



**South East European University
Faculty of Business and Administration**

Мастер теза

**“Улогата на контролата и управувањето со
квалитетот во подобрување на здравствениот
систем: со посебен осврт на здравствениот систем
во РМ”**

**Марија Војноска
ИД: 103011**

**Ментор:
Проф. Др. Гадаф Реџеџи**

Тетово, 2020

Содржина

1. Глава 1: Вовед	4
1.1. Вовед	4
1.2. Цели на истражувањето	5
2. Глава 2: Методологија на истражување	6
3. Глава 3: Теорија	7
3.1. Поимот здравје и примена на менаџментот во здравствената заштита	7
3.2. Предизвици, проблеми при мерење на квалитетот на здравствената заштита	10
3.3 TQM во здравствениот систем	13
3.3.1 Препреки за успешната имплементација на TQM во здравствените организации	15
3.4 Алатки, техники и стратегии за подобрување на квалитетот	17
3.4.1 Дефирање и примена на концептите на квалитетот во здравствениот систем	20
3.5 Сличностите и разликите помеѓу TQM, шест сигма и lean	29
3.6 Правила за подобрување на грижата кон корисниците на здр.услуги	30
3.7 Континуирано подобрување на здравството како предуслов за акредитација на ЗУ	32
3.8 Стандарди за акредитација	34
3.8.1 Здравствениот систем во Македонија и Акредитацијата на здравствените установи во РМ	36
4. Глава 4: Резултати и анализи од истражувањето	39
5.Глава 5: Заклучоци и Препораки	60
6.Глава 6: Литература	65

1. ВОВЕД

1.1. Вовед

Предмет на ова истражување ќе биде обработување на проблематиката на организацијата, ефикасноста и квалитетот на здравствениот систем. На релевантноста и актуелноста на оваа тема влијаат две групи на фактори. Од една страна, тоа се значењето и потребата од рационално раководење со ресурсите во здравството, а од друга страна е фактот дека не постои идеален здравствен систем, односно секоја земја има свој пристап.

Квалитетот на здравствената заштита е препознаен како една од најважните карактеристики на целиот систем за здравствена заштита, како во државниот така и во приватниот сектор и заради тоа менаџерите треба да се посветат на постојано унапредување на квалитетот на здравствената заштита и ефикасноста на здравствените установи.

Унапредувањето на квалитетот на здравствената заштита преставува едно од најчувствителните прашања и најболни проблеми со кои се соочуваат сите земји во светов.

Во денешно време менаџментот наоѓа примена во многу области како во економските така и во некономските области, како во производствените претпријатија и услужните дејности така и во јавни и приватни претпријатија. Така и во здравството, менаџерите се најсилното оружје за да се постигне постојано унапредување на квалитетот на здравствената заштита.

За да дојдеме до целиот тој процес, односно систем на постојано унапредување на квалитетот на здравствената заштита, најпрво е потребно да го објасниме целиот економски аспект на здравството.

Овој труд преставува обид да дадеме реална слика за состојбите и нивото на квалитетот на здравствениот систем, за проблемите со кои секојдневно се соочуваат здравствените установи, а детално ќе ја објасниме и улогата на контролата и управувањето со квалитетот во единствената цел подобрување на целокупниот здравствен систем.

1.2. Цели на истражувањето

Цел на оваа истражување е да се објасни концептот на улогата на менаџментот во здравствениот систем преку користење на разни инструменти се до конечен посакуван резултат за сите, а тоа е континуирано унапредување на квалитетот на здравствената заштита, како и поголемо задоволство на корисниците на здравствени услуги и на оние кои ги пружаат тие здравствени услуги.

Како задачи на истражувањето во оваа магистерска теза ќе бидат:

- Идентификување на најновите теоретски достигнувања во подрачјето на менаџирањето во јавното здравство и сатисфакцијата на корисниците на здравствените услуги и нивното аплицирање во практичното делување;
- Анализа на концептот на менаџментот во здравството и неговото значење во развојот на целокупниот здравствен систем;
- Анализа на здравствениот систем и неговите специфичности;
- Анализа на техниката на континуирано подобрување и практичните пристапи за постојано унапредување на квалитетот на здравствената заштита;
- Анализа на процесот на акредитација на здравствените установи во Македонија, како еден од клучните инструменти со помош на кој ПУК може да оствари најголемо влијание во рамки на целата здравствена установа.

ХИПОТЕЗИ

- ❖ Контролата и управувањето на квалитетот имаат позитивно влијание врз подобрување на работењето на здравствените работници.
- ❖ Контролата и управувањето со квалитетот имаат позитивно влијание врз зголемување на задоволството на корисниците на здравствените услуги.
- ❖ Контролата и управувањето со квалитетот придонесува кон подобрување на работењето на здравствените институции преку: намалување на трошоците, намалување на грешките, намалување на времето на чекање.

2. Методологија на истражување

Во ова истражување се употребени податоци добиени од секундарни извори и податоци добиени од примарни извори. Користени се податоци главно од веб страни, објавени книги, публикувани трудови, списанија, статии и сл. од областа на менаџментот и здравството, како и податоци добиени од прашалникот. При анализа на ситуацијата со здравството во Република Македонија користени се примарните податоци добиени преку истражување со помош на прашалникот. Од методолошкиот инструментариум користени се следните методи:

1. *Метод на анализа и синтеза* - овој метод е користен за логичко претставување на предметот на истражување, односно анализа на здравствениот систем и неговите специфичности, инструментите за негово подобрување и детерминатите за сатисфакцијата на корисниците на здравствени услуги.

2. *Метод на индукција и дедукција* – овој метод е користен за донесување на заклучоци и препораки поврзани со оваа проблематика, притоа поаѓајќи од испитувањата на поединостите и специфичностите поврзани со ова прашање како и од идентификацијата на некои непознати поединости врз основа на факти кои се општо познати или врз основа на нешто што се претпоставува.

3. *Метод на интервју и прашалник* - овој метод е искористен при анализа на сатисфакцијата на корисниците на здравствени услуги во Република Македонија

4. *Компаративен метод* – овој метод ќе се користи при компарација на здравствениот систем во Македонија со други здравствени системи низ светот.

Мешавината од различни видови на истражување ќе даде најдобри резултати и ќе оствари поголем дел од очекувањата. Исто така, тоа ќе помогне во процесот на тестирање на хипотезата.

3. Теорија

3.1. Поимот здравје и примена на менаџментот во здравствената заштита

Човечкото здравје ја претставува способноста на системот на различните нивоа на организацијата, од клетката, преку поединецот, до општеството како континент да одржува рамнотежа и да одговара на механизмите за прилагодување кон различните барања и промени во животната средина (Јоксимовиќ, 2005).

Според дефиницијата на Светската здравствена организација, Здравјето е состојба на целосна физичка, психичка и социјална благосостојба, а не само отсуство на болест или на телесни недостатоци. Здравјето на луѓето зависи од голем број фактори. Тоа е под влијание на: наследството, средината (природата и луѓето), економски фактори, воспитување и образование, условите за работа и работа во животната средина, домувањето и здравствените системи (Badry & Felske, 2013).

Сите фактори, различни од здравствениот систем, влијаат повеќе или помалку на деградација на здравјето, бидејќи здравјето на луѓето не може да се подобри, туку само да се наруши. Здравствениот систем е единствениот фактор кој може да влијае за подобрување на здравјето, а со тоа и на нејзината ефективност и ефикасност, т.е. од неговиот квалитет зависи здравјето на целата нација. Низок квалитет на здравствениот систем предизвикува ниско ниво на квалитет на здравствените услуги што ги обезбедува. Ниско ниво на квалитет на здравствени услуги, често може да има трајни последици, па дури и фатални резултати за нивните корисници.

Затоа, целта на здравствените системи мора да биде вкупен квалитет и тенденција кон работа без грешка - нулта дефект.

Во последната деценија од минатиот век голем број автори и официјални институции спровеле истражувања за да се добијат податоци за грешките и нивните реперкусии врз животот и здравјето на населението. (Živaljević & Vrcelj, 2015).

Според Naughton, J.(2017) постојат малку луѓе кои влијале врз науката и примената на процесот на менаџирање во здравството како што влијаел самиот W. Едвардс Деминг. Тој силно верува дека здравствената заштита многу ќе се подобри доколку успешно се спроведат петте Деминг принципи, а тие се следниве:

1) Подобрувањето на квалитетот е наука за управување со процесот

Во 1940-тите години Деминг и други научници развиле свој пристап за современо подобрување на квалитетот кој се базирал на начин како модерните организации да се справат со комплексните предизвици со кои се соочуваат. Пристапот за подобрување кои тие го развиле бил неверојатно едноставен, но истовремено и моќен. Всушност, станало јасно дека подобрувањето на квалитетот е поврзано со управувањето на процесот. Ваквите концепти и техники за подобрување на квалитетот се користат за да се трансформира речиси секоја голема индустрија во светот, а да се добијат драматични резултати. На најголем отпор на ваквите техники и концепти се наишло во здравствената заштита, високото образование, и во владите.

Сите знаеме дека здравството е многу сложено, но навистина не е суштински многу различно од другите индустрии. Здравствена грижа се состои од илјадници меѓусебно поврзани процеси што формираат многу сложен систем. Ако се фокусираме на грижата на процесите еден по еден, можеме целосно да ја смениме играта и да се справиме со предизвиците со кои се соочува здравствената заштита.

2) Ако не можете да го измерите квалитетот во здравството, вие не можете да го подобрите.

Подобрувањето на квалитетот на здравството мора да биде управувано само со помош на податоци. Ова е особено потребно за контрола на квалитетот во здравството. Имено, Деминг рекол: "Во Бога имаме доверба ... а сите други мора да донесат податоци". Докторите обично велат донесете ги податоците за да одлучиме. Значи, податоците се критични за одлучување и имаат значајно влијание во здравството.

3) Грижа значи менаџирање со процесите на згрижување, а не менаџирање со лекарите и медицинските сестри.

Во 90-тите години се мислело дека раководењето со грижата за пациентите значи кажување на лекарите и медицинските сестри што да прават. Реалноста е друга, имено, потребно е да се ангажираат лекарите во процесот, бидејќи тие тоа го разбираат и потребно е да се грижат за испорака на процесот, бидејќи тие се најдобро опремени и со текот на времето треба да се подобри процесот на грижа. И поради оваа причина и со овие промени на крајот ќе има подобрување на целиот процес на грижа.

4) Вистинските и точни податоци да бидат во вистински формат, во вистинско време и во прави раце.

Кога лекарите управуваат со грижата, тие дефинитивно имаат потреба од податоци.

Тие имаат потреба од вистински и точни податоци доставени во вистински формат и на вистинското место. И најважно од се е податоците да се испорачаат во вистинските раце – на лекарите кои работат и ги подобруваат процесите на грижа.

5) Да се ангажираат т.н "паметни зглобови" на здравствената заштита

Подобрувањето на квалитетот во здравството значи дека треба да ангажираме лекари. Лекарите се всушност "Паметните зглобови" во здравствената заштита. Тие се првите работници што го разбираат процесот на нега. Може слободно да кажеме дека сме среќни, бидејќи во здравството имаме работна сила доминирана од лекарите кои се извонредно посветени, многу интелегентни и високо образовани. Меѓутоа, во денешно време лекарите сметаат дека се премногу оптоварени и деморализирани. Со ова се отвора проблемот кој треба да не упати кон решението.

Преку примена на овие клучни Деминг принципи за подобрување на здравствениот процес, секоја здравствена организација ќе им покаже на својата работната сила зошто се неопходни промени, што е потребно да разберат за да допринесат за значајни промени и за успех, како клучен фактор на нивното работење (Naughton, 2017).

3.2. Предизвици, проблеми при мерење на квалитетот на здравствената заштита

Се поставува прашањето зошто има толку многу проблеми во врска со квалитетот во систем полн со ресурси и таленти. Постојат многу причини за тоа, а како еден од факторите често се нотира прекумерно наплаќање за услугите. Истражувањето воспоставува поврзаност помеѓу плаќањето и користењето на различни здравствени услуги (Becher and Chassin, 2001).

Зголемувањето на трошоците ги поттикнува здравствените организации да ги организираат нивните процеси поефикасно и поефективно. За жал, планирањето и контролата на здравствената заштита заостанува зад планирањето и контролата на производството. Со анализирање на концептите за планирање и контрола со здравствените операции откриваме дека истите не ги опфаќаат важните проблеми во планирањето и контролата. Фокусирањето е само на една менаџерска област, како што е планирање на капацитетот на ресурсите или игнорирање на хиерархиските нивоа. Потребно е да се воведат модерна рамка за планирање и контрола на здравствената заштита која ги опфаќа и интегрира сите менаџерски области на здравствената заштита и сите хиерархиски нивоа на контрола, за да се обезбеди комплетност и кохерентност на одговорностите за сите административни области. Рамката ќе послужи за структурирање на различните функции за планирање и контрола и нивната интеракција како за поединечен оддел така и за цела здравствена организација. Рамката може да послужи и да се идентификуваат различните типови на менаџерски проблеми, да се демаркаира опсегот на интервенции на организацијата и да се олесни дијалогот меѓу здравствениот кадар и менаџерите (Hans et al., 2012).

Истражувањата на здравствените системи генерираат знаење кое може да се искористи за подобрување на перформансите на здравствениот систем, а со тоа и на здравјето и здравствената еднаквост. Потребно е изработка на концептуална рамка за системите за истражување на здравјето што ги дефинира и опфаќа нивните граници, компоненти, цели и функции. Анализата на системите за истражување на здравјето треба, за возврат, да обезбедат подобро разбирање за тоа како истражувањата придонесуваат за придобивките во здравството и здравствената еднаквост. Неговите четири главни функции се менаџментот, финансирањето, креирањето и одржувањето на ресурсите, како и производство и користење на истражувањата (Pang et al., 2003).

Здравствените услуги се тешки за оценување бидејќи вредностите за доверба се високи.

Перцепциите за квалитетот на здравствената заштита се вредни индикатори, но други тврдат дека квалитетот на услугите треба да биде оценет од страна на експерти. Повеќе аспекти се земаат в предвид за да се утврди задоволството на пациентот, вклучувајќи ги и следниве:

- . извештајот од здравствената грижа;
- . пристапот;
- . грижата;
- . комуникацијата; и
- . контактот.

Исто така блиски до димензиите за квалитетот на општата услуга се и сигурноста, реактивноста, емпатија, осигурувањето и материјалните права.

Изгледот и удобноста на болничката соба, исто така, играат значајна улога во одредувањето на перцепциите на пациентите, исто така влијаат и социо-демографски фактори, иако некои автори тврдат дека овие фактори се контрадикторни, без или со минијатурна улога. Сепак, прегледаниот материјал укажува дека довербата во здравствената заштита бара понатамошно истражување. Неколку истражувачи развиле концептуални модели за мерење на здравствените услуги и заклучиле дека задоволството на пациентот е мултидимензионален концепт кој треба и понатаму да се анализира.

Мерењето на квалитетот на здравствената заштита може да им помогне на здравствените менаџери ефикасно да го постават контролниот механизам и да иницираат програми за подобрување. Задоволството на пациентот и квалитетот на здравствената заштита се основни за подобрување на перформансите и имиџот како на здравствените услуги така и на целата здравствена организација (Naidu, 2009).

Во земјите со ниски и средни приходи, за пружање на здравствените услуги од големо значење е работењето на здравствените работници. Сепак, несоодветните перформанси на здравствените работници претставуваат многу голем проблем. Писмените упатства за

водење на интервенции во земјите со низок и среден доход укажуваат на тоа дека тие често се неефикасни, дека надзорот и ревизијата заедно со давање на повратни информации се генерално ефективни и дека повеќеслојните интервенции можат да бидат поефикасни од поединечни интервенции. Исто така се предлага меѓународно заедничко истражување за да се генерираат знаења за вистинските детерминанти на перформансите и за ефективноста на стратегиите со кои ќе се подобрат перформансите. Понатаму, се препорачува министерствата за здравство и меѓународните организации активно да се вклучат и да помогнат да се преведат наодите од тоа истражување се со цел да се подобри работата на здравствените работници и со тоа да се подобри општото здравје (Rowe et al., 2005).

Здравствените институции се соочуваат со големи предизвици во спроведувањето на квалитетните иницијативи, вклучувајќи го и мерењето на нивните перформанси. Прв чекор е да се разберат односите помеѓу показателите за успех. Ефективноста, која е еден од индикаторите за успех во здравството, го одразува ефектот на здравствените интервенции врз здравствените резултати. Пристапноста и користењето на услугите се двете главни димензии на овој концепт. Овие индикатори имаат потенцијал за подобрување на резултатите, перформансите и квалитетот во здравството. Бројот на болници и лекари се користи како показатели за достапноста на здравствените услуги, додека просечната должина на престојот и бројот на хируршки операции се користат како индикатори за искористеност. Очекуваното траење на животот и општото задоволство од здравствените услуги се анализираат и како мерки за исход. Постои силна врска помеѓу индикаторите за пристапност и здравствените резултати како и помеѓу очекуваното траење на животот и општото задоволство од здравствените услуги, кои може да бидат и објективни и субјективни мерки за здравствена заштита. Резултатите што ќе ги добиеме ни помагаат да го разбереме односот меѓу клучните мерки за подобрување на ефикасноста и квалитетот на здравствените системи (Cinaroglu and Baser, 2018).

Успехот на секоја здравствена индустрија зависи од три важни параметри: квалитетот, безбедноста и ефикасноста. Секторот за контрола на квалитетот и обезбедувањето на квалитет станаа предизвици за подобрувањето на квалитетот. Поради глобализацијата и зголемената конкуренција, секој здравствен сектор се фокусира на тоа да го одржи квалитетот, безбедноста и ефикасноста кои за возврат произведуваат нулта дефект производ. Сепак постојат многу предизвици или неуспеси од имплементацијата на управувањето со квалитетот, кое сепак е многу важно во секоја индустрија. Успехот на управување со квалитетот зависи од спроведувањето на неколку принципи како: Вкупно

Управување со квалитет- TQM, Six Sigma, управување со промени (контрола на промени), отстапување за управување, надвор од Спецификации (OOS), Out of Trend (OOT), Корективни и превентивни мерки (CAPA). (Chaitanya et al., 2018).

