсата на доверие към институциите и професионалните организации.

## **Глава 4. Система за измерване и оценка на качеството на здравеопазване**

В четвърта глава е представен концептуален модел на системата от показатели за измерване и оценка на качеството на здравеопазване в България, индикатори систематизирани по елементи и критерии за качество и е предложен подход за въвеждане на системата. В **точка 4.1.** е посочена целта на системата от показатели за измерване и оценка на качеството на здравеопазване в България да осигури възможности за неговото ефективно



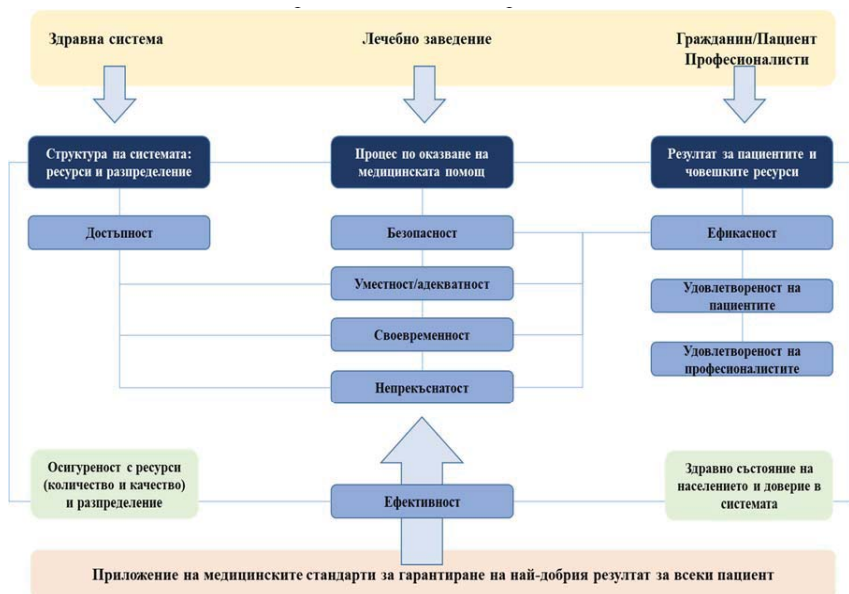
управление, служейки на здравните политики за вземане на обосновани здравнополитически решения за развитието на здравната система и за оценка на политиките в областта на здравеопазването, на лечебните заведения и специалистите за избор на цели по качеството и ефективно управление на лечебните заведения, на гражданите за информиран избор на лечебно заведение и засилване на „потребителския натиск“ върху здравната система за непрекъснато подобряване на качеството, както на ниво система на здравеопазване, така и в отделните лечебни заведения и на научните медицински дружества и медицинските университети за осигуряване на данни и доказателства, необходими за развитие на медицинските стандарти, за провеждане на научни изследвания и анализи и за обучение. В **точка 4.2.** са представени компонентите на системата – елементите на качеството организирани в концептуален модел, критериите и индикаторите (показателите) за измерване и оценка на качеството в България.

**Параграф 4.2.1.** представя концептуалния модел, съдържащ ключовите елементи на качеството на здравеопазване с акцент върху гарантиране на качеството на медицинската помощ за всеки пациент (проблем, който се оказва ключов във връзка с управлението на качеството в България), като предпоставка за подобряване на здравните резултати за обществото. Елементите на качеството са отнесени съответно към структурата, процеса или резултата в зависимост от етимологията на съществуващите проблеми и нивата, на които следва да се търси тяхното решение (или да се постигне конкретен резултат) – здравна система, лечебно заведение, пациенти и професионалисти. Връзките между отделните елементи също показват специфично за България проявление на проблемите с качеството (Фигура 6).

**Параграф 4.2.3.** представя системата от показатели за измерване и оценка на качеството на здравеопазване в България, която съдържа 89 индикатора, групирани по елементи на качеството и съответни критерии за тяхната оценка.