Лекарите денес се соочуваат со зголемена побарувачка за да обезбедат и да ја подобрат грижата за нивните пациенти. Проблемите во здравствената заштита бараат различни пристапи за да се обезбедат решенија. Ваквите пристапи ќе претставуваат различни перспективи за оптимална нега и најдобар начин за подобрување на грижата на корисниците на здравствените услуги. Со резимирање на неодамнешните прегледи и дебати во оваа област, има доста критики кои се одразуваат на вредноста на некои од пристапите кои се стекнаа со популарност во текот на последните децении: медицина базирана на докази и упатства за клиничка пракса, професионален развој, проценка и отчетност, и целосно управување со квалитетот. Доказите во врска со влијанието и остварливоста на различните пристапи се мешаат или едноставно недостасуваат. Особено, здравствената заедница нема разбирање за тоа кои пристапи се најсоодветни за какви видови на подобрувања во кои услови и на детерминантите на успешното работење се менуваат. Со оглед на сложеноста на подобрување и промена во грижата за пациентот, не е реално да се очекува дека еден пристап може да ги реши сите проблеми во доставувањето на здравствената заштита. Ниту еден од популарните модели за подобрување на клиничките перформанси се чини дека е супериорен. Затоа мора да се изградат мостови и моделите мора да бидат интегрирани за да бидат навистина ефикасни (Grol, 2001).

3.3. TQM во здравствениот систем

Авторите постојано го испитуваат односот помеѓу степенот до кој се усвоени практиките за управување со квалитетот (TQM) во рамките на организациите и постигнатите соодветни конкурентни предности. Тие нашле релативно силна поддршка и поврзаност во овој однос. Нивните податоци покажуваат и умерено влијание на организациската структура врз ефективноста на имплементацијата на TQM. Конкретно, две мерки на организациска структура, "контрола" и "истражување", биле пронајдени кои имаат независно и меѓусебно зависни влијанија врз финансиските перформанси на организациите кои ги спроведуваат програмите на TQM (Douglas and Judge, 2001).

Повеќето студии за квалитетот на здравствената грижа страдаат од усвојување на единствена дефиниција на квалитет. Во принцип, тие се однесуваат на техничкото управување со болеста и посветуваат помалку внимание на превенцијата, рехабилитацијата, координацијата и континуитетот на грижата, или на односот пациент-лекар. Веројатно, причината за ова е дека техничките барања на менаџментот се пошироко

препознаени и подобро стандардизирани. Затоа е потребно поцелосно концептуално и емпириско истражување на дефиницијата за квалитет.

Она што се подразбира под "концептуално истражување" може да се илустрира со оглед на димензијата на ефикасноста која често се игнорира во студиите за квалитет. Може да се разликуваат два вида на ефикасност: логички и економски. Логичката ефикасност се однесува на употребата на информации за да се донесат одлуки. Тука може да биде прашањето дали информациите добиени од лекарот се релевантни или ирелевантни за клиничкото работење кое треба да се изврши. Доколку е релевантно, може да се разгледа степенот на дуплирање во добиените информации и степенот до кој ги надминуваат барањата за донесување одлуки во дадена ситуација.

Економската ефикасност се занимава со односите меѓу инпутите и резултатите и се однесува на тоа дали дадениот излез е произведен со најмал трошок. Се разбира, тоа е под влијание на логичка ефикасност, бидејќи акумулацијата на непотребни или неискористени информации е скапа процедура која не дава никаква корист. Обично тоа оди подалеку од поединецот и се занимава со општествениот производ на медицинска грижа. Таа ја разгледува можноста дека "најдобрата" медицинска грижа за поединецот можеби не е "најдобра" за заедницата. Peterson et al., цитираат пример кој го олицетворува прашањето. "Двајца лекари делегираат надзор на рутински пренатални посети на административни медицински сестри, а докторот ќе го види пациентот само доколку има специфични поплаки". Во некоја смисла, ова може да е помалку од најдобрата грижа за секоја бремена мајка. Во друга смисла, можеби тоа е брилијантна стратегија за да се стави на располагање комбинирани вештини на тимот за медицинска нега на најголемиот број жени. Кордеро ја документирал тезата дека, кога ресурсите се ограничени, оптималната медицинска грижа за заедницата може да бара помалку "најдобра" грижа за своите индивидуални членови (Donabedian, 2005).

Деминг, таткото на Total Quality Management (TQM), се залагал за систематска анализа и мерење на чекорите на процесот во однос на капацитетот или резултатите. TQM модел е организациски пристап кој вклучува организациски менаџмент, тимска работа, дефинирани процеси, системско размислување и промени за да се создаде средина за подобрување. Целата организација мора да биде посветена на квалитетот и подобрувањето се со цел да се постигнат најдобри резултати.

Во изминатите 20 години покрај TQM, се појавија и други стратегии за подобрување на квалитетот, меѓу кои и Меѓународната организација за стандардизација ISO 9000, Нула дефекти, Six Sigma, Baldrige и Тојота Систем за производство / Lean производство.

Подобрувањето на квалитетот е дефинирано "како систематски активности насочени кон податоци, дизајнирани да донесат итно подобрување во доставувањето на здравствената заштита во одредени поставки" – (Lynn et al., 2007)

Стратегија за подобрување на квалитетот е дефинирана како било каква интервенција насочена кон намалување на јазот во квалитетот кај група пациенти кои се претставници на оние кои се среќаваат во рутинска практика. (Shojania et al., 2004)

3.3.1 Препреки за успешната имплементација на TQM во здравствените организации

Имплементацијата на TQM и неговото влијание во здравствените организации во голема мера зависи од способноста на менаџерите да ги прифатат и прилагодат вредностите и концептите на TQM. Неуспешноста на TQM во здравствените организации може да се сведат на силната поделеност на одделенија во здравствените организации, бирократската и хиерархиската структура, професионалната автономија, тензиите меѓу менаџерите и професионалците и тешкотиите во оценувањето на здравствените процеси и резултати. Постојат и други пречки кои влијаат на успехот на имплементацијата на TQM, вклучувајќи ги и недостаток на континуирана посветеност на менаџерите и вработените за негова примена, слабо лидерство и управување, недостаток на култура ориентирана кон квалитет, недостаток на обука и несоодветни ресурси. Овие заклучоци се донесени врз основа на емпириски написи напишани на англиски јазик во последните 30 години (1980-2010).

Разбирањето на факторите што ја попречуваат имплементацијата на TQM ќе им овозможи на менаџерите да развијат поефективни стратегии за успешно спроведување на TQM во здравствените организации.

Сите причини за неуспехот на TQM кои се наведени во таа литература можат да се поделат во три групи и тоа:

- (1) неефикасен или несоодветен TQM модел;
- (2) неефикасен или несоодветен метод за спроведување на TQM; и
- (3) несоодветно опкружување за спроведување на TQM.

Од тие емпириски студии идентифицирани се 39 бариери за успешно спроведување на TQM во здравствените организации, разграничени и поделени во пет групи, и тоа:

(1) Стратешки бариери:

- . слаб менаџмент и лидерство;
- . недостаток на поддршка од врвни менаџери;
- . управување со прометот;
- . среден менаџмент отпор кон промени;
- . несоодветно планирање;
- . мал приоритет за подобрување на квалитетот; и
- . неограничена побарувачка за здравствени услуги.

(2) Бариери за човечки ресурси:

- . недостаток на интерес на вработените;
- . недостаток на мотивација и задоволство на вработените;
- . недостаток на посветеност и вклучување на вработените;
- . незаинтересираноста на лекарите кон TQM;
- . професионална автономија;
- . неспособност на вработените;
- . отпорност на вработените на промени;
- . недостаток на добро управување со човечките ресурси;
- . несоодветно зајакнување на сите нивоа;
- . недостаток на работници и зголемено работно оптоварување;
- . лошо образование и обуки;
- . недостаток на признание и награда за успех; и
- . недостаток на синдикална соработка.

(3) Контекстуални бариери:

- . несоодветна организациска култура;
- . интер-одделенски бариери;
- . тешкотии во менувањето на организациската култура;
- . недостаток на тимска ориентација;
- . лоша комуникација; и
- . бариери на начинот на размислување.

(4) Процедурални бариери:

- . недостаток на фокус на процесот;
- . недостаток на фокус на задоволството на пациентот;
- . недостаток на свест на потрошувачите;
- . сложеноста на процесите;
- . фрагментација на активности;
- . бирократија и документација;
- . недостаток на мерење, евалуација и самооценување; и
- . тешкотии во мерењето на квалитетот.

(5) Структурни бариери:

- . несоодветна организациска структура;
- . недостаток на физички ресурси;
- . недостаток на информациски системи;
- . недостаток на финансиска поддршка; и
- . недостаток на време.

Заклучокот би бил следниот:

Ограничениот успех на имплементацијата на TQM во здравството се должи на недостаток на континуирана посветеност на менаџерите и вработените, слабо лидерство и управување, недостаток на култура, недоволна обука за принципите и методите на TQM, слабо планирање, несоодветни ресурси за спроведување на техниките на TQM, недостаток на време за доволна посветеност на имплементација на TQM и неправилна евалуација. Како поважни бариери за успешна имплементација на TQM во здравствените организации се истакнуваат следниве:

- нефлексибилна организациска структура,
- одделенски, бирократски и хиерархиски структури,
- здравствени системи ориентирани кон лекарите,
- несоодветен фокус кон пациентите и клиентите и
- потешкотии при оценување на здравствените процеси и исходите итн.

Бариерите може да се надминат со подготвеност за промени од страна на раководителите и давателите на здравствени услуги, силно клиничко и раководно лидерство со нагласено планирање, обука и развивање на квалитетна структура и култура.

Ваквиот систем за управување со квалитет треба да се приклучи кон постојаната работа, а не да вклучува дополнителна работа за вработените (Mosadeghrad, 2013).

3.4 Алатки, техники и стратегии за подобрување на квалитетот

Заради грешките и неуспесите предизвикани од процесот, многу е важно да се користат различни техники за подобрување на процесот со кој ќе се идентификува неефикасноста, неефективната грижа и превентивните грешки со што би се влијаело на промена на системот на подобро. Со ваквите техники би се вршело проценка на перформансите и наодите со што би се добиле информации за промените. Како стратегии и алатки за подобрување на квалитетот би ги објасниле следниве методи: Plan-Do-Study-Act, Six Sigma, Lean, and root-cause analysis.

План-прави-студија-акт (PDSA)

Целта на стратегијата PDSA во процесот на подобрување на квалитетот е да се воспостави функционална или причинска врска помеѓу промените во процесите и резултатите.

Авторот Ленгли и неговите колеги поставиле три прашања кои треба да се одговорат пред да почне да се употребува стратегијата ПДСА:

- (1) Која е целта на проектот?
- (2) Како ќе се знае дали целта е постигната? и
- (3) Што ќе се направи за да се постигне целта?

Циклусот PDSA потребно е да започне со одредување на природата и големината на проблемот, кои промени можат и треба да се направат, план за промените, што треба да се мери за да се разбере влијанието на промените и каде треба стратегијата да се насочи. Резултатите кои ќе се добијат од студијата за имплементација се оценуваат и се интерпретираат преку разгледување на неколку клучни мерења кои на крајот ќе покажат успех ли неуспех. И на крајот се превземаат активности со кои или ќе се спроведе промената или ќе се започне одново со процесот.

Шест Сигма

Шест Сигма стратегијата значи подобрување, проектирање и следење на процесот за минимизирање или елиминирање на отпадот паралелно со оптимизирање на задоволството и зголемување на финансиската стабилност. Постојат два основни методи кои се користат со Six Sigma. Еден метод го проверува резултатот на процесот, ги брои дефектите и пресметува стапка на дефект, а вториот метод користи проценки на варијацијата на процесот за да ги предвиди перформансите на процесите. Ваквиот метод е погоден за аналитички процеси во кои прецизноста и точноста може да се одредат со експериментални процедури.

Елементите на Six Sigma се поврзани со PDSA и тоа:

фазата на план во стратегијата PDSA е поврзана со клучните процеси;

клучните клиенти и барањата на клиентот од Six Sigma;

фазата на изведување или пратење на стратегијата PDSA е поврзана со мерење на изведбата на Six Sigma;

фазата на студирање или анализа на стратегијата на PDSA е поврзана со анализа на Six Sigma;

и последната фаза на PDSA е поврзана со подобрување и интегрирање на Six Sigma.

Lean систем

Оваа методологија е слична со методологијата Six Sigma, но се разликува по тоа што во оваа стратегија се идентификуваат потребите на клиентите и има за цел да ги подобри процесите преку отстранување на активности кои не влијаат на зголемување на резултатите. (a.k.a. waste), а максимизирање на активностите што додаваат вредност на конечните резултати за да се овозможат континуирани операции. Оваа методологија зависи од анализата на root причини за да ги испита грешките, а потоа да го подобри квалитетот и да спречи слични грешки.

Овој систем во здравствената заштита ги отстранува непотребните секојдневни активности и процеси кои се комплицирани, вклучувајќи следење на проблемите бидејќи тие се експериментираат низ целиот процес на решавање на проблемите.

Анализа на root причина

Преку оваа стратегија се откриваат основните причини за настанот, како и на потенцијалните настани кои би настанале. Во овој случај потребно е организацијата да развие и имплементира акционен план кој ќе се состои од тоа како да се намали идниот ризик за да има подобрувања и како да се следи ефективноста на тие подобрувања.

RCA е техника која се користи за да се следат трендовите и да се процени ризикот за да не дојде до човечка грешка, а веројатно тоа е и коренот на повеќето проблеми. Слична постапка е и техника на критичен инцидент, каде што по завршување на настанот се собираат информации за причините и дејствијата што довеле до тој настан.

RCA е реактивна проценка која се прави по настанот, ретроспективно ги наведува настаните кои довеле до тој идентификуван настан, ги наведува причинските фактори и ги идентификува основните причини за комплетно да се испита настанот.

Целта на RCA е да ги открие основните причини за грешка со гледање на факторите кои довеле до тоа, вклучувајќи и други услови како на пр., Да не се проверува матичниот број на пациентот и фактори на ситуација како на пример, двајца пациенти во болницата со исто презиме кои придонеле за или овозможиле несакано дејство како на пример, несакано дејство со лекови. Оние кои се вклучени во истрагата бараат одговор на клучните прашања, како и зошто се случило, кои биле најблиските фактори што предизвикавале тоа, зошто се случиле тие фактори и кои системи и процеси се основата на тие фактори. Одговорите на

овие прашања помагаат да се идентификуваат причините за проблемите, за да слични проблеми можат да се спречат во иднина.

Што е потребно за да се имплементираат стратегии за подобрување на квалитетот?

Значајна и силна лидерска поддршка, учество, постојана посветеност кон континуирано подобрување на квалитетот и видливост на резултатите.

Во изминативе 2 децении се случил голем напредок во медицината и технологијата. Сепак, системот за здравствена заштита продолжи да функционира далеку под основните нивоа во областа на обезбедување на задоволување на потребите на пациентите.

За создавање на сигурно и постојано подобрување во здравствената заштита не е доволно само употреба на традиционални методи. Подобрувањето често бара намерни промени на процесите базирани на човечките фактори (како луѓето комуницираат со производи и процеси) и алатки за кои е познато дека ќе помогнат во подобрувањето. Подобрувањето на квалитетот и безбедноста на грижата и исполнување на надворешни барања за акредитација како и очекувањата на потрошувачите бара лекарите систематски да ги решаваат прашањата за квалитетот на грижата.

3.4.1 Дефинирање и примена на концептите на квалитетот во здравствениот систем

Американската агенција за истражување и квалитет во здравството ја дефинира квалитетна здравствена заштита како "да се прави вистинската работа, во вистинско време, на вистински начин, за вистинската личност - и да има најдобри можни резултати". Квалитетот за прв пат бил проучуван како индустриски процес во 1931 година од Shewhart. Под влијание на работата на Shewhart, Deming го препознал квалитетот како примарен двигател за индустриски успех и подоцна по Втората светска војна ги претставил неговите методи на јапонските инженери и директорите. Со примената на овие методи се забележал значителен пораст во јапонската автомобилска индустрија и како резултат на тоа следело и светско признавање за квалитетот.

Гледано низ историјата, здравствената заштита се фокусирала на обезбедување на квалитет и контрола на квалитетот (т.е. систем за верификација и одржување на саканото ниво на квалитет). Методите кои се користат засебно не се адекватни за подобрување на резултатите, а од тука произлегува дека и ако ги примениме промените без препознавање на ефектите, на едни делови од организацијата може да се подобри процесот, но да им

наштети на другите. Како резултат на тоа, најдобрите организации комбинираат гаранција за квалитет со проактивен QI.

Континуираниот QI (CQI) се залага за принципот дека постои можност во секоја прилика да се подобри секој процес. Во секоја организација, потребно е посветеност кон постојано подобрување на операциите, процесите и активностите за задоволување на потребите на пациентот на ефикасен, конзистентен и економичен начин. Моделот CQI го нагласува гледиштето на здравствената заштита како процес и се фокусира на системот, а не на поединецот.

Со или без CQI како дел од филозофијата за подобрување на организацијата, QI методологиите може да се користат за постигнување на целите за подобрување. Најчестите QI методологии кои се користат во здравствената заштита се: план-прави-студија-чин (PDSA), шест сигма и lean стратегии. Изборот на метод зависи од природата на проектот за подобрување. Во поново време, експертите ги користат принципите од различните методологии за ист проект (т.е. употребата на методот "lean-sigma").

PDSA циклус

Циклусот PDSA е најчесто користениот метод за подобрување на здравствената заштита. Овој метод вклучува еден вид проба преку која се прави хипотеза или предложено решение за подобрување и тестирањето се изведува на мал дел од системот пред да се направат било какви промени на целиот систем. Методот PDSA се состои од 4 повторувачки чекори кои се изведуваат во мали циклуси, кои на крајот водат кон подобрувања. Во првата фаза планирање, се поставуваат детални идеи за подобрување, задачи и очекувања. Потоа се избираат мерки за подобрување. Во втората фаза реализација, се спроведува планот, и се документира секое отстапување што ќе се појави од планираното. Овие отстапувања се нарекуваат дефекти на системот. Во фазата на студија се анализираат овие дефекти, се прегледуваат резултатите од тест циклусот и се поставуваат прашања за тоа што е во ред, а што не и што ќе се промени во следниот тест циклус. Во последната фаза акт или чин, се спроведува наученото од фазата на студија, се вклучува во тестот за промена, и се донесува одлука за продолжување на тест циклусите. За наредниот циклус, сите горенаведени чекори се повторуваат.

Пристапот кој најчесто се користи за подобрување на брзиот циклус во здравствената заштита е методот план-прави-студија-чин во кој се вршат 4 повторувачки чекори во текот на малите циклуси. Адаптиран од Langley et al, со дозвола од Џоси-Бас.

Langley и Nolan et al развиле модел за подобрување кој е насочен кон поставување на фокусирана цел, јасно дефинирање на временски рамки и идентификување на мерливите цели на почетокот на проектот. Сите 3 чекори потоа може да се вклучат во процесот PDSA.

Шест-Сигма

Шест-сигма е статистички ригорозен метод за мерење дизајниран да ги намали трошоците, разликите во процесот и да ги елиминира дефектите. На пример, на ниво на шест-сигма, процесот има околу 3.4 дефекти на милиони можности (DPMO) и е практично без грешки (99.9996%) и така ќе може да се идентификува колкаво да биде нивото на планираната големина на подобрување.

Повеќе чекори го обележуваат методот Шест-сигма : дефинирање, мерење, анализа, подобрување и контрола. Првиот чекор (дефинира) подразбира создавање на проект. Тој треба да ги дефинира потребите на клиентот, обемот на проектот, целите, критериумите за успех, членовите на тимот и роковите на проектот. Во наредниот чекор (мерење), се прави план за собирање на податоци за процесот од неколку извори за да се утврди длабочината на дефектите или грешките (DPMO) во системот. Контролните листи се создадени за понатамошно проучување на процесот. Во третиот чекор (анализа) се прави анализа на податоците, се отстапува од стандардите, а изворите на варијација на процесот се користат за тестирање на хипотезата. Во чекорот подобрување се развиваат креативни решенија и се прават планови за имплементација. Во последниот чекор процесот се контролира за да се провери дали има грешки со спроведување на политики, насоки и стратегии. Контролите за квалитетот се развиваат за постојано следење на новиот процес.

Lean методологија

Lean методологијата има за цел да ги идентификува потребите на клиентот и има за цел да ги подобри процесите преку отстранување на активности кои не се однесуваат на додадена вредност, односно се наведени како отпад. Се разликуваат седум различни видови на отпад, вклучувајќи хиперпродукција или недоволно производство, потрошен инвентар, преработка, потрошено движење (т.е. слаба работна површина ергономија), отпади поврзани со чекање (т.е. пациенти кои чекаат), отпадот поврзан со преработка (т.е. застарени политики и постапки) и отпадот од транспорт или ракување (т.е. непотребно пренесување на пациентите) . Lean алатките ги максимизираат чекорите со додадена вредност во најдобар можен секвенца за да обезбедат континуиран проток. Услугите или производите се испорачуваат кога клиентот има потреба од нив и кога ги бара.

ЗАКЛУЧОК

Во изминатите 2 децении во секторот на здравствената заштита под влијание на пазарни и регулаторни притисоци кои ги поттикнувале плановите за испорака на здравје, бавно, но стабилно се зголемувале активностите за постојано подобрување на квалитетот што довело и до стандардизација на грижата, подобрување на безбедноста на пациентите, управување со хронични болести и превентивна нега. Здравствените работници ќе бидат најефикасни во оптимално подобрување на квалитетот и перформансите во нивната околина, доколку најпрво ги ценат и ги користат алатките достапни за подобрување на квалитетот на нега како што беше дискутирано во овој преглед (Varkey et al., 2007).

Шест Сигма е метод кој што денес е многу популарен и широко се користи за подобрување на квалитетот во здравствени организации. Шест Сигма е метод кој е произлезен од TQM и истовремено е и негово моќно проширување, користи некои од посилните принципи на TQM, додавајќи свои посебни концепти и методологии. Шест Сигма ангажира високо образовани здравствени работници и ресурси за подобрување на квалитетот преку најголема грижа за пациентот се до остварување на значајно финансиско влијание. Резултатите се постигнуваат со проширување на оригиналните алатки на TQM за рефокусирање на статистички анализи со што подобрувањето на квалитетот ќе може да се оцени. Како наследнички методи се Дизајн за Six Sigma и lean производство, што може да се покаже како корисно за денешните здравствени организации кои се фокусираат на квалитетот. Многуге методологии и алатки за мерење им овозможуваат на здравствените организации уникатна можност да создадат свој бренд на квалитет, синергичен со нивниот стил на управување, барањата на пазарот и можности за процесирање (Black & Revere, 2006).

Шест Сигма е интегриран пристап за континуирано подобрување на задоволството на клиентите, како и остварување на организациски профит (Snee, 2004). Шест Сигма била развиена во Моторола во 1987 година. Во средината на 1990-тите, "Џенерал електрик" започнал со имплементација на Six Sigma. Во Годишниот извештај на GE 1997 се наведува дека Six Sigma испорачал повеќе од 300 милиони американски долари на својот оперативен приход. Потоа, многу компании, како што се American Express, Боинг, Ситибанк, Форд и ЗМ го следеа Џенерал Електрик (Breyfogle, 2003).

Од неодамна, апликациите на Six Sigma, се употребиле и во здравството (Barry et al.,

2002; Stahl et al., 2003). Целта на континуираното подобрување на квалитетот во комбинација со ISO системот за управување со квалитет се покажале како многу комплементарни.

Организации кои имплементираат Six Sigma инвестираат во подобрување на квалитетот, намалување на трошоците и подобрување на ефикасноста. Терминот Сигма, кој го користат статистичарите, го дефинира отстапувањето на стандардот од случајната променлива. Голем број пати сигма укажува на износот на дефекти кои можат да се појават во дадениот процес (производство или услуга). Три сигма процесот, на пример, има стапка на дефект од 6,7%, додека процесот Six Sigma има само 3,4 дефекти на милион можности. Дефектите се причина за зголемување на трошоците. Six Sigma ги намалува трошоците со намалување на бројот на дефекти (Bisgaard and Freiesleben, 2000).

Six Sigma ги решава проблемите со изведбата во четири фази: Мерка (M), Анализа (A), Подобрување (I) и Контрола (B). Овие фази се состојат од 12 чекори кои ги води проект-лидерот за подобрување на квалитетот (Хари,1997). Експертите за Six Sigma методологијата се нарекуваат мајстор Црни појаси и тие се одговорни за управување со Six Sigma во организацијата. Преку оваа структура, Six Sigma може да ги комбинира достапните знаење од различни функции во една организација за да се постигне најдобро можно подобрувања на процесот (Jensen, 1998).

Lean Six Sigma во центрите за здравствена заштита примарен фокус на пациентите. Целта е да се испорача максималната вредност на пациентите, заедно со намалување на трошоците преку континуирано подобрување на процесите - понудената ситуација и за здравствените организации и за оние најважни за нив, за нивните пациенти и семејства.



Извор: <https://goleansixsigma.com/lean-six-sigma-how-it-helps-improve-the-health-care-industry/>



Извор: <https://www.cooperhealth.org/about-us/quality-and-patient-safety/process-improvement>

Освен финансиски придобивки, Six Sigma направил важен придонес за подобрување на квалитетот на здравствената заштита. За разлика од индустријата, каде може да има дефектен производ и да биде отфрлен без никаков проблем, во здравството дефектите директно влијаат на пациентот и од тука перцепцијата на пациентот е врз квалитетот. Пократки листи на чекање, елиминација на непотребни испитувања, намалување на бројот на дефекти, како и компликации и подобрување на производството на процесот на грижа директно придонесуваат за подобрување на квалитетот на здравствената заштита.

Во здравството, се чини дека Six Sigma работи на два начина; трошоците да се елиминираат и квалитетот да се подобри (Kooy and Pexton, 2002).

Воведувањето на Six Sigma во болниците ја стимулира културата на свесност, се отвораат повеќе можности за подобрување на испораката на здравствената заштита и преземање одговорност за елиминирање недостатоци. Во минатото, многу често одлуките се базирале на претпоставки и чувства и на неточни и нецелосни информации. Со користењето на Six Sigma, соработници сега управуваат со проблемите и со решенијата врз основа на факти и податоци.

Во Six Sigma, однапред се проценуваат можните заштеди и проектите со највисоки приоритети.

ISO 9001: 2000, како силен стандард за обезбедување на квалитет, во комбинација со Six Sigma, нагласувајќи ја ефикасноста за подобрување, е одлична комбинација за во болниците.

Двата системи се фокусирани на процесите, се ориентирани кон клиентите и управувани со податоци.

Во 2003 година, Институтот за медицина (ИОМ) изработил извештај со кој докажува дека здравствената заштита има сериозни проблеми со безбедноста и квалитетот и има потреба од фундаментални промени.

Било забележано дека процесите на нега се слабо дизајнирани и се карактеризираат со непотребни дуплирања на услуги кои резултираат со долго време на чекање и одложувања. Отпадоците или дефектите се окарактеризирале како важни елементи во зголемувањето на трошоците за здравствена заштита. Six Sigma може да овозможи подобрување на процесите за грижа, елиминирање на отпадот и подобрување на задоволството на пациентите.

Фактот дека Six Sigma успешно ги комбинира подобрувањето на квалитетот и намалувањето на трошоците се потврдува дека тоа би можело да биде решение за денешните финансиски проблеми во здравството.

Шест Сигма е пристап за подобрување на квалитетот насочен кон оптимизирање на процеси, истовремено намалувајќи ги дефектите и трошоците. Таа е развиена и е широко распространета во индустријата, а од неодамна е воведена во ограничен обем и во здравствената грижа. Резултатите од спроведувањето на методот Шест Сигма во болницата во Црвениот крст во Бевервик, Холандија покажуваат дека се создале 1,2 милиони евра годишни заштеди. Очекувани вкупни нето годишни заштедите на сите тековни проекти се 3 милиони евра (Heuvel et al., 2005).

Со популарните алатки за подобрување на квалитетот, како што се Six Sigma и Lean Systems (SS / L), се тврди дека на здравствените работници им се дава можност да го подобрат квалитетот на здравствената заштита врз основа на здрава методологија и податоци. Сепак, останува нејасно дали овие 2 алатки за подобрување на квалитетот и всушност го подобруваат квалитетот на здравствената заштита.

Авторите имаат спроведено сеопфатен преглед на литературата за да ги проценат емпириските докази поврзани со SS / L со подобри клинички исходи, процеси на грижа и финансиски перформанси на здравствените организации.

Тие идентификувале 177 статии за SS / L објавени во последните 10 години. Сепак, само 34 од нив пријавиле некакви резултати од студиите за SS / L, а помалку од една третина од

овие статии опфаќале статистички анализи за да се тестираат за значајните промени од нивните исходи.

Од ваквиот преглед се гледа дека постојат значителни празнини во литературата за подобрување на квалитетот на здравствената заштита преку алатката SS / L и многу слаби докази дека SS / L го подобрува квалитетот на здравствената заштита (DelliFraine et al., 2010).

Здравствената заштита, како и со сите други оперативни операции, бара систематски напори за иновациите да останат конкурентни, економични и актуелни. Со комбинирање на овие два принципи Lean Thinking и Six Sigma може да се обезбеди ефикасна рамка за производство на систематски напори за иновации во здравството. Контролата на зголемувањето на трошоците во здравството, подобрувањето на квалитетот и обезбедувањето на подобра здравствена заштита се дел од придобивките од овој пристап. (De Koning et al., 2006)

Цел

Доцнењата, мерењата и медицинските грешки и варијабилноста често ја поткопуваат испораката на безбедна и ефикасна нега на пациентот. Сепак, можно е да се минимизираат со примена на алатката шест-сигма. Оваа методологија има за цел да се фокусира на основните причини за проблемите со здравствената заштита, да ги анализира преку дијаграми и даде речиси совршени здравствени услуги.

Дизајн / методологија / пристап

- Пет студии на случај во здравството се дизајнирани за да покажат подобрување на перформансите остварени со алатката шест сигма. Се имплементирање и на системот DMAIC (Дефинирање-мерка-Анализа-Подобрување-Контрола), односно патна карта за решавање на проблемите и подобрување на услугата / процесот.

Наоди

- Здравствената организација има голема способност за решавање на предизвиците во целиот систем. Употребата на ресурси е на максимално ниво. Работните услови се

подобрани за здравствениот персонал. Постигнато е зголемено задоволство на пациентот и лекарот, како и заштеди на трошоците. Ова ќе им овозможи на здравствените организации да го зголемат својот удел на пазарот на долг рок.

Оригиналноост / вредност

- Примената на шест сигма во здравствените услуги е релативно нова тема и многу малку истражувања се направени во оваа област. Информациите ќе бидат исклучително вредни за истражувачите и практичарите кои во моментот се ангажирани во шест сигма истражувања (Taner et al., 2007).

Може ли да се користи алатката Lean Six Sigma за намалување на грешки во давањето на лекови во здравствениот сектор?

Примената на алатката LSS е моќна за подобрување на процесот или методологијата од страна на здравствениот сектор за да се намалат грешките при давање на лековите.

Многу вредни концепти се извлечени од четири студии на случај. Интеграцијата на Lean и Sigma алатките играат клучна улога во подобрување на процесот на давање на лекови. Овие алатки може да се користат и за подобрување на животната средина на работното место, што може да го намали и прекумерниот обем на работа на вработените, неточната пресметка на дозата на лековите како и несоодветната комуникација, додека Six Sigma алатките може да се развијат за да се намалат просечните грешки, па дури и варијациите во процесот.

Авторите се во процес на развивање на патоказ за ЛС за здравствените работници кои ќе ги води до имплементацијата и распоредувањето на LSS, заедно со прилагодениот комплет за алатки LSS за намалување на грешките во лекувањето. Обезбедувањето на вработените со вистински алатки и методологија за управување со проекти ги прави финансиски одговорни за успехот на иницијативата (Trakulsunti and Antony, 2018).

Заклучоци

Без оглед кој метод се користи (на пример, TQM, CQI) или алатка (на пример, FMEA или Six Sigma), важна компонента за подобрување на квалитетот е динамичен процес кој често вклучува повеќе од една алатка за подобрување на квалитетот. Подобрување на квалитетот исто така бара пет основни елементи за успех: поттикнување и одржување на култура на промени и безбедност, развивање и појаснување на разбирањето на проблемот, вклучување

на клучните засегнати страни, тестирање стратегии за промена и континуирано следење на перформансите и известување за наодите за да се одржи промената (Hughes, 2008).

3.5.Сличностите и разликите помеѓу TQM, шест сигма и lean

На табелата се прикажани ставовите на авторите за сличностите и разликите помеѓу TQM, шест сигма и lean (Andersson et al., 2006)

Концепти	TQM	Six sigma	Lean
Потекло	Квалитетна еволуција во Јапонија	Квалитетната еволуција во Јапонија и Моторола	Квалитетната еволуција во Јапонија и Тојота
Теорија	Фокус кон потрошувачите	Нема дефекти	Отстрани го отпадот
Поглед на процесот	Подобрени и унифицирани процеси	Намалување на варијациите и подобрување на процесите	Подобрување на протокот во процесите
Пристап	Нека бидат обврзани	Управување со проекти	Управување со проекти
Методологии	Планирајте, направете, студирате, дејствувајте	Дефинирајте, измерете, анализирајте, подобрете (или дизајнирајте), контролирајте (или потврдете)	Разбирање на вредноста на клиентот, проток на вредноста, анализа, проток, повлекување, совршенство
Алатки	Аналитички и статистички алатки	Напредни статистички и аналитички алатки	Аналитички алатки
Примарни ефекти	Зголемување на задоволството на потрошувачите	Заштедува пари	Намалување на времето на доведување
Секундарни ефекти	Постигнува лојалност на клиентите и ја подобрува ефикасноста	Постигнува деловни цели и ги подобрува финансиските перформанси	Намалувањето на инвентарот, ја зголемува продуктивноста и задоволството на

			клиентите
Критика	Нема видливи подобрувања, непотребни ресурси, нејасни поими	Не ги вклучува сите, не го подобрува задоволството на клиентите, нема системски приказ	Намалување на флексибилноста, предизвикува застој во синџирот на снабдување, не се применува во сите индустрии

Некои експерти се залагаат за употреба на целосното управување со квалитетот (TQM) како делумен лек за болестите на здравствената индустрија. Сепак, некои здравствени администратори сè уште не го применуваат TQM. Некои здравствени администратори се уште го доведуваат во прашање влијанието на TQM врз оперативното, финансиското и стратешкото здравје на нивните институции. Тие ја сметаат инвестицијата во TQM како неоправдана, бидејќи таквата инвестиција за нив е дискутабилна. Врз основа на голем број студии се доаѓа до заклучок дека стравовите на некои здравствени администратори се неосновани. Не само што TQM не ја компромитира организациската ефективност, туку и ја подобрува, бидејќи придонесува за зголемување на уделот на здравствените организации на пазарот (Yasin and Alavi, 1999).

3.6 Правила за подобрување на грижата кон корисниците на здр.услуги

ДЕСЕТ ПРАВИЛА ЗА ПОДОБРУВАЊЕ НА ГРИЖАТА КОН КОРИСНИЦИТЕ НА ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ

Корисниците на услугите на јавните и приватните здравствени установи, сите здравствени организации, лекарите и пациентите треба да работат заедно за редизајнирање на здравствените процеси во согласност со следните правила (Corrigan, 2005):

1. Грижата треба да се базира на континуирани односи за заздравување. Потребно е да се има постојано грижа за пациентите и тоа во многу форми, не само преку лице- to face посети. Системот за здравствена заштита треба да биде одговорен во секое време (24 часа на ден, секој ден) и пристап да се грижи треба да се обезбеди преку Интернет, од страна на телефон, и со други средства во прилог на лице-toface посети.