Индикаторите за ефикасност (Таблица 3) са разпределени по критериите за ефикасност на превантивните и профилактичните дейности (процеси) и на лечението, включително диагностиката. Безопасността се измерва по критериите за възникване на нежелани събития/медицински грешки, състояния асоциирани с проблеми с безопасността, наличие на система за регистрация на инциденти/грешки, като предпоставка за осигуряването на безопасността и нагласите на пациентите и медицинските професионалисти (Таблица 4). Уместността се измерва чрез критерии, които показват по-скоро липсата на адекватна помощ – свръхупотреба/ненужна употреба на

медицинска помощ и лекарства и необходими, но непредоставени здравни услуги (Таблица 5). Основният критерий за измерване на своєвременността е времето за чакане за получаване на необходимата медицинска помощ (Таблица 6), а за достъпността – бариерите в достъпа, най-вече в географски и финансов аспект (Таблица 7). Отчитайки водещите проблеми в организацията на предоставянето на медицинската помощ, за измерване на непрекъснатостта са избрани критериите за организация на грижите за пациентите и използването/наличието на информационни технологии, позволяващи свързаност между лечебните заведения (Таблица 8).



**Фигура 6.** Концептуален модел на системата от показатели за измерване и оценка на качеството на здравеопазване в България

Отбелязаните със знак \* индикатори са специфични за българската здравна система, т.е. не се срещат в рамките за оценка на функционирането на здравните системи на отделните страни и организации или не се срещат често, но, според нас, са важни за българския контекст.

**Таблица 3. Индикатори за ефикасност**

<b>Индикатори за ефикасност</b>
<i>Ефикасност на превенцията и профилактиката</i>
Предотвратима с добра профилактика смъртност
Честота на самоубийствата
Пренатална смъртност
Дял на случаите на рак на гърдата (рак въобще) диагностицирани в 1-ви и 2-ри стадий
Дял на населението обхванато в скрининг за рак на млечна жлеза/шийка на матката/ ректум
Честота на болничния прием поради усложнения от диабет/астма/ХОББ
Имунизационно покритие на населението (с препоръчителни и задължителни ваксини)
Честота на ваксинопредотвратими заболявания
Ранна диагностика на онкологични заболявания
Детска смъртност
<i>Ефикасност на лечението</i>
Предотвратима с добро лечение смъртност
Леталитет (по диагнози)*
30-дневна смъртност след инфаркт на миокарда/след инсулт
Смъртност след диагностициране на рак на белия дроб (в рамките на 1 година)
Смъртност на 1000 хоспитализирани пациента с пневмония
Пренатална смъртност
Неонатална смъртност
Дял на пациентите с диабет с усложнения
5-годишна преживяемост при рак на гърдата
5-годишна преживяемост при рак на шийката на матката
5-годишна преживяемост при колоректален рак
5-годишна преживяемост след трансплантация на бъбрек/черен дроб
Съвпадения на диагнози (основна-оперативна; приемна - патоморфологична)

*Забележка: \* специфични за България*

**Таблица 4. Индикатори за безопасност**

<b>Индикатори за безопасност</b>
<i>Нежелани събития / медицински грешки</i>
Честота на случаи на нозокомиални инфекции
Честота на случаи на постоперативен сепсис
Честота на инфекции на кръвта при централен венозен източник
Честота на неблагоприятни събития след кръвопреливане
Честота на постоперативна белодробна емболия или дълбока венозна тромбоза (след смяна на колянна или тазобедрена става)
Честота на лекарствени грешки
Честота на акушерска травма при нормално раждане
Честота на случите на забравено чуждо тяло при оперативни интервенции
Брой жалби от пациенти към институции свързани с безопасността и заведени съдебни дела*
Заклучения от проверки на институции свързани с безопасността и осъдителни съдебни решения*
Смъртност след оперативни интервенции (по вид)
<i>Състояния асоциирани с проблеми с безопасността</i>
Смъртност след операция за смяна на тазобедрена става
Майчина смъртност (асоциирана с бременността, раждането и пеурпериума)
Честота на дълбока венозна тромбоза (след смяна на колянна или тазобедрена става)
Честота на постоперативни кръвоизливи или хематоми
Честота на (непланирани) повторни хоспитализации при екстракция на катаракта, смяна на тазобедрена става, апендектомия, смяна на колянна става, простатектомия, тонзилектомия и еденоидектомия
Честота на повторни хоспитализации при инфекции на оперативната рана
<i>Други</i>
Регистрация на инциденти (да/не национално ниво; наличие на регламенти или насоки на национално ниво; дял на лечебните заведения с изградени системи за регистрация на медицински грешки и инциденти)*
Дял на медицинските специалисти, които изпитват страх (несигурност) от допускане на грешка*
Дял на хората/пациентите, според които вероятността да им бъде навредено по време на оказване на медицинска помощ е голяма*