2. Грижата треба да се прилагоди врз основа на потребите и вредностите на пациентот. Треба да се дизајнира систем за грижа за да ги задоволи најчестите потреби, но потребно е да се има флексибилност за да се одговори на индивидуалните и специфични потреби на пациентите.

3. Пациентот треба да биде под контрола. Потребно е на пациентот да му се дадат неопходни информации и можност да добие толку многу контрола колку што избира над грижа за здравјето и одлуки кои влијаат на нив. Здравствениот систем треба да биде способен да ги прими разликите во параметрите за пациентот и да ги охрабри за споделените донесени одлуки.

4. Системот треба да поттикне да се споделува знаење и да има слободен проток на информации. Пациентите треба имаат неограничен пристап до сопствените медицински информации и клинички информации. Докторите и пациенти треба ефективно да комуницираат и да споделуваат информации.

5. Одлучувањето треба да биде базирано на докази. Пациентите треба да се лечат врз основа на најдобри достапни научни знаење. Грижата врз пациентите не треба да варира од една до друга здравствена установа или од место до место.

6. Безбедноста треба да биде главна карактеристика на здравствениот систем. Пациентите треба да бидат безбедни од „повредите,, што можат да бидат предизвикани од системот за неа. За намалување на ризикот и обезбедување на безбедност потребни се системи кои помагаат да се спречат и ублажат грешките.

7. Здравствениот систем треба да биде транспарентен. Здравствената заштита, односно системот треба да ги направи информациите достапни за пациентите и нивните семејства со ќе им се овозможи да донесат одлуки при изборот на здравствената грижа, дали тоа ќе биде болница или клиника или избор на алтернативни третмани. Пациентите треба да бидат информирани и за перформансите за безбедност, за праксата базирана на докази, и задоволството на пациентите.

8. Системот треба да ги предвиди потребите на пациентите. Здравствениот систем треба да биде проактивен во предвидување на потреби на пациентот, наместо едноставно да реагира на настаните.

9. Системот треба постојано да се стреми да се намалат трошоците. Здравствениот систем не треба да ги троши залудно ресурсите и времето на пациентите.

10. Системот треба да ја поттикне соработката помеѓу лекарите. Лекарите и институциите треба активно да соработуваат и да комуницираат едни со други и да бидат сигурни дека се обезбедува соодветна грижа на пациентите.

„Висока ефикасност на здравствената заштита: Користење на моќта на односите за да се постигне квалитет, ефикасност и еластичност,, - (Gittell, 2009).

3.7 Континуирано подобрување на здравството како предуслов за акредитација на ЗУ

Една од алатките за контрола и подобрување на здравствената заштита е и „Статистичката контрола на процесот,,. Тоа е разноврсна алатка која може да им помогне на различни засегнати страни да управуваат со промените во здравствената заштита и да го подобрат здравјето на пациентите.

Практиките за подобрување на квалитетот (QI) претставуваат водечки пристап кон неопходната и честопати предизвикувачка задача за управување со организациските промени, а пак статистичкиот процес за контрола (СПЦ) е клучен пристап за QI. SPC бил развиен во 1920-тите од физичарот Волтер Шеворт за да го подобри индустриското производство. Од таму почнало да се применува во здравствена заштита, прво во лабораториски услови (на пример, Fisher и Humphries), а потоа и директно во апликациите за неа на пациентот, заедно со други пристапи за QI. Пред да видиме како SPC се применува на QI во здравството, постои потреба да се дефинира SPC и неговата улога во QI.

"Статистичката контрола на процесот (СПЦ) е филозофија, стратегија и сет на методи за континуирано подобрување на системите, процесите и резултатите. Пристапот на СПЦ се темели на учење преку податоци и има основа во теоријата на варијација (разбирање на заедничките и посебните причини). Стратегијата за СПЦ ги вклучува концептите на аналитичката студија, процесот на размислување, превенција, стратификација, стабилност, способност и предвидување. СПЦ вклучува мерења, методи за собирање податоци и планирано експериментирање. Графичките методи, како што се Shewhart листите (кои се најчесто се нарекуваат "контролни табели"), се прават графикони, фреквентни заговори, хистограми, анализа на Парето, дијаграми за скенирање и дијаграми на проток кои се примарни алатки што се користат во SPC.

Термините "статистичка контрола на процесот" и "статистичка контрола на квалитет" често се користат наизменично, иако понекогаш тоа се користи за да се опише поширок организациски пристап кон управувањето со квалитетот кој се претвори во концептот на TQM.

Еден од начелата на КИ е тоа што за подобрување на здравствените перформанси мораме да го смениме нашиот начин на работа. Но, промената не секогаш значи подобрување. За да се направи разлика меѓу промените што придонесуваат за подобрување и останатите кои не придонесуваат за подобрување, треба да се измерат релевантните аспекти на перформансите. Напорите за подобрување треба да се фокусираат на прво место. СПЦ може да го олесни ваквото одлучување. Статистички правила за одлучување им помагаат на корисниците да утврдат дали перформансите на процесот се стабилни и предвидливи или дали има варијации во перформансите што го прави процесот нестабилен и непредвидлив. Доколку дојде до подобрување на квалитетот на перформансите, процесот повторно ќе се стабилизира на ново ниво на перформанси. Сето ова лесно може да се утврди со користење на SPC.

Иако постојат теоретски искази дека СПЦ може да го олесни процесот на донесување одлуки и QI во здравството, сеуште не е јасно каква емпирска поддршка постои во литературата за таква позиција:

Техниките на контрола на статистичките процеси, кои се покажале како непроценливи во други околности, се чини дека не го реализирале нивниот потенцијал во здравствената заштита. Дали е тоа затоа што тие се неуспешни кога се користат на овој начин и на тој начин не се објавуваат (објавување пристрасност). Или дали тие успешно се користат, но не и од луѓе кои имаат склоност да ги споделат своите искуства во академските списанија (Thor et.al., 2007)

Практични пристапи за постојано унапредување на квалитетот

The Model for Understanding Success in Quality (MUSIQ) Модел за разбирањето на успехот во квалитетот

Заложбите за подобрување на квалитетот на здравството станаа широко распространети, меѓутоа има значителна варијабилност во исполнувањето и успехот на тие заложби.

Целта на Моделот за разбирањето на успехот во квалитетот значи да се развие концептуален модел што може да го користат организациите и истражувачите на QI-

подобрувањето на квалитет за да ги разберат и оптимизираат факторите кои влијаат врз успехот на проектот QI.

Моделот за разбирање на успехот во квалитетот (MUSIQ) е организиран на ниво на здравствениот систем и идентификува 25 фактори кои можат да влијаат врз успехот на QI-подобрување на квалитетот. Ваквите фактори кои делуваат во рамките на микросистемите и оние поврзани со тимот QI се претпоставува дека директно го обликуваат успехот на QI, додека факторите во организацијата и надворешната средина индиректно влијаат на успехот.

Рамката MUSIQ има потенцијал да ја води апликацијата на QI-методите во здравството и да ги фокусира истражувањата. Специфичноста на MUSIQ и експлицитното разграничување на односите помеѓу факторите овозможува подлабоко разбирање на механизмот на дејствување со што се влијае на успехот на QI. MUSIQ, исто така, обезбедува основа за поддршка на понатамошни студии за тестирање и усовршување на теоријата и унапредување на полето на науката за КИ (Kaplan et al., 2012).

3.8. Стандарди за акредитација

Стандардите за акредитација се поприсутни во здравството и се сметаат за начин за подобрување на клиничката пракса и организациските перформанси. Сепак, има недостаток на докази кои го испитуваат развојот, имплементацијата и влијанието на стандардите за акредитација на здравствената заштита (Greenfield et al., 2012).

Важноста на квалитетот на здравствените услуги во никој случај не треба да се потценува.

Лошиот квалитет на здравствените услуги може да доведе до губење на живот и високи трошоци предизвикани од санација на грешките. Квалитетот на функционирањето на процесот во здравствените установи е основа за постигнување на квалитетот на услугите.

Квалитет на здравствени услуги или процеси мора да се дефинираат преку анализа на засегнатите страни, нивните барања, процеси, влезови и излези. Само на тој начин параметарот и неговата вредност можат јасно да ги наведат областите за подобрување преку намалување на ризикот од деградација на квалитетот. Потребен е соодветен процес за следење и мерење на параметрите за квалитет, како и да се стави акцент на важноста да се дистрибуираат навремено податоци за измерените вредности, за да се донесат вистински одлуки и ефективно да се влијае на безбедноста и подобрување на квалитетот во здравството.

Република Србија исто како и Македонија ја основа Агенцијата за акредитација на здравствените установи, а тоа е значаен чекор кон воведување и следење на квалитетот. Меѓутоа, сите постоечки напори се недоволни, ако системот на секоја здравствена установа не е регулиран, за процесите да бидат оптимални, со паралелно оптимизирање и мерење на параметрите за квалитет.

Со соодветна примена на ваквиот пристап, ќе биде обезбедено постојано подобрување на квалитетот на секоја здравствена установа, како и на целокупниот здравствен систем.

Важноста на следење и мерење на квалитетот во секој систем се рефлектира во неговата способност да обезбеди потребни информации за идното функционирање на системот што би довело до подобрување на квалитетот. Со недостатоци на параметри и квалитетни индикатори како доказ за достигнувањето, системот ризикува да ги избегне потребните области кои треба да се подобрат. Доколку параметрите кои се следат и се мерат не се соодветно дефинирани и поврзани со специфичните процеси или со излезите, мерењето и следењето на истиот може системот да го преземе на погрешен начин.

Поаѓајќи од фактот дека грешките во сите здравствениот системи од сите земји се вообичаени, со истите последици од процесите, авторите сугерираат методологија за подобрување на квалитетот на здравствениот систем преку неопходните чекори во дизајнирање на системот и негово одржување со следење и мерење на параметрите за квалитет (Živaljević and Vrčelj, 2015).

Развивањето на акредитацијата во пракса во голема мера значи и соочување со многу предизвици. Тоа значи да се управува со несигурност, правилно да се одговори на загриженоста која ја еродира професионалната автономија и да се промовираат и објаснат условите под кои соодветно ќе се наградат квалитетни практики, да се олабави професионална контрола над акредитацијата, да се тргува со одредена конзистентност на стандардите за валидност, да се развијат стандарди кои ја признаваат културната разновидност и да бидат транспарентни. Исто така, потребно е да се оддели контролата на квалитетот од подобрувањето на квалитетот во рамките на координирана рамка базирана на систем, со помош на практики за плаќање за акредитација и подобрување на квалитетот. Ваквата помош е важна бидејќи, во присуство на ненамерни варијации во праксата, сите практики треба да покажат дека ги исполнуваат или надминуваат минималните стандарди додека се стремат кон совршеност (Buetow and Wellingham, 2003).

Стандардот за квалитет ISO 9001 им помага и им овозможува на организациите, без оглед на кој сектор припаѓаат, да го спроведат правилно управувањето со квалитетот. Пред неколку години започна да се применува и во здравствениот сектор. Здравствените организации препознаваа дека овој стандард успешно ги комбинира сите критериуми за

управување со квалитетот, вклучувајќи управување со деловно работење, усогласеност и управување со процедури и најважното, вкупното управување со квалитетот. Спроведувањето на стандардот ISO 9001: 2008 за квалитет во здравствените установи се сметаше за можност за подобрување на квалитетот на здравствената заштита, намалување на трошоците и подобрување на услугите во овој сектор (Petkovska & Gjorgjeska, 2014).

Основни функции на Акредитацијата како светски прифатен процес се континуираните подобрувања кои произлегуваат од примената на стандарди и обезбедување на повратни информации. Република Македонија е во период на воведување на акредитација во системот на здравствена заштита и во овој период е неопходно акредитацијата да се смета за процес кој навистина ќе биде двигател кон квалитетот.

Врз основа на спроведена студија во 17 здравствени организации и 402 даватели на здравствени услуги најголем процент на испитаници (59,2% се согласуваат, 20,9% остро се согласуваат), според нивните одговори се согласиле дека акредитацијата е ефикасен процес за подобрување на квалитетот на услугите што им се даваат на пациентите / клиентите. Исто така, според одговорите здравствениот персонал имал позитивен став кон спречување на потенцијални организациски проблеми преку исполнување на стандардите за акредитација. Најголем процент на испитаници се согласиле дека процесот на акредитација е значаен процес за подобрување на секојдневната работа на здравствените работници. Поголемиот дел од испитаниците се согласиле дека ако нивната организација започне со процесот на акредитација, тие ќе ја одобрат и ќе активно ќе учествуваат.

Па, оттука може да се заклучи и дека процесот на акредитација ќе биде прифатен од медицинскиот персонал, како процес што може да подобри многу аспекти на испорака на квалитетот на услугите кои се пружаат на пациентите, како и подобро организирање на секојдневната работа на организацијата за здравствена заштита (Petrusavska et al., 2016).

3.8.1 Здравствениот систем во Македонија и Акредитацијата на здравствените установи во РМ

Преку истражување на научна литература и релевантна документација, достапни во Министерството за здравство, Фондот за здравствено осигурување, Светската банка и Светската здравствена организација биле собрани податоци за Главните здравствени политики и реформски активности во рамките на здравствениот систем што се

спроведуваше во изминатите дваесет години во Р. Македонија. Дел од податоците исто така биле собрани и од Институтот за јавно здравје и Државниот завод за статистика. По согледувањето на промените во моќта за донесување одлуки во врска со распределбата на ресурсите и политичките влијанија, се констатирало дека Темпото на реформите не е континуирано и влијанието на политиката е многу видливо во текот на целиот период на транзиција во Република Македонија. Се идентификувале три периоди на реформи во здравствениот систем во Македонија: пост-социјалистички, пропазарен и манифест. Во текот на овие периоди, лошото одржување, ниската ефикасност и високите оперативни трошоци ги зголемиле расходите за здравствени услуги и лекови што се одразило на влошување на инфраструктурата на јавните болници. Паралелно, регулирањето на пазарот во либерален се започна и со комерцијализација на здравствените услуги. Разочарани од квалитетот на здравствените услуги кои ги обезбедува јавното здравство, многу граѓани се одлучуваат да побараат услуги од приватни здравствени установи, каде социјалното здравствено осигурување во голема мера не ги покрива трошоците. Главните проблеми на здравствениот систем во Република Македонија се политизирањето на здравствениот сектор, високата централизација и владината контрола и слабата ефикасност на јавните здравствени установи (Lazarevik et al., 2012).

Како еден од поважните фактори за успешно спроведување на акредитацијата е подготвеноста на здравствената организација да изврши организациски промени. Така и во Р.Македонија пред да се започне со национална акредитација на болниците направена е студија која имала за цел да ги процени перцепциите на медицинскиот персонал во здравствените организации, во однос на организациските промени поврзани со акредитацијата, и исто така и да се поврзат променливите со спроведувањето на процесот. За успешно спроведување на процесот потребно е да се направат и промени во согласност со законот и прописите, да се воведат нов информативен систем, да се подобрат работните услови. За поголемиот дел од испитаниците во таа студија, акредитацијата е ефективна алатка за спроведување на промени што водат до квалитет во нивната организација (Petrusevska et al., 2015).

Агенцијата за квалитет и акредитација на здравствени установи согласно Законот за здравствената заштита е основана во 2013 година, од страна на Владата на Република Северна Македонија како независен орган на државната управа, а со работа започна во јули 2014 година.

Работата на Агенцијата за квалитет и акредитација на здравствените установи се заснова врз следните принципи:

1. Потполна посветеност на потребите на пациентите и здравствениот систем

2. Усогласеност со највисоките етички стандарди на транспарентност, почитување, интегритет, ефикасност и ефективност
3. Стремеж за постојано подобрување на квалитетот и безбедноста на здравствената заштита, фокусирана на пациентот, неговото семејство и најблиското опкружување
4. Постојано унапредување на знаењето и вештините на сите вработени

Основната дејност на Агенцијата за квалитет и акредитација на здравствени установи се состои од вшење на стручни и развојни работи поврзани со постапката на акредитација и постојано унапредување на квалитет на здравствена заштита.

Акредитацијата претставува постапка на оценување на квалитетот на работата на здравствените установи врз основа на применување на оптималното ниво на утврдените стандарди за работа на здравствените установи во одредена област на здравствената заштита, односно гранка на медицината.



Извор: <https://www.akazum.gov.mk/>

Процесот на акредитација опфаќа пет карактеристични етапи:

1. Подготовката на здравствената установа
2. Самооценувањето

3. Оценувањето на надворешните оценувачи на прилагоденоста на работата на установата со стандардите за акредитација
4. Спремањето на финалниот извештај и одлуката за доделување на акредитација од страна на АКАЗУМ.
5. Континуираната процена и следењето на извршување на планот за унапредување на квалитетот.

Акредитацијата како процес на утврдување на нивото на квалитетот на работење на здравствените установи, пред сè придонесува кон:

- 1) Постојано унапредување на квалитетот на здравствената заштита и ефикасноста на работата на здравствените установи,
- 2) Подигнување на нивото на задоволство на корисниците на здравствени услуги,
- 3) Обезбедување на приближно еднакви услови на работење на здравствените установи,
- 4) Обезбедување на хармонизација на постапките, барањата и предлозите на националните прописи со европските, во согласност со динамиката на приближување на Република Македонија кон ЕУ на полето на следење и унапредување на квалитетот на здравствената заштита и акредитацијата на здравствените установи,
- 5) Успешно имплементирање на стандардите за акредитација во здравствените установи од секундарно и терциерно ниво.

4. Резултати и анализи од истражувањето

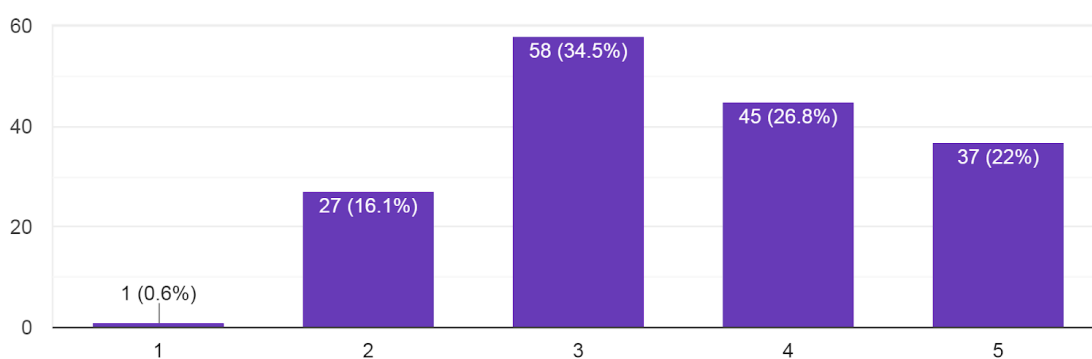
Истражувањето беше спроведено со метод на испитување со структуриран прашалник. За таа цел беа изготвени два прашалници од кои едниот беше наменет за корисниците на здравствени услуги, а другиот за менаџерите на здравствените установи. И прашалникот за корисниците на здравствени услуги и прашалникот за менаџерите на здравствените установи беа формирани со прашања од затворен тип. Кај прашалникот за корисниците на здравствени услуги беше вклучено специфично мерило за одговорите – Ликерт скала, односно понудени беа пет одговори од кои испитаниците имаа право да одберат само еден. Другиот пак прашалник се изработи врз основа на прашања (со одговор да / не), како и со отворени прашања насочени како помош во процесот на донесување заклучок, затоа што тие се состојат од мислењата на менаџерите. Вака формираните прашалници помогнаа кон остварувањето на целта на истражувањето т.е. добивање на релевантни информации за тоа

дали контролата и управувањето со квалитетот преку: намалување на трошоците, намалување на грешките, намалување на времето на чекање имаат позитивно влијание врз зголемување на задоволството на корисниците на здравствените услуги, а со тоа и подобрување на работењето на здравствените институции.

Прашалникот кој беше наменет за корисниците на здравствени услуги беше спроведен по електронски пат на социјалните мрежи (Facebook) каде се пронајдени целни групи на испитаници. Прашалникот наменет за менаџерите на здравствените установи беше доставен до нивните лични е-маил адреси . Добиените одговори се обработуваа и графички за секое поединечно прашање. Во понатамошното излагање ги претставуваме формираните прашалници и резултатите добиени од истражувањето.

На прашалникот наменет за корисниците на здравствени услуги одговориле вкупно 170 испитаници , додека пак на прашалникот наменет за менаџерите на здравствените установи одговориле вкупно 29 менаџери на јавни и приватни здравствени установи.

Графикон 1/1¹- Корисници на здравствени услуги од јавни здравствени установи



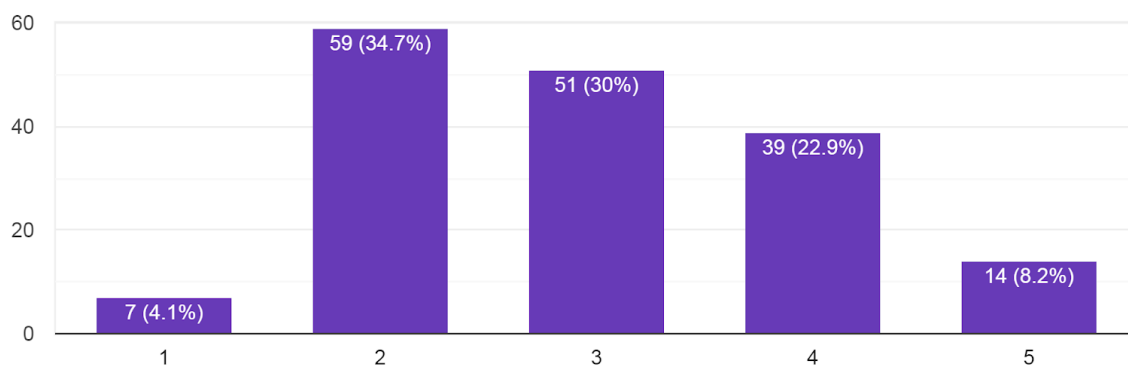
На првото прашање одговориле 168 испитаници или 99% од кои одговорите се следни: 1.Никогаш, одговорил 1 испитаник (0,6%), 2.Ретко, одговориле 27 испитаници (16,1%), 3.Повремено, одговориле 58 испитаници (34,5%), 4.Често, одговориле 45 испитаници (26,8%), 5.Секогаш, одговориле 37 испитаници или (22%).

На првото прашање најголем процент одговориле дека повремено ги користат здравствени услуги од јавните здравствени установи 58 испитаници или 34,5%. Исто така,

¹ 1.Никогаш 2.Ретко 3.Повремено 4.Често 5.Секогаш

Графикон 2/1- Корисници на здравствени услуги од приватни здравствени установи

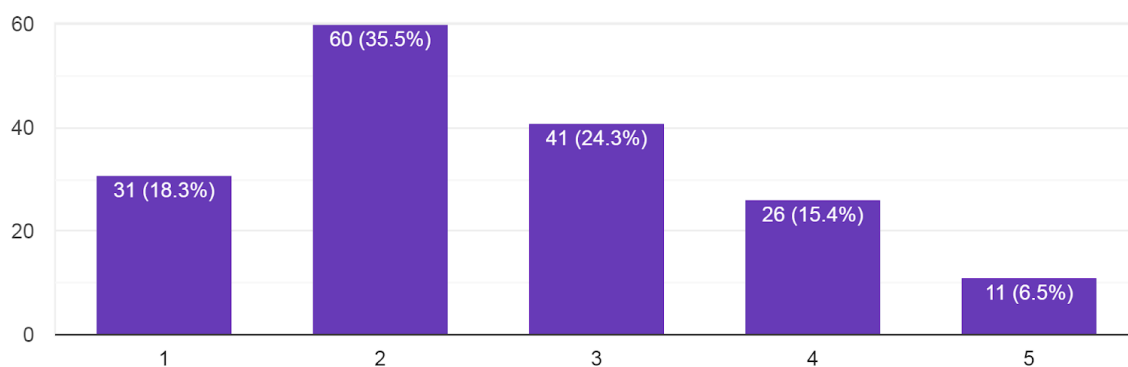
голем број од испитаниците се изјасниле дека често, односно секогаш ги користат услугите од јавните здравствени установи.



Од вкупно дадени 170 одговори испитаниците се изјасниле на следниот начин и тоа: 1.Никогаш, одговориле 7 испитаници (4,1%), 2.Ретко одговориле 59 испитаници (34,7%), 3.Повремено, одговориле 51 испитаник (30%), 4.Често, одговориле 39 испитаници (22,9%) и 5.Секогаш, одговориле 14 испитаници (8,2%).

Од приложеното можеме да утврдиме дека на второто прашање најголем процент одговориле –Ретко, 59 испитаници или 34,7%. Што во споредба со првото прашање би значело дека пациентите повеќе ги користат услугите на јавните здравствени установи.

Графикон 3/1- Услугите кои ги нуди јавното здравство ги задоволува потребите на корисниците

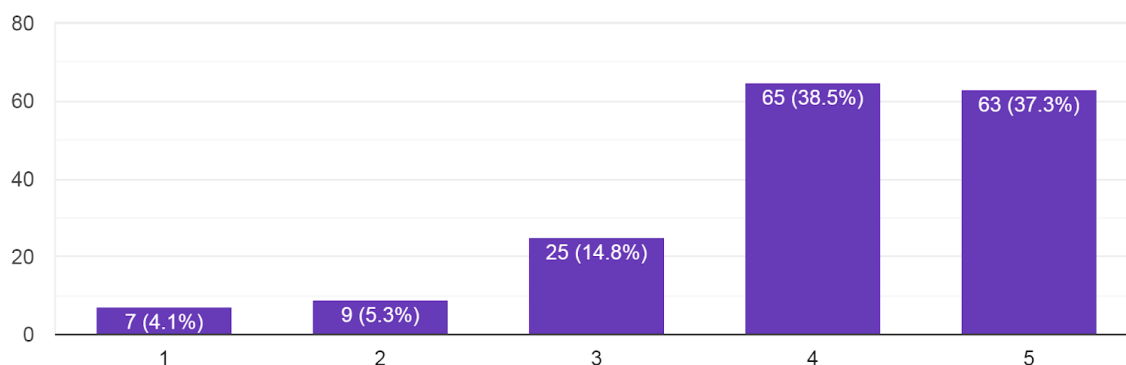


На третото прашање испитаниците се изјасниле на следниот начин и тоа:

1.Никогаш, одговориле 31 испитаник (18,3%), 2.Ретко, одговориле 60 испитаници (35,5%), 3.Повремено, одговориле 41 испитаници (24,3%), 4.Често, одговориле 26 испитаници (15,4%), 5.Секогаш одговориле 11 испитаници (6,5%).

Од графичкиот приказ на сликата можеме да забележиме дека од одговорите на третото прашање најголем процент има одговорот ретко дури 35,5%. Од тука можеме да заклучиме дека корисниците на здравствени услуги ретко или повремено се задоволни од услугите кои ги нуди јавното здравство.

Графикон 4/1- Услугите кои ги нуди приватното здравство ги задоволува потребите на корисниците

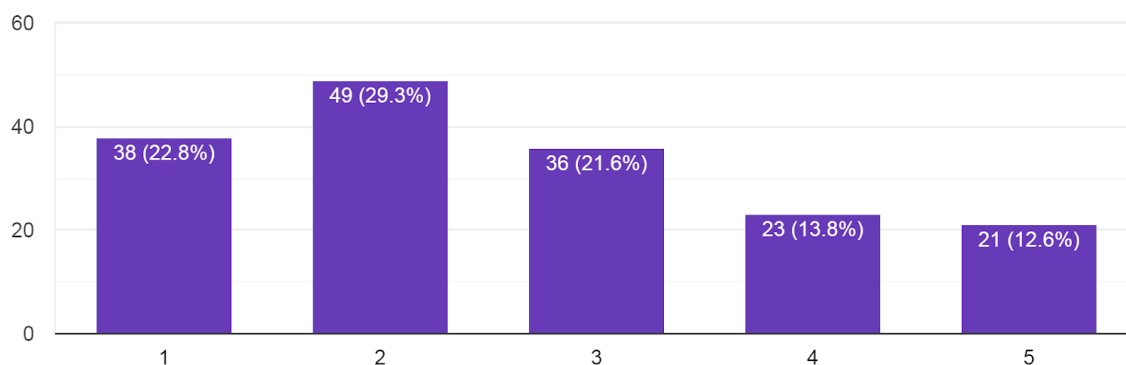


На прашањето број 4 испитаниците ги дале следните одговори:

1.Никогаш, одговориле 7 испитаници (4,1%), 2.Ретко, одговориле 9 испитаници (5,3%), 3.Повремено, одговориле 25 испитаници (14,8%), 4.Често, одговориле 65 испитаници (38,5%), 5.Секогаш, одговориле 63 испитаници (37,3%).

Од ваквите податоци можеме да заклучиме дека на прашањето со број 4 најголем број на испитаници одговориле често или високи 38,5%, што значи во однос на претходното прашање дека приватното здравство најчесто ги задоволува потребите на корисниците на здравствени услуги.

Графикон 5/1- Службеникот во јавните здравствени установи ги информира корисниците во кој временски рок ќе ја добијат услугата

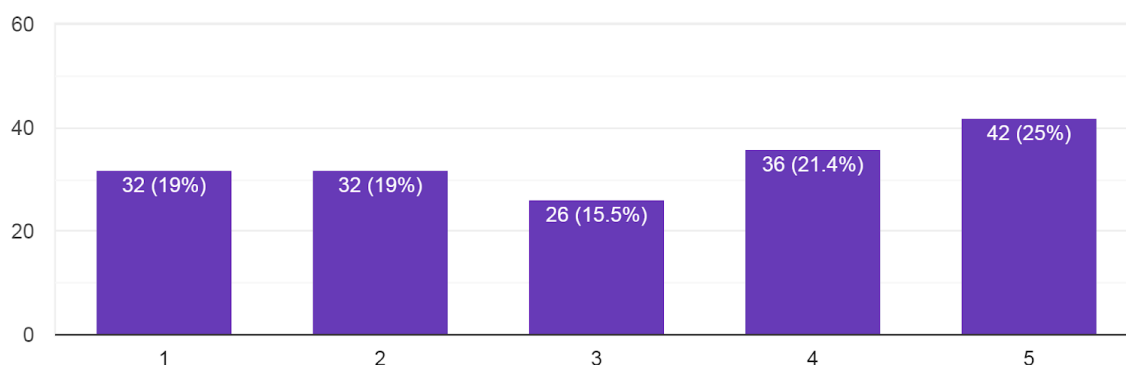


На прашањето број 5 испитаниците своите одговори ги дале на следниот начин:

1.Никогаш, одговориле 38 испитаници (22,8%), 2.Ретко, одговориле 49 испитаници (29,3%), 3.Повремено, одговориле 36 испитаници (21,6%), 4.Често, одговориле 23 испитаници (13,8%), 5.Секогаш одговориле 21 испитаници (12,6%).

Од графичкиот приказ кој се однесува на одговорите на петото прашање можеме да забележиме дека најголем број на испитаници одговориле дека ретко ги информираат во кој временски рок ќе ја добијат услугата.

Графикон 6/1- Цените на здравствените услуги во јавните здравствени установи се соодветни на квалитетот на здравствените услуги

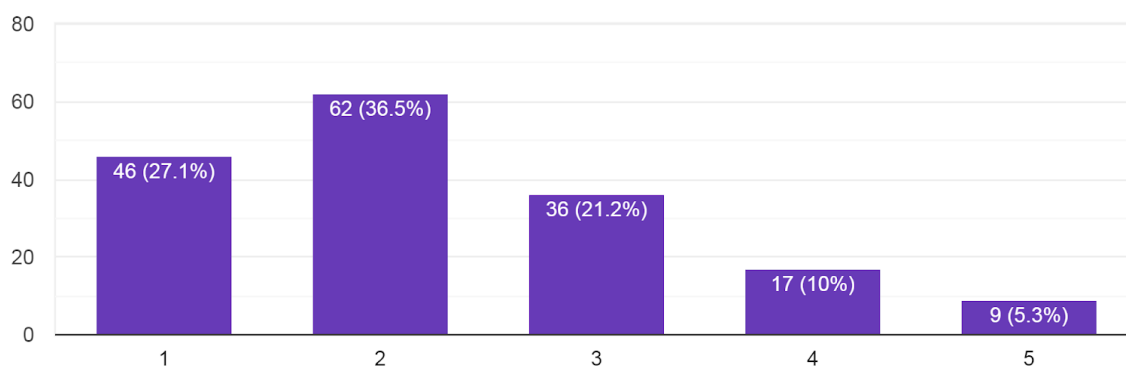


На шестото прашање испитаниците ги дале следните одговори и тоа:

1.Никогаш, одговориле 32 испитаници (19%), 2.Ретко, одговориле 32 испитаници (19%), 3.Повремено, одговориле 26 испитаници (15,5%), 4.Често, одговориле 36 испитаници (21,4%), 5.Секогаш, одговориле 42 испитаници (25%).

Од дадените одговори на шестото прашање за цените на здравствени услуги дали соодејствуваат со квалитет најголем број на испитаници одговориле дека тоа е често или секогаш така .

Графикон 7/1- Здравствените услуги кои ги нуди јавното здравство се лесно достапни

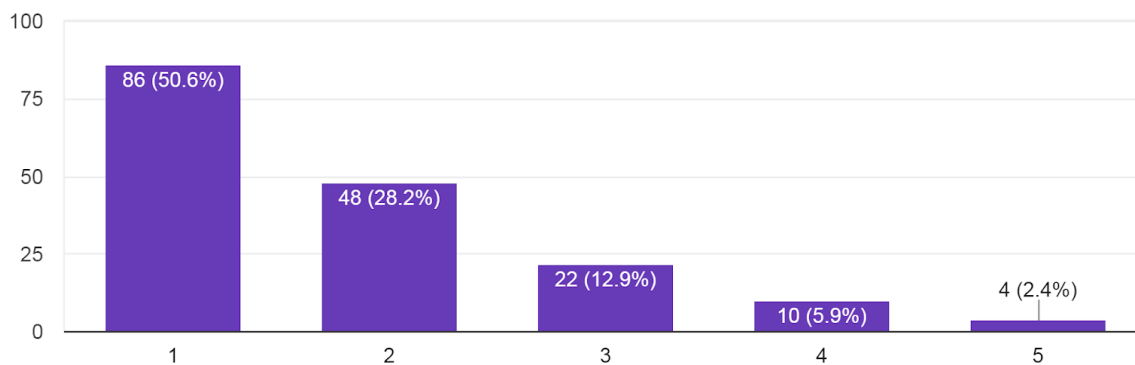


Испитаниците на прашањето со број 7 ги дале следните одговори:

1.Никогаш, одговориле 46 испитаници (27,1%),2.Ретко, одговориле 62 испитаници (36,5%),
3.Повремено, одговориле 36 испитаници (21,2%), 4.Често, одговориле 17 испитаници (10%), 5.Секогаш, одговориле 9 испитаници (5,3%).

Од приложените одговори можеме да заклучиме дека најголем е бројот на испитаници кои одговориле ретко 62 или 36,5% на прашањето дали се лесно достапни здравствените услуги кои ги нуди јавното здравство.