*Забележка: \* специфични за България*

**Таблица 5. Индикатори за уместност**

<b>Индикатори за уместност</b>
<i>Свръхупотреба/ненужна употреба (-) на медицинска помощ</i>
Брой раждания с цезарово сечение на 1000 живородени
Брой образни изследвания на 100 000 души от населението
<i>Лекарствена употреба</i>
Антибиотична употреба при деца и младежи – дял на децата и младежите (0-19) с предписани антибиотици
Употреба на антибиотици – обща DDD на 1000 души на ден
Свръхупотреба на лекарства при възрастни хора – дял на хората на 65+ употребяващи 5 и повече лекарства в рамките на 24 ч.
<i>Индикатори за необходими, но непредоставени услуги (-)</i>
Дял на преждевременните раждания и на мъртворажданията сред ненаблюдавани бременни*
Дял на проследяваните бременности*
Дял на бременните, насочени за консулт със специалист поради индикации за здравословен проблем*
<i>Общи индикатори за уместност</i>
Честота на хоспитализация на доносни новородени в неонатология
Честота на хоспитализациите при заболявания с възможност за амбулаторно лечение/овладяване (астма, диабет, хипертония, ХОББ, сърдечна недостатъчност, ангина пекторис)

*Забележка: \* специфични за България*

**Таблица 6. Индикатори за своевременност**

<b>Индикатори за своевременност</b>
Време за чакане за медицинска помощ по вид (спешна, преглед, изследване, хоспитализация)
Дял от пациентите със затруднения в достъпа до неотложна медицинска помощ през нощта и почивните дни
Средно време за изпълнение на спешно повикване (от ЦСМП) в минути
Време за чакане в спешните отделения (в минути)/наличие на триаж – време за чакане според категорията
Средно време за чакане за преглед при ОПЛ в дни / дял от пациентите с възможност за преглед при ОПЛ в рамките на деня при необходимост
Средно време за чакане за преглед при специалист (дни)
Време за чакане за операция при фрактура на тазобедрена става
Време за започване на онкохирургия/лекарствена терапия химиотерапия/лъчетерапия (дни от назначаването до започването)
Време за чакане за компютър-томографско изследване
Време за чакане за физиотерапия в болнична/извънболнична помощ
Време за чакане за палиативни грижи*
Време за чакане за настаняване за психиатрично лечение в болница*

*Забележка: \* специфични за България*

**Таблица 7. Индикатори за достъпност**

<b>Индикатори за достъпност</b>
<i>Бариири в достъпа</i>
Осигуреност с медицински специалисти по вид
Осигуреност с лечебни и здравни заведения по вид
Здравноосигурително покритие на населението (обхванато население)
Дял на населението с неудовлетворени здравни потребности поради финансови причини
Дял на населението с неудовлетворени здравни потребности поради голямо разстояние
Структура на разходите за здравеопазване по видове помощ (първична, специализирана, болнична, лекарства)
Структура на разходите за здравеопазване: публични/частни
Дял на здравноосигурените пациенти преминали през центровете за спешна медицинска помощ*

*Забележка: \* специфични за България*

**Таблица 8. Индикатори за непрекъснатост**

<b>Индикатори за непрекъснатост</b>
<i>Организация на грижите за пациентите</i>
Дял на пациентите с преглед при ОПЛ до 7 дни след изписване от болница
Дял на пациентите с вторични прегледи до 30 дни след изписване от болница (един, два)*
Дял на вторичните прегледи при специалист в общия брой на прегледите при нехронични заболявания*
Дял на пациентите с новорегистрирани хронични заболявания, на които е издадено направление №2 (по повод посещение на ЗОЛ с хронично заболяване, неподлежащо на диспансеризация)*
Дял на пациентите с новорегистрирани хронични заболявания, на които е издадено направление №3 (избор/преизбор на специалист, извършващ диспансерно наблюдение)*
Дял на пациентите с новорегистрирани хронични заболявания, на които е издадено направление №4 (за диспансерно интердисциплинарно наблюдение)*
Дял на пациентите с психични заболявания, на които е издадено направление за комплексно диспансерно (амбулаторно) наблюдение (Бл. МЗ-НЗОК №10)*
Дял на пациентите с инсулт/инфаркт на миокарда насочени за извънболнична рехабилитация*
Дял на пациентите с инсулт/инфаркт с над 70 % инвалидност/загуба на работоспособност*
<i>Приложение на информационни технологии и свързаност между доставчиците</i>
Дял на населението с електронно здравно досие
Наличие на електронни здравни документи позволяващи свързаност между лечебните заведения