Графикон 8/1- Ви се допаѓа начинот на кој се организирани јавните здравствени установи

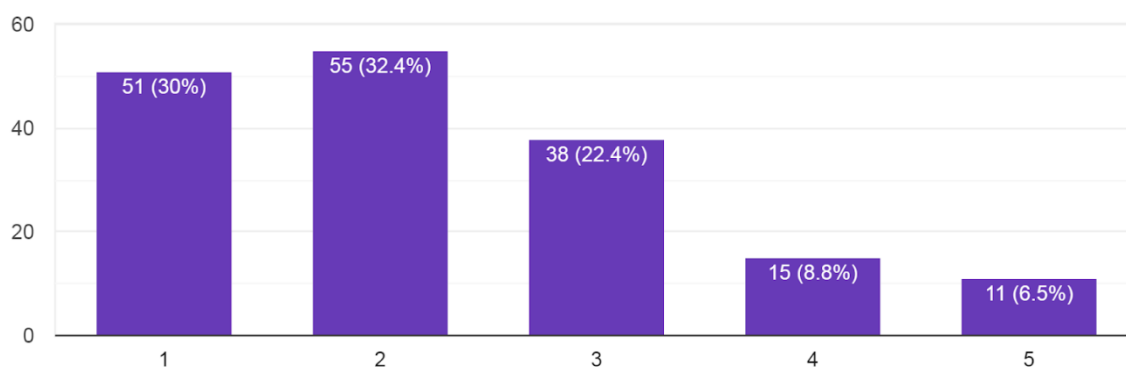


Испитаниците на прашањето со број 8 од понудените опции ги избрале следните одговори:

1.Никогаш, одговориле 86 испитаници (50,6%), 2.Ретко, одговориле 48 испитаници (28,2%), 3.Повремено, одговориле 22 испитаници (12,9%), 4.Често, одговориле 10 испитаници (5,9%), 5.Секогаш, одговориле 4 испитаници (2,4%).

Според графичкиот приказ од одговорите на испитаниците можеме да заклучиме дека на осмото прашање најголем процент од испитаниците одговориле негативно, односно дека не им се допаѓа начинот на кој се организирани јавните здравствени установи и тоа дури 86 испитаници или 50% од вкупниот број на испитаници.

Графикон 9/1- Информациите кои ги добиваат корисниците на здр.услуги од шалтерските службеници се јасни, точни и прецизни и играат улога во добивање на насоки за задоволување на нивните потреби.



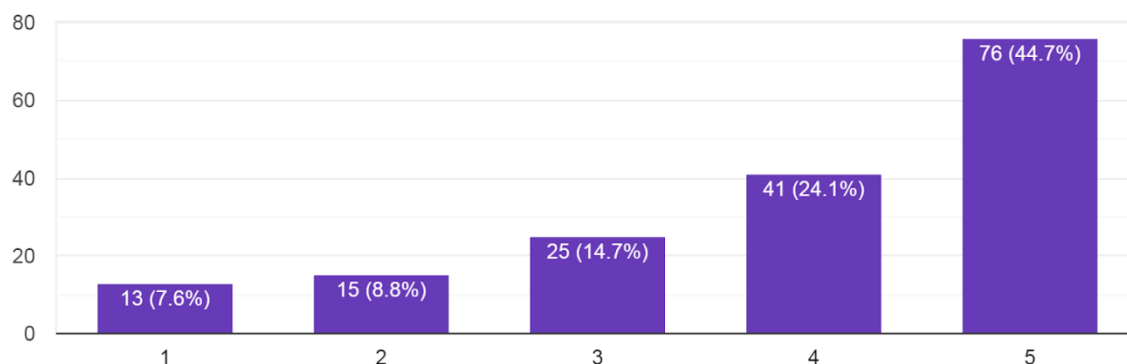
На прашањето со број 9 испитаниците по следниот редослед ги дале своите одговори:

1.Никогаш, одговориле 51 испитаници (30%), 2.Ретко, одговориле 55 испитаници (32,4%),

3.Повремено, одговориле 38 испитаници (22,4%), 4.Често, одговориле 15 испитаници (8,8%), 5.Секогаш, одговориле 11 испитаници (6,5%).

Од претставените одговори на прашањето со број 9 може да се забележи дека испитаниците најмногу одговориле дека никогаш, односно ретко се случува информациите кои ги добиваат од шалтерските службеници да се корисни, односно да ги задоволат нивните потреби.

Графикон 10/1- Однесувањето на здравствените работници влијае врз донесувањето на одлуката повторно да се користите здравствените услуги од истата здравствена установа.

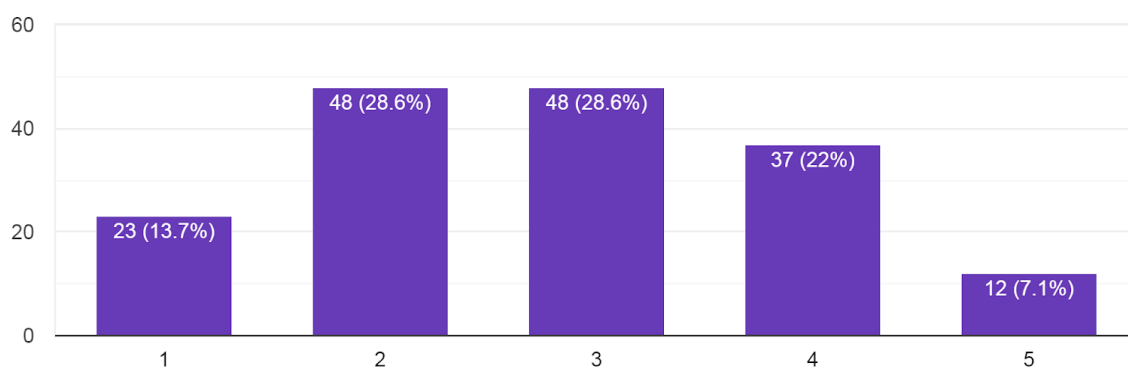


На прашањето со број 10 испитаниците ги дале следните одговори:

1.Никогаш, одговориле 13 испитаници (7,6%), 2.Ретко, одговориле 15 испитаници (8,8%), 3.Повремено, одговориле 25 испитаници (14,7%), 4.Често, одговориле 41 испитаници (24,1%), 5.Секогаш, одговориле дури 76 испитаници (44,7%).

Одговорите дадени на прашањето со број 10 од страна на испитаниците ни дава до знаење дека секогаш однесувањето на здравствените работници им влијае на испитаниците врз донесување на одлуката за повторно да ги користат услугите од истата здравствена установа. За ова прашање 76 испитаници одговориле потврдно, односно секогаш или 45% од вкупниот број на испитаници.

Графикон 11/1- Лекарите одвојуваат доволно време и даваат јасни и детални објаснувања за здравствена состојба на пациентот.

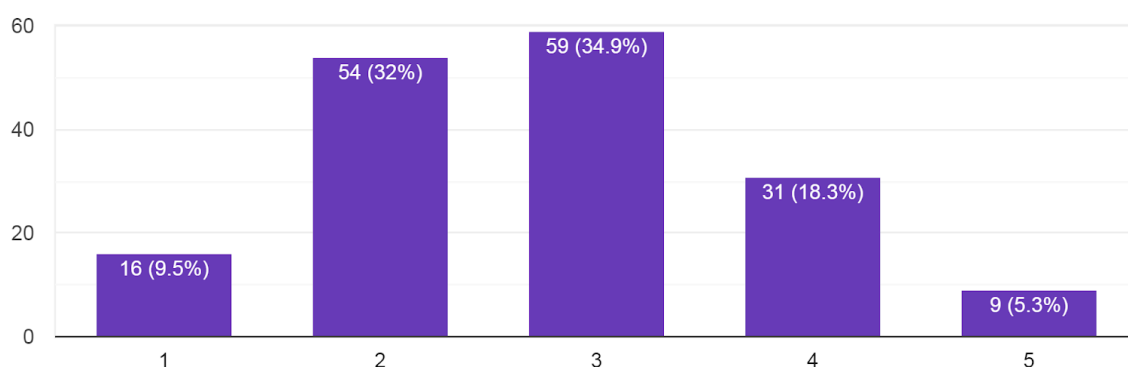


Одговорите на испитаниците на прашањето со број 11 ни ја даваат следнава слика за нивното мислење:

1.Никогаш, одговориле 23 испитаници (13,7%), 2.Ретко, одговориле 48 испитаници (28,6%), 3.Повремено, одговориле 48 испитаници (28,6%), 4.Често, одговориле 37 испитаници (22%), 5.Секогаш, одговориле 12 испитаници (7,1%).

Од приложената графичка слика за бројот на одговорите на испитаниците можеме да заклучиме дека еднаков број на испитаници одговориле дека ретко, односно повремено лекарот одвојува доволно време и дава јасни и детални објаснувања за здравствената состојба на испитаниците.

Графикон 12/1- Апаратите со кои се вршат прегледите се адекватни, точни и прецизни.

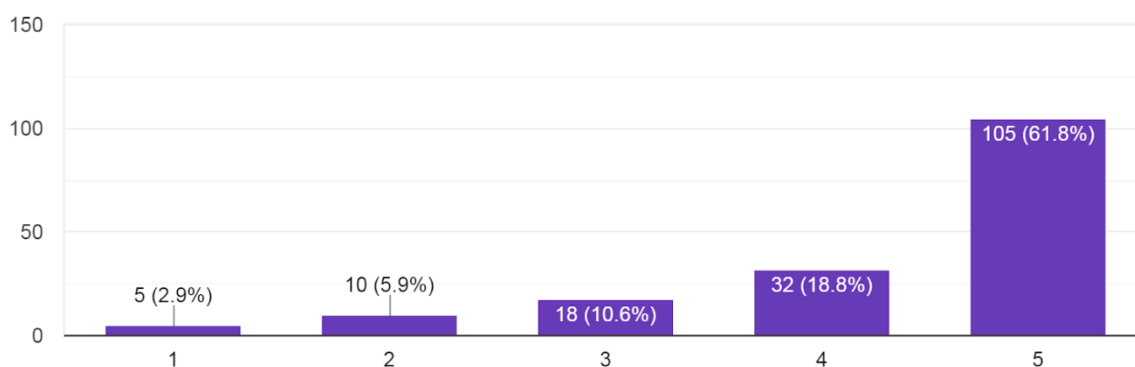


На прашањето со број 12 испитаниците ги дале своите одговори по следниот редослед:

1.Никогаш, одговориле 16 испитаници (9,5%), 2.Ретко, одговориле 54 испитаници (32%), 3.Повремено, одговориле 59 испитаници (34,9%), 4.Често, одговориле 31 испитаници (18,3%), 5.Секогаш, одговориле 9 испитаници (5,3%).

Од прикажаниот графикон според мислењето на испитаниците апаратите со кои се вршат прегледите повремено или ретко кога се адекватни, точни и прецизни. Од ова исто така може да се заклучи дека корисниците на здравствени услуги немаат доверба во здравствениот систем.

Графикон 13/1- При изборот на здравствена установа влијаат: времето на чекање, нељубезноста/љубезноста на здравствените работници, грешките на лекарите, цените на услугите.

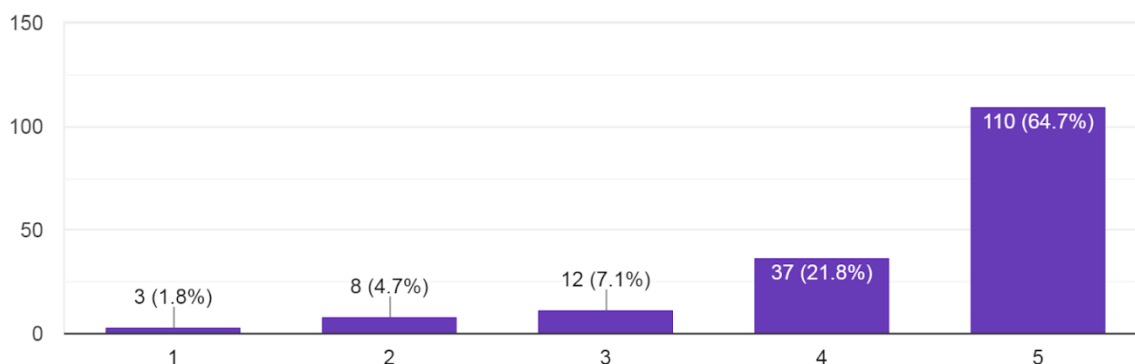


На прашањето со број 13 испитаниците го дале своето мислење по следниот редослед:

1.Никогаш, одговориле 5 испитаници (2,9%), 2.Ретко, одговориле 10 испитаници (5,9%), 3.Повремено, одговориле 18 испитаници 10,6%), 4.Често, одговориле 32 испитаници (18,8%), 5.Секогаш, одговориле 105 испитаници (61,8%).

Од следниот графички приказ доаѓаме до заклучок дека најголем дел од испитаниците дури 105 или 61,8 % одговориле дека секогаш влијат при изборот на здравствената установа времето на чекање, нељубезноста/љубезноста на здравствените работници, грешките на лекарите, цените на услугите.

Графикон 14/1- Квалитетот на здравствената услуга влијае врз одлуката на корисниците на здр.услуги за користење и купување на таа услуга.

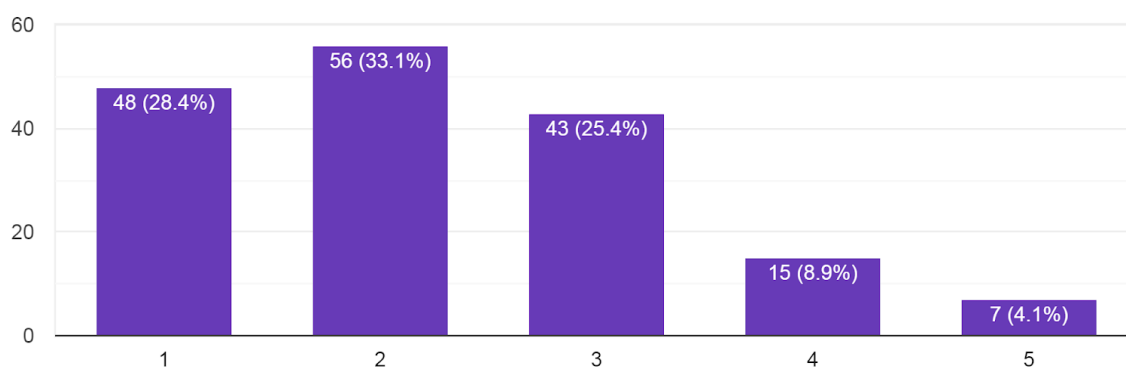


Одговорите на испитаниците на прашањето со број 14 се следни:

1.Никогаш, одговориле 3 испитаници (1,8%), 2.Ретко, одговориле 8 испитаници (4,7%), 3.Повремено, одговориле 12 испитаници (7,1%), 4.Често, одговориле 37 испитаници (21,8%), 5.Секогаш, одговориле 110 испитаници (64,7%).

Од следните добиени резултати доаѓаме до заклучок дека најголем број на испитаници одговориле дека квалитетот на здравствената услуга секогаш влијае врз донесувањето на одлука за купување и користење на таа услуга.. Потврдно одговориле 110 испитаници или 64,7%.

Графикон 15/1- Правата како корисници на здравствени услуги се почитувани.

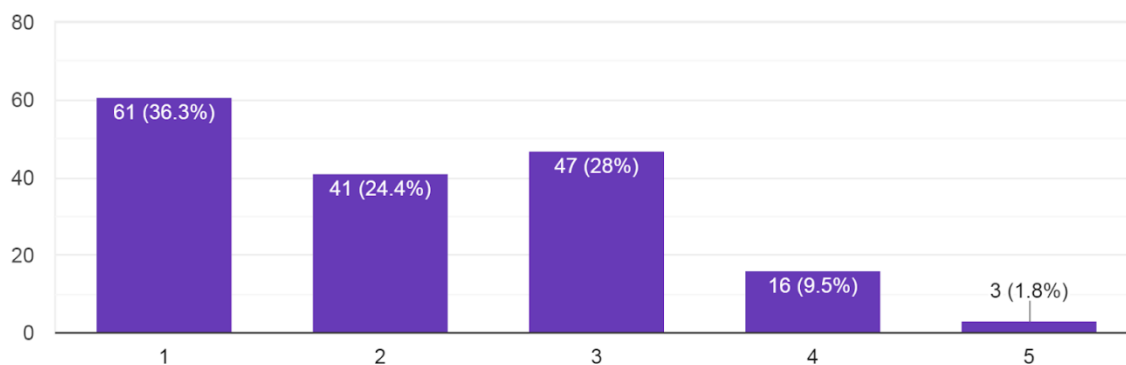


На прашањето со реден број 15 испитаниците ги дале следните одговори:

1.Никогаш, одговориле 48 испитаници (28,4%), 2.Ретко, одговориле 56 испитаници (33,1%), 3.Повремено, одговориле 43 испитаници (25,4%), 4.Често, одговориле 15 испитаници (8,9%), 5.Секогаш, одговориле 7 испитаници (4,1%).

Од понудените информации за одговорите на ова прашање најголем број на испитаници одговориле негативно, односно дека ретко кога сметаат дека нивните права како корисници на здравствени услуги се почитувани и тоа 56 испитаници или 33,1% од вкупниот број на испитаници.

Графикон 16/1- Вреднување на здравствените услуги во последните 5 години, дали има подобрување или назадување.

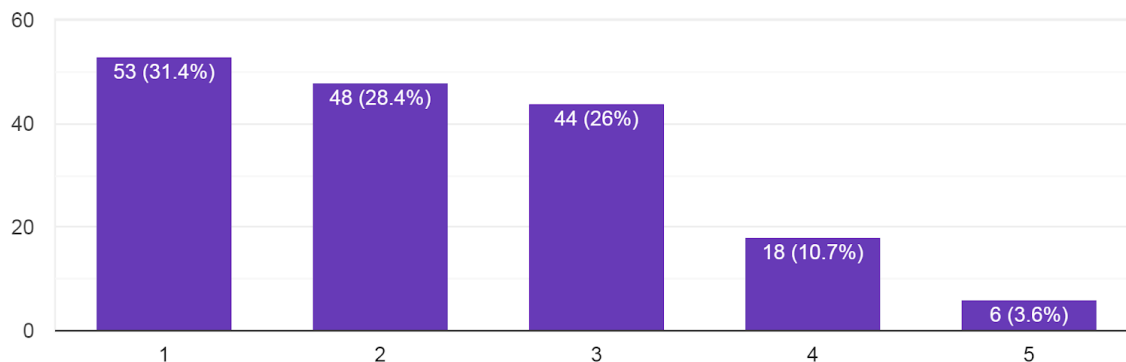


На следното прашање со реден број 16 испитаниците ги дале следните одговори:

1.Никогаш, одговориле 61 испитаник (36,3%), 2.Ретко, одговориле 41 испитаник (24,4%), 3.Повремено, одговориле 47 испитаници (28%), 4.Често, одговориле 16 испитаници (9,5%), 5.Секогаш, одговориле 3 испитаници (1,8%).

Од понудените информации за одговорите на ова прашање најголем број на испитаници одговориле дека во последниве 5 години има назадување во квалитетот на здравствените услуги, и тоа 61 испитаник или 36,3% од вкупниот број на испитаници. Додека само 3 испитаници одговориле дека има подобрување.

Графикон 17/1- Задоволство на корисниците на услугите од јавните здравствени установи



На последното прашање со реден број 17 испитаниците ги дале следните одговори:

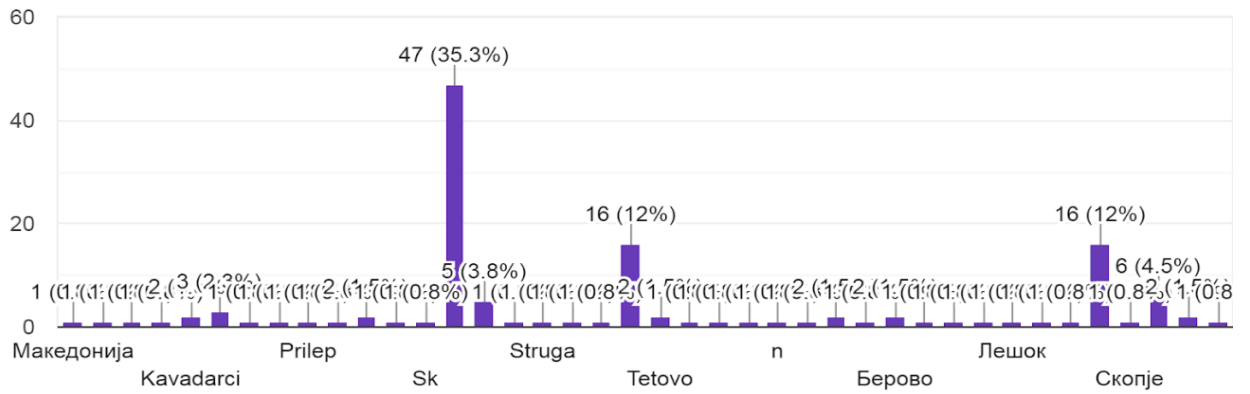
1.Никогаш, одговориле 53 испитаници (31,4%), 2.Ретко, одговориле 48 испитаници (28,4%), 3.Повремено, одговориле 44 испитаници (26%), 4.Често, одговориле 18 испитаници (10,7%), 5.Секогаш, одговориле 6 испитаници (3,6%).

Од добиените одговори на последното прашање најголем број на испитаници дури 53 или 31,4 % одговориле дека никогаш не се задоволни од јавните здравствени установи како нивни корисници. Исто така голем број на испитаници одговориле дека ретко и повремено се задоволни од јавните здравствени установи.

Во поглед на гео-демографските податоци прашањата и нивните одговори се следни:

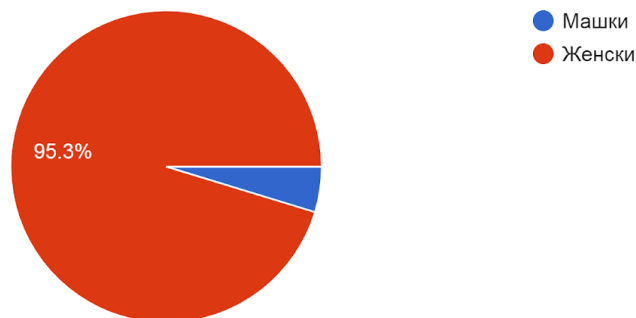
На прашањето за место на живеење испитаниците ги дале следните одговори:

Графикон 18/1- Место на живеење



Најголем број на испитаници се од Скопје 74 испитаници или 43,5% , потоа од Тетово 26 испитаници или 15,3%, понатаму Битола, Кавадарци, Крива Паланка, Струга, Берово, Прилеп, Гостивар итн. Вкупно 170 испитаници или процентуално 100%.

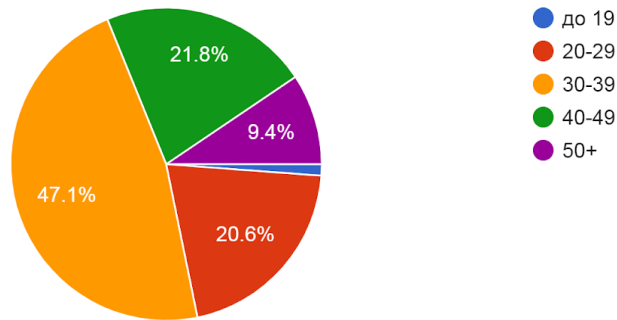
На прашањето за пол, испитаниците ги дале следните одговори:
Графикон 19/1- Пол



Од вкупниот број на испитаници 162 испитаници или 95,3% одговориле дека се од женски род, а 8 или 4,7% одговориле дека припаѓаат на машки род.

На прашањето за возраста, одговорот на испитаниците е следен:

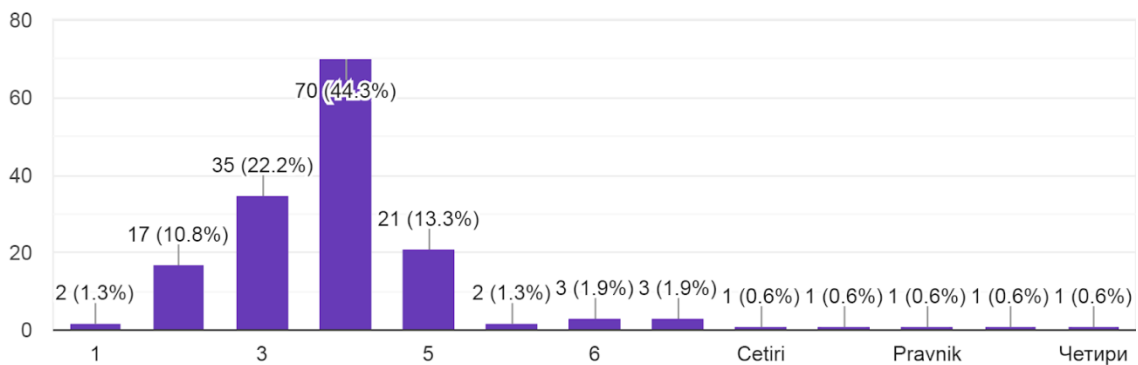
Графикон 20/1-Возраст



На целната група до 19 години одговориле 2 испитаници или 1,2%, на целна група од 20-29 години одговориле 35 испитаници или 20,6%, на целната група од 30-39 години одговориле 80 испитаници или 47,1%, на целната група од 40-49 години одговориле 37 испитаници или 21,8% и на целната група од 50 + одговориле 16 испитаници или 9,4%. Од Графичкиот приказ можеме да забележиме дека најголемиот број на испитаници припаѓаат на целната група од 30-39 години.

На прашањето колку членови брои вашето семејство имаме различни одговори , а резултатите се следни:

Графикон 21/1



Од вкупниот број на респонденти 158 изразено во процентуална вредност 100% , 2 респонденти или 1,3% одговориле дека бројот на членови на нивното семејство е 1, 17 респонденти или 10,8% одговориле дека бројот на членови е 2, потоа 35 респонденти или 22,2% одговориле дека бројот на членови на нивното семејство е 3, 70 респонденти или 44,3% одговориле дека бројот на членови е 4, 21 респондент или 13,3% одговориле дека бројот на членови на нивното семејство е 5 итн. Од графичкиот приказ можеме да забележиме дека најбројни се оние респонденти кај кои бројот на членовите во семејството изнесува 4.

Во продолжение ќе ги проследиме одговорите на прашалникот создаден за менаџерскиот тим на здравствените установи и со тоа ќе дознаеме кои се нивните погледи во однос на значењето на контролата и управувањето со квалитетот за подобрување на здравствениот систем. Прашањата беа одговорени од менаџери на јавни и приватни здравствени установи како целна група.

Така на првото прашање (1/2): каков вид здравствена установа вие менаџирате?, одговорот е од информативен карактер и може да се види дека од испитаниците 15 менаџери се од јавни здравствени установи, а 14 менаџери на приватни здравствени установи или вкупно 29 испитаници.

На второто прашање (2/2): кои се најчести извори на финансирање за реализација на вашите цели?од понудените одговори најголем процент 65,5 % или 19 менаџери одговориле дека најчест извор на финансирање за реализација на целите се буџетските средства, останатите 10 менаџери одговориле дека најчест извор на финансирање им се сопствените средства.

Одговорот на третото прашање (3/2): што подразбирате под поимот акредитација? Од 29 Менаџери само 20 го дале одговорот на ова прашање и во главни сите одговори се сведуваат на едно дека акредитација е исполнување на стандарди.

Одговорот на четвртото прашање (4/2): Дали вашата здравствена установа е сертифицирана со некои од стандардите за управување со квалитет? Од вкупно 29 одговори, 17 одговориле негативно или 58,6%, а останатите 12 дале позитивен одговор.

На прашањето, петто по ред во прашалникот (5/2): Доколку одговорот на претходното прашање е ДА, колку тоа влијае на контролата и управувањето со квалитетот на здравствените услуги во вашата здр.установа? На ова прашање 50% од менаџерите кои имаат сертифицирани здр.установи одговориле дека сертификацијата многу влијаела на контролата и управувањето со квалитет, а додека пак останатите одговориле дека малку или воопшто не влијаело на подобрување на квалитетот на здр.услуги.

На прашањето со број шест (6/2) кое се однесува лично за менаџерите, а кое гласи: Дали вие сте сертифицирани по здравствен менаџмент? Одговориле 28 менаџери, од кои 17 потврдно, а 11 негативно.

Одговорот на прашањето со број седум (7/2) кое гласи: Дали имате посебна служба за човечки ресурси? Дури 79,3% одговориле негативно, а само 20,7% позитивно, односно дека имаат посебна служба за човечки ресурси.

Прашањето со број осум (8/2) по ред на прашалникот е следното: Дали во менаџирањето со човечките ресурси користите одредени ИТ алатки (MS Project или сл.)? И одговорот на ова прашање од страна на менаџерскиот тим е со негативен одговор, односно дури 63% од испитаниците одговориле дека не користат ИТ Алатки во менаџирањето со човечките ресурси, а само 37% или 10 менаџери одговориле потврдно.

Прашањето со број девет (9/2) е следното на прашалникот: Дали сметате дека тимската работа води кон подобри или полоши перформанси во работењето? Сите 29 менаџери позитивно одговориле на ова прашање, односно сите се едногласни дека тимската работа води кон подобри перформанси во работењето.

Прашањето со број десет (10/2) кое гласи: Дали вашите вработени досега посетувале одредени обуки за контрола и управување со квалитетот на здравствените услуги? Одговорот на менаџерите е поделен, односно дека 55,2% од вработените посетуваат обуки, а 44,8% дека не посетуваат обуки. Од ова се донесува заклучок дека дури 50% од вработените во здравствените установи не посетувале обуки, што е загрижувачки показател за спремноста и знаењата на вработените да учествуваат во процесот на контролата и управувањето со квалитетот на здравствените услуги.

Следното прашање со број единаесет (11/2) кое гласи: Сметате ли дека контролата и управувањето со квалитетот имаат позитивно влијание врз зголемување на задоволството на корисниците на здравствените услуги? Сите 29 испитаници позитивно одговориле на ова прашање од што може да се констатира свесноста за значењето на контролата и управувањето со квалитетот за крајна цел давање квалитетни здравствени услуги и задоволни корисници.

Последното прашање 12/2 кое гласи: Сметате ли дека преку: намалување на трошоците, намалување на грешките и намалување на времето на чекање, ќе се подобри работењето на здравствената установа? Од вкупно 29 одговори, скоро 90% од менаџерите се сложиле со тоа дека намалување на трошоците, намалување на грешките и намалување на времето на чекање, ќе го подобри работењето на здравствената установа.

Анализа на хипотезите

Бр.на прашање	Анализа на хипотезите според одговорите двете анкети
10/1 и 17/2	Сертифицираните здравствените установи и вработените кои посетуваат обуки за контрола и управување со квалитет го подобриле работењето во насока која влијае врз донесување на одлуката на корисниците на здр.услуги за повторно да ги користат услугите од истата здравствена установа.
13/1 и 12/2	Најголем дел од испитаниците и во двете анкети одговориле дека секогаш влијаат при изборот на здравствената установа времето на чекање, нељубезноста/љубезноста на здравствените работници, грешките на лекарите, цените на услугите.
14/1 и 11/2	Повеќе од половина од испитаниците (корисници на здравствени услуги) и сите менаџери одговориле дека квалитетот на здравствената услуга секогаш влијае врз донесувањето на одлука за купување и користење на таа услуга.

Извор: сопствено истражување

Анализа на одговорите

Бр.на прашање	Анализа на одговорите на корисниците на здравствени услуги
1/1	Очекувано, најголем процент одговориле дека повремено и често ги користат здравствени услуги од јавните здравствени установи .
2/1	Спротивно од првото прашање, најголем процент одговориле дека ретко користат услуги од приватните здравствени установи, со оглед на цените на услугите.
3/1	Иако најголем процент од испитаниците користат услуги од јавните здравствени установи, сепак од одговорот на ова прашање се гледа дека тие ретко или повремено се задоволни од усугите кои ги нуди јавното здравство.
4/1	Оние корисници на приватните здравствени услуги во најголем дел се изјасниле дека најчесто ги задоволуваат нивните потреби, најголем број на испитаници одговориле често или високи 38,5%.
5/1	Една од причините за незадоволството на пациентите во јавното здравство е тоа што ретко добиваат информации во кој временски рок ќе ја добијат услугата.
	Испитаниците се едногласни дека цените на здравствените услуги кои ги добиваат во јавното здравство соодејствуваат со квалитетот на тие услуги.

6/1	
7/1	За нивото на достапност на здравствените услуги кои ги нуди јавното здравство најголем е бројот на испитаници кои одговориле ретко 62 или 36,5%, односно тоа значи дека системот е преоптоварен со пациенти и дека не е лесно да се добијат потребните услуги.
8/1	Сликата за нашето јавно здравство е јасна. Најголем процент од испитаниците одговориле негативно, односно дека не им се допаѓа начинот на кој се организирани јавните здравствени установи и тоа дури 86 испитаници или 50% од вкупниот број на испитаници.
9/1	Уште една причина за незадоволство е тоа што испитаниците одговориле дека никогаш, односно ретко се случува информациите кои ги добиваат од шалтерските службеници да им бидат корисни, односно да ги задоволат нивните потреби и барања.
10/1	Со ова прашање доаѓаме до заклучок дека секогаш однесувањето на здравствените работници им влијае на испитаниците врз донесување на одлуката за повторно да ги користат услугите од истата здравствена установа. За ова прашање 76 испитаници одговориле потврдно, односно секогаш или 45% од вкупниот број на испитаници.
11/1	Еднаков број на испитаници одговориле дека ретко, односно повремено лекарот одвојува доволно време и дава јасни и детални објаснувања за здравствената состојба на испитаниците.
12/1	Корисниците на здравствени услуги немаат доверба во здравствениот систем. Имено, според мислењето на испитаниците и апаратите со кои се вршат прегледите во најголем процент мислат дека повремено или ретко кога се адекватни, точни и прецизни.
13/1	Јасна слика ни дава и ова прашање. Очигледно, најголем дел од испитаниците дури 105 или 61,8 % одговориле дека секогаш влијаат при изборот на здравствената установа времето на чекање, нељубезноста/љубезноста на здравствените работници, грешките на лекарите, цените на услугите.
14/1	Генерален заклучок или висок процент, односно 110 испитаници или 64,7% одговориле дека квалитетот на здравствената услуга секогаш влијае врз донесувањето на одлуката за купување и користење на таа услуга.
15/1	Очигледно постои разочараност кај пациентите, најголем број на испитаници одговориле негативно, односно сметаат дека нивните права како корисници на здравствени услуги несе почитувани и тоа 56 испитаници или 33,1% од вкупниот број на испитаници.

16/1	Да ни биде појасна сликата за македонското здравство. Имено, најголем број на испитаници одговориле дека во последниве 5 години има назадување во квалитетот на здравствените услуги, и тоа 61 испитаник или 36,3% од вкупниот број на испитаници. Додека само 3 испитаници одговориле дека има подобрување.
17/1	Од добиените одговори на последното прашање најголем број од испитаниците или скоро еднакво од вкупниот број испитаници ги дале своите одговори дека никогаш, ретко и повремено не се задоволни од јавните здравствени установи како нивни корисници.

Извор: сопствено истражување

За тестирање на хипотезите потребни беа дополнителни анализи а на одговорите од двете анкети. Дел од прашањата беа исти, но спротивни - од страната на менаџерите и од страна на корисниците на здравствените услуги.

Хипотеза 1: Контролата и управувањето на квалитетот имаат позитивно влијание врз подобрување на работењето на здравствените работници.

Според одговорите на корисниците на здравствени услуги на прашањето со број 10 за тоа дали однесувањето на здравствените работници им влијае врз донесување на одлуката за повторно да ги користат услугите од истата здравствена установа, 69% од вкупниот број на испитаници одговориле дека секогаш и често однесувањето на здравствените работници им влијае врз конечната одлука.

Од тука пак произлегува потребата за користење на стандардите за управување и контрола со квалитетот, така што од дадените одговори на менаџерите на прашањето за тоа дали нивната здравствена установа е сертифицирана со некои од стандардите за управување со квалитет од вкупно 29 одговори, 17 одговориле негативно или 58,6%, а останатите 12 дале позитивен одговор. 50 % од Менаџерите на сертифицираните здравствени установи одговориле дека сертификацијата многу влијаела на контролата и управувањето со квалитет, односно 35,7 одговориле дека средно влијаела, а од тука произлегува и заклучокот за важноста за сертификација на установите.