*Забележка: \* специфични за България*

**Таблица 9. Индикатори за удовлетвореност**

<b>Индикатори за удовлетвореност</b>
<b>Удовлетвореност на пациентите</b>
Дял на удовлетворените граждани от качеството на здравеопазване*
Дял на удовлетворените пациенти от качеството в лечебните заведения по вид лечебни заведения и аспекти на медицинската помощ и от медицинските професионалисти*
Дял на пациентите с удовлетворени потребности от информация*
Дял на пациенти изпитващи доверие в здравната система и медицинските професионалисти*
<i>Удовлетвореност на медицинските професионалисти</i>
Дял на удовлетворените медицински професионалисти от качеството на здравеопазване*

Предложената система от критерии и индикатори за измерване и оценка на качеството на здравеопазване в България не претендира за изчерпателност. Тя е насочена към най-съществените актуални проблеми с качеството, така че да позволява предприемането на адекватни политики за тяхното решаване, базирани на доказателства. Броят и видът на индикаторите може да бъде променен и разширяван във времето в зависимост от здравните резултати на населението и потребностите на управлението.

В **точка 4.3**, се предлага подход, чрез който системата от показатели за измерване и оценка на качеството на здравеопазване в България може да бъде ефективно въведена, в последователност от четири стъпки:

1. **Вземане на здравно-политическо решение за въвеждане на система за измерване и оценка на качеството и ангажиране на заинтересованите страни.** За въвеждането на система за измерване и оценка на качеството на здравеопазване в България е необходимо, преди всичко, да бъде взето здравно-политическо решение от Министерство на здравеопазването за нейното изграждане, което да бъде подкрепено от заинтересованите страни. Предишният опит с въвеждане на регламенти за измерване на качеството (наредбите за индикатори на здравеопазването и проучване на удовлетвореността на пациентите, т. 2.2) показва, че ако не е осигурена принципна подкрепа от заинтересованите страни още с вземането на здравно-политическото решение, то ще срещне съпротива, която или ще възпрепятства неговото въвеждане с нормативен акт, или ще компрометира в следствие изпълнението му на практика.
2. **Подготовка и приемане на необходими промени в нормативната база.** Анализът на нормативната база на качеството на и във здравеопазването (т.2.1) показва, че, за да се въведе система за измерване и оценка на качеството, която да удовлетворява потребностите за неговото управление, са необходими нормативни промени, свързани със синхронизиране на концепциите за качество и подходите за неговото измерване (на базата на разбиранията в международен план); регламентиране на ролята на институциите и организациите в здравната система за въвеждане на измерители на качеството и за неговата оценка; въвеждане на задължения и механизми за контрол за събиране и отчитане на данни по критериите за качество.
3. **Изграждане на инфраструктура на системата за измерване и оценка на качеството,** която да позволява систематичност и периодичност при събирането на данните и оценката на качеството, а анализите да се използват за развитие и на самата система от показатели за измерване



и оценка на качеството.

4. **Осигуряване на обществен достъп до данните за оценка на качеството на здравеопазване и на качеството, осигурявано в лечебните заведения.** Освен за целите на информирания избор от страна на гражданите на лечебни заведения, обществената достъпност на данните за оценката на качеството на и във здравеопазването следва да се използва като начин за повишаване на доверието на обществото към здравната система и медицинските професионалисти.

## Заклучение

Съществуват сериозни персистиращи проблеми с качеството на и във здравеопазването в България доказани през годините в редица анализи на български и чуждестранни експерти, изискват ефективно управление на здравната система и лечебните заведения с фокус върху качеството. Основна предпоставка за това е наличието на възможности за систематично и периодично измерване и оценка на качеството на национално ниво и на нивото на отделните организации в здравната система. В България понастоящем съществуват отделни - спорадични и частични – опити и условия за измерване и оценка на качеството, които не дават възможност за неговото подобряване. Поради това, както и нашето изследване показва, съществува необходимост от въвеждане на национална система от показатели за измерване и оценка на качеството, която да използва, но и значително да надгради, заложените в нормативната уредба критерии и индикатори, съобразно общоприетите в международен план концепции за качеството на здравеопазване, да създаде организация за периодично и систематично събиране на необходимите данни и да осигурява надеждна оценка, която да служи на гражданите, медицинските професионалисти и лечебните заведения и на здравните политици.