Од друга страна пак, на прашањето Дали вашите вработени посетувале обуки за контрола и управување со квалитетот на здравствените услуги од Одговорите на менаџерите се гледа дека 55,2% од вработените посетуваат обуки, а 44,8% не посетуваат обуки. Од ова се донесува заклучок дека дури половина од вработените во здравствените установи не посетуваат обуки, што е загрижувачки показател за спремноста и знаењата на вработените

да учествуваат во процесот на контролата и управувањето со квалитетот на здравствените услуги.

Па, оттука и заклучокот за Оваа хипотеза која се докажува како точна затоа што сертифицираните здравствените установи и вработените кои посетуваат обуки за контрола и управување со квалитет го подобриле работењето во таа насока, меѓутоа за жал многу малку време и напори се посветуваат за воведување на стандарди за квалитет и обуки на вработените во здравствените установи што резултира со лош квалитет на услуги и незадоволни корисници на здравствени услуги, а особено забележително кај јавните здравствени установи.

Хипотеза 2: Контролата и управувањето со квалитетот придонесува кон подобрување на работењето на здравствените институции преку: намалување на трошоците, намалување на грешките, намалување на времето на чекање.

На прашањето со број 13 најголем дел од испитаниците дури 105 или 61,8 % одговориле дека секогаш влијат при изборот на здравствената установа времето на чекање, нељубезноста/љубезноста на здравствените работници, грешките на лекарите, цените на услугите. Како потврда на оваа констатација се и одговорите на прашањето бр. 14 со кое се доаѓа до заклучок дека најголем број на испитаници одговориле дека квалитетот на здравствената услуга секогаш влијае врз донесувањето на одлука за купување и користење на таа услуга.. Потврдно одговориле 110 испитаници или 64,7%.

Од другата страна пак, на прашањето за менаџерите за истиот проблем скоро 90% од менаџерите се сложиле со тоа дека намалување на трошоците, намалување на грешките и намалување на времето на чекање, ќе го подобри работењето на здравствената установа.

Имајќи го в предвид горенаведеното можеме да констатираме дека оваа хипотеза е докажана како точна.

Хипотеза 3: Контролата и управувањето со квалитетот имаат позитивно влијание врз зголемување на задоволството на корисниците на здравствените услуги.

Од добиените резултати на прашањето со број 14 доаѓаме до заклучок дека најголем број на испитаници одговориле дека квалитетот на здравствената услуга секогаш влијае врз донесувањето на одлука за купување и користење на таа услуга. Потврдно одговориле 110 испитаници или 64,7%.

На истото прашање наменето за менаџерите на здравствените установи сите 29 испитаници позитивно одговориле, од што може да се констатира свесноста за значењето на контролата

и управувањето со квалитетот за крајна цел давање квалитетни здравствени услуги и задоволни корисници.

Преку одговорите кои ја докажуваат оваа хипотеза како точна, јасно се гледа како преку контролата и управувањето со квалитет се достигнува еден повисок степен на квалитетни услуги кој многу влијае на одлуката на корисниците на тие услуги да решат да ја купат таа услуга. Забележуваме и како контролата и управувањето со квалитет почесто се застапени во приватните здравствени установи наспроти јавните здравствени установи каде тоа е голема реткост, а може да се види од незадоволството кое е резултат од здравствените услуги кои ги нуди јавното здравство. Може да се заклучи дека луѓето повеќе ги користат услугите на јавните здравствени установи се разбира поради ниската цена што ја плаќаат, но многуте испитаници се едногласни дека последниве 5 години има назадување во однос на квалитетот на здравствените услуги, што остава голем простор многу да се работи во таа насока, односно на полето на зголемување на контролата и управувањето со квалитетот преку: намалување на трошоците, намалување на грешките, намалување на времето на чекање, со што би се влијаело на зголемување на задоволството на корисниците на здравствените услуги, а со тоа и подобрување на работењето на здравствените институции во целост.

БИДЕЈЌИ СИТЕ ХИПОТЕЗИ СЕ ДОКАЖАА КАКО ТОЧНИ, МОЖЕМЕ ДА ЗАКЛУЧИМЕ ДЕКА ГОЛЕМА И ВАЖНА Е УЛОГАТА НА КОНТРОЛАТА И УПРАВУВАЊЕТО СО КВАЛИТЕТОТ ВО ПОДОБРУВАЊЕТО НА ЦЕЛОКУПНИОТ ЗДРАВСТВЕН СИСТЕМ!

5. Заклучоци и Препораки

Заклучоци

Во моето истражување за **Улогата на контролата и управувањето со квалитетот во подобрување на здравствениот систем**, заклучив дека **контролата и управувањето со квалитетот** заедно со нејзините облици на дејствување е значајна алатка за успешноста и

подобрување на целокупниот здравствен систем, а нејзината важност значително се зголемува и со текот на годините.

Главната цел во ова истражување беше да го видиме нејзиното директно влијание врз однесувањето на корисниците на здравствени услуги во донесувањето на одлука за користење и купување на таа услуга.

Од добиените резултати можеме да заклучиме дека корисниците на здравствени услуги почесто ги користат здравствените услуги од јавните здравствени установи, отколку од приватните здравствени установи.

Во овој случај од вкупно 168 испитаници најголем процент одговориле дека повремено, односно често ги користат здравствени услуги од јавните здравствени установи и покрај тоа што од одговорите на третото прашање може да се види дека најголем процент има одговорот ретко дури 35,5% од што се заклучува дека корисниците на здравствени услуги ретко или повремено се задоволни од усугите кои ги нуди јавното здравство.

Голем процент од испитаниците одговориле дека не се задоволни од однесувањето и упатувањето на службениците во Јавните здравствени установи, од друга страна пак на шестото прашање за цените на здравствени услуги дали соодејствуваат со квалитет најголем број на испитаници одговориле дека тоа е често или секогаш така, од што може да заклучиме дека корисниците на здравствени услуги се задоволни од висините на цените на услугите и дека практично во тој поглед не треба да се прават драстични измени.

Во однос на достапноста на здравствените услуги висок процент на испитаници кои одговориле ретко 62 или 36,5% на прашањето дали се лесно достапни здравствените услуги кои ги нуди јавното здравство, висок процент одговориле дека јавните здравствени установи не се добро организирани и дека нивните права како корисници на тие услуги не се почитувани.

На крајот сите се скоро едногласни дека последниве 5 години има назадување во однос на квалитетот на здравствените услуги, а тоа влијае врз одлуката за користење и купување на таа услуга.

Од друга страна пак приватните здравствени установи последниве години се повеќе се ориентираат кон квалитетот во самото работење и постојана контрола и управување со истото и заради тоа резултатите покажуваат малку поинаква слика кај приватните здравствен и установи, односно се гледа дека висок процент од испитаниците или 128 од

168 испитаници одговориле дека често или секогаш услугите кои ги добиваат од приватните здравствени установи ги задоволуваат нивните потреби.

Од резултатите на истражувањето создадено за менаџерскиот тим на здравствените установи ги дознавме нивните погледи во однос на значењето на контролата и управувањето со квалитетот за подобрување на здравствениот систем.

Прашањата беа одговорени од менаџери на јавни и приватни здравствени установи и како заклучок може да истакнеме дека свесноста за значењето на контролата и управувањето со квалитетот за крајна цел давање квалитетни здравствени услуги и задоволни корисници е на доста високо ниво, но реалната состојба за примена на истото е сосема друга.

Имено, според одговорите, здравствените установи што се сертифицирани со стандарди за управување со квалитет и вработените кои посетуваат обуки за контрола и управување со квалитет, иако го подобриле работењето во таа насока, за жал сеуште постојат многу здравствени установи кои многу малку време и напори посветуваат за воведување на стандарди за квалитет и обуки на вработените во здравствените установи што резултира со лош квалитет на услуги и незадоволни корисници на здравствени услуги.

Земајќи ги в предвид хипотезите, клучно е тоа дека преку контролата и управувањето на квалитетот се подобрува работењето на здравствените работници, со што добиваме зголемување на задоволството на корисниците на здравствените услуги, а од друга страна пак преку: намалување на трошоците, намалување на грешките, намалување на времето на чекање, контролата и управувањето со квалитетот придонесуваат кон подобрување на работењето на здравствените институции.

Препораки

За подобрување на целиот работен процес на здравствените установи, вклучувајќи го и подобрувањето на работењето на здравствените работници, а се со цел да им се помогне да ги подобрат своите перформанси, со кои ќе се постигне зголемување на задоволството на корисниците на здравствените услуги, може да се дадат поконкретни препораки за постигнување на подобри резултати:

- Мерењето на задоволството на корисниците на здравствените услуги е клучна алатка за пресметување на квалитетот на работењето на вработените;

- Да се отстранат грешките од минатото;
- Да се прават промени, односно да се следат новите трендови на здравствени процедури и протоколи;
- Да се инвестира во надградба на знаењето на вработените преку обуки, курсеви, семинари.
- Здравствените установи да се сертифицираат со некои од стандардите за управување со квалитет;
- Менаџерите да се сертифицираат по здравствен менаџмент;
- Тимското работење (градењето тим) е секогаш добра идеја како препорака, особено во здравствениот сектор
- Да се регулираат цените на здравствените услуги, пропорционално со квалитетот на услугата и стандардот на населението
- Мотивирање на здравствените работници (награди, патувања..)

6. Литература

- Локсимовић, О. Осигурање и здравствено осигурање, Мегатренд универзитет примењених наука, Београд, 2005.
- Badry, D., & Felske, A. W., An examination of the social determinants of health as factors related to health, healing and prevention of foetal alcohol spectrum disorder in a northern context—the brightening our home fires project, *International Journal of Circumpolar Health*, Northwest Territories, Canada, 2013., Vol. 72. doi: 10.3402/ijch.v72i0.21140
- Živaljević, A., & Vrcelj, N. (2015). Quality management of health care system by monitoring and measuring quality parameters. *Poslovna ekonomija*, 9(2), 297-320.
- Haughom, J. (2017). Five Deming Principles That Help Healthcare Process Improvement.
- Becher, E. C., & Chassin, M. R. (2001). Improving the quality of health care: who will lead?. *Health Affairs*, 20(5), 164-179.
- Hans, E. W., Van Houdenhoven, M., & Hulshof, P. J. (2012). A framework for healthcare planning and control. In *Handbook of healthcare system scheduling* (pp. 303-320). Springer, Boston, MA.
- Pang, T., Sadana, R., Hanney, S., Bhutta, Z. A., Hyder, A. A., & Simon, J. (2003). Knowledge for better health: a conceptual framework and foundation for health research systems. *Bulletin of the World Health Organization*, 81, 815-820.
- Naidu, A. (2009). Factors affecting patient satisfaction and healthcare quality. *International journal of health care quality assurance*, 22(4), 366-381.
- Rowe, A. K., De Savigny, D., Lanata, C. F., & Victora, C. G. (2005). How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource settings?. *The Lancet*, 366(9490), 1026-1035.
- Cinaroglu, S., & Baser, O. (2018). Understanding the relationship between effectiveness and outcome indicators to improve quality in healthcare. *Total Quality Management & Business Excellence*, 29(11-12), 1294-1311.
- Chaitanya, M. V. N. L., Chinni, S., Jyothi, M. V., & Reddy, Y. P. (2018). The Importance Of Quality Management System For a Successful Health Care Industry: A Review Based on Case Studies. *Journal of Chemical and Pharmaceutical Research*, 10(8), 143-149.
- Grol, R. (2001). Improving the quality of medical care: building bridges among professional pride, payer profit, and patient satisfaction. *Jama*, 286(20), 2578-2585.
- Douglas, T. J., & Judge Jr, W. Q. (2001). Total quality management implementation and competitive advantage: the role of structural control and exploration. *Academy of Management journal*, 44(1), 158-169.

- Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691-729.
- Lynn J, Baily MA, Bottrell M, et al. The ethics of using quality improvement methods in health care. *Ann Intern Med*. 2007;146:666–73 (стр.667).
- Shojania KG, McDonald KM, Wachter RM, et al. Closing the quality gap: a critical analysis of quality improvement strategies, Volume 1–Series Overview and Methodology Technical Review 9 (Contract No 290-02-0017 to the Stanford University–UCSF Evidence-based Practice Center) . Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; Aug, 2004. AHRQ Publication No. 04-0051–1. (стр.13).
- Mohammad Mosadeghrad, A. (2013). Obstacles to TQM success in health care systems. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 26(2), 147-173.
- Varkey, P., Reller, M. K., & Resar, R. K. (2007, June). Basics of quality improvement in health care. In *Mayo Clinic Proceedings* (Vol. 82, No. 6, pp. 735-739). Elsevier.
- Black, K., & Revere, L. (2006). Six Sigma arises from the ashes of TQM with a twist. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 19(3), 259-266.
- Snee, R.D. (2004) ‘Six Sigma: the evolution of 100 years of business improvement methodology’, *International Journal of Six Sigma and Competitive Advantage*, Vol. 1, No. 1, pp.4–20.
- Breyfogle, F.W. (2003) *Implementing Six Sigma. Smarter Solutions Using Statistical Methods*, Hoboken, New Jersey: Wiley.
- Barry, R., Murcko, A.C. and Brubaker, C.E. (2002) *The Six Sigma Book for Healthcare*, Chicago: Health Administration Press.
- Stahl, R., Schulz, B. and Pexton, C. (2003) ‘Healthcare’s horizon: from incremental improvement to design the future’, *Six Sigma Forum Magazine*, Vol. 1, No. 3, pp.17–25.
- Bisgaard, S. and Freiesleben, J. (2000) ‘Economics of Six Sigma programs’, *Quality Engineering*, Vol. 13, pp.325–331.
- Harry, M.J. (1997) *The Visions of Six Sigma*, 5th ed., Phoenix: Tri Star.
- Jensen, M.C. (1998) *Foundations of Organisation Strategy*, Cambridge: Harvard University Press.
- Kooy, M. and Pexton, C. (2002) ‘Using Six Sigma to improve clinical quality and outcomes’, *Clinical Quality*, August, pp.13–16.
- Van Den Heuvel, J., Does, R. J., & Verver, J. P. (2005). Six Sigma in healthcare: lessons learned from a hospital. *International Journal of Six Sigma and Competitive Advantage*, 1(4), 380-388.

- DelliFraine, J. L., Langabeer, J. R., & Nembhard, I. M. (2010). Assessing the evidence of Six Sigma and Lean in the health care industry. *Quality Management in Healthcare*, 19(3), 211-225.
- De Koning, H., Verver, J. P., van den Heuvel, J., Bisgaard, S., & Does, R. J. (2006). Lean six sigma in healthcare. *Journal for Healthcare Quality*, 28(2), 4-11.
- Tolga Taner, M., Sezen, B., & Antony, J. (2007). An overview of six sigma applications in healthcare industry. *International Journal of health care quality assurance*, 20(4), 329-340.
- Trakulsunti, Y., & Antony, J. (2018). Can Lean Six Sigma be used to reduce medication errors in the health-care sector?. *Leadership in Health Services*.
- Hughes, R. G. (2008). Tools and strategies for quality improvement and patient safety
- Andersson, R., Eriksson, H., & Torstensson, H. (2006). Similarities and differences between TQM, six sigma and lean. *The TQM magazine*, 18(3), 282-296.
- Yasin, M. M., & Alavi, J. (1999). An analytical approach to determining the competitive advantage of TQM in health care. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 12(1), 18-24.
- Corrigan, J. M. (2005). Crossing the quality chasm. *Building a better delivery system*.
- Gittel, J. H. (2009). *High performance healthcare: Using the power of relationships to achieve quality, efficiency and resilience*. New York: McGraw-Hill.
- Thor, J., Lundberg, J., Ask, J., Olsson, J., Carli, C., Härenstam, K. P., & Brommels, M. (2007). Application of statistical process control in healthcare improvement: systematic review. *BMJ Quality & Safety*, 16(5), 387-399.
- Kaplan, H. C., Provost, L. P., Froehle, C. M., & Margolis, P. A. (2012). The Model for Understanding Success in Quality (MUSIQ): building a theory of context in healthcare quality improvement. *BMJ Qual Saf*, 21(1), 13-20.
- Greenfield, D., Pawsey, M., Hinchcliff, R., Moldovan, M., & Braithwaite, J. (2012). The standard of healthcare accreditation standards: a review of empirical research underpinning their development and impact. *BMC health services research*, 12(1), 329.
- Živaljević, A., & Vrcelj, N. (2015). Quality management of health care system by monitoring and measuring quality parameters. *Poslovna ekonomija*, 9(2), 297-320.
- Buetow, S. A., & Wellingham, J. (2003). Accreditation of general practices: challenges and lessons. *BMJ Quality & Safety*, 12(2), 129-135.
- Petkovska, S., & Gjorgjeska, B. (2014). Economic Cost-Effectiveness of the Implementation of the Quality Standard ISO 9001 in the Health Sector. *Journal of Modern Accounting and Auditing*, 10(8), 912-916.

- Petrusavska, A., Dimitrovska, V., Zisovska, E., & Spasovski, M. (2016). Standpoint of Medical Staff about Accreditation in a Preaccreditation Period in Hospitals in Republic of Macedonia. *International Journal of Sciences: Basic and Applied Research (IJSBAR)*, 160(2), 242-251.
- Lazarevik, V., Donev, D., & Kasapinov, B. (2012). Three periods of health system reforms in the Republic of Macedonia (1991-2011). *Contributions of Macedonian Academy of Sciences & Arts*, 33(2).
- Petrusavska, A., Kjosavska, E., Isjanovska, R., Zafirova, B., Spasovski, M., & Zisovska, E. (2015). Evaluating Perceptions of the Healthcare Providers Concerning Accreditation in Healthcare Organizations in the R. Macedonia. *Journal of US-China Public Administration*, 12(6), 485-496.

Веб страни:

- <https://www.akazum.gov.mk/>
- <https://www.akazum.gov.mk/wp-content/uploads/2019/10/Vodic-za-samoocenuvanje.pdf>