Освен потребността от създаването на система за измерване и оценка на качеството и наличните предпоставки за нея, заложен в актуалната нормативна база и досегашния опит, нашето изследване показва, че е налице и необходимата подкрепа от най-важните заинтересовани страни в здравеопазването – гражданите и медицинските професионалисти.

Ключови дефицити в здравната система, свързани с осигуреността и разпределението на човешките ресурси, тяхната квалификация и мотивация, с финансирането и цялостната организация на здравната система, се очертават като препятствия в осигуряването на качествена медицинска помощ. Поради това, системата от показатели за измерване и

оценка на качеството, наред с тези, отчитащи ефикасността и адекватността на медицинските дейности, трябва да включва и такива, измерващи необходимите условия за качеството в приоритетните проблемни области на здравната система. Като интегрални показатели от съществено значение за оценката се очертават удовлетвореността на пациентите/гражданите и удовлетвореността на медицинските професионалисти.

За изграждането на ефективна система от показатели за измерване и оценка на качеството на здравеопазване в България и за успешното ѝ въвеждане в практиката е необходимо да бъдат ангажирани като участници в този процес широк кръг от заинтересовани страни. Освен за целите на управлението, системата от показатели за измерване и оценка на качеството трябва да се възприема и като средство за повишаване на доверието на гражданите и на медицинските специалисти в здравната система и на доверието помежду им, защото то също е важна предпоставка за качеството в здравеопазването.

## **IV. СПРАВКА ЗА ПРИНОСИТЕ В ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД**

### **Теоретични**

1. На базата на анализ, систематизация и обобщение на концепциите за качество в здравеопазването е доразвито и обосновано разбирането за различните нива на дефиниране на качеството (качество на и качество във здравеопазването) и е направена връзка между това разбиране за качеството и концепцията за оценка на функционирането на здравните системи.

### **Теоретико-приложни**

1. Анализирани са актуалните възможности за измерване на качеството на здравеопазване в България, осигурявани от нормативната база и наличните данни и са обосновани потребностите от промяна в съществуващите регламенти и осигуряването на допълнителна информация и данни.
2. Проучени са възприятията и нагласите на гражданите и медицинските професионалисти висшите мениджъри към качеството на здравеопазване в България и неговото измерване и са установени потребностите им от информация.
3. Разработен е концептуален модел на системата от показатели за измерване и оценка на качеството на здравеопазване в България, съдържащ ключовите елементи на качеството на здравеопазването с акцент върху гарантиране на качеството на медицинската помощ за всеки пациент и са съставени набори от индикатори за измерване на всеки елемент.
4. Предложен е подход за въвеждане на система за измерване и оценка на качеството в България.

## **V. ПУБЛИКАЦИИ, СВЪРЗАНИ С ДИСЕРТАЦИОННИЯ ТРУД**

Николова, В. (2020) Елементи и индикатори за качеството на здравните услуги, използвани при оценка на функционирането на здравните системи. Здравна икономика и мениджмънт. 2020;1(75):27-35.

Николова, В. (2020) Непрекъснатост при предоставянето на здравни услуги – един от елементите за измерване на качеството на медицинската помощ при оценка на функционирането на здравната система. Сборник с доклади от юбилейната международна научна конференция на ИУ-Варна. 2020;4:263-274.

Nikolova, V. (2021) Indicators of Quality of Primary Care Used in Health Systems Performance Assessment. Conference paper of 1st International Scientific Conference of Primary Care. EQuiP. Ljbljana.

## БЛАГОДАРНОСТИ

Благодаря на моето семейство за любовта, подкрепата и разбирането във времето, в което работих върху дисертационния си труд.

Благодаря на научния си ръководител проф. Антония Димова, д.м. за професионалното отношение, отправените съвети, напътствия и конструктивни бележки в процеса по създаване на дисертационния ми труд.

Благодаря на моите преподаватели и колеги от Катедрата по икономика и управление на здравеопазването за знанията, мотивацията и приятелското отношение по време на обучението ми като бакалавър по “Здравен мениджмънт”, магистър по “Фармацевтичен мениджмънт” и доктор по управление в Медицински университет-Варна.