

# Иновации в здравеопазването и лабораторната медицина

## Част 2

проф. д-р инж. Илия Ценев - консултант от Фондация „Качество 21-ви век“  
проф. д-р инж. Петър Динев – консултант от Фондация „Качество 21-ви век“  
инж. Мариана Ширкова – управител на Фондация „Качество 21-ви век“,  
проф. Крум Кацаров, д.м.н. – началник на клиника ВМА  
проф. Димитър Таков, д.м. – консултант ВМА

**Резюме.** Здравните организации се стремят към усвояване и внедряване на иновативни подходи, които да им позволят да контролират разходите за здравеопазване, да подобрят недостига на работна ръка, да отговорят на нарастващите нужди на застаряващото население и още повече, да отговорят на информираната и високотелната потребителска база за повишаване на качеството на лечението и здравната грижа. Съществуването на множество заинтересовани страни в здравеопазването и лабораторната медицина, които имат различни интереси, критерии за измерване и оценяване на качеството, става причина за поява на различни интереси, акценти и усложняване на дефиницията за иновация. Стандартите за управление на качеството се сочат като необходимо условие за създаването на среда възприемчива към иновации. Прави се предложение за актуализация на националната нормативна база, чрез въвеждане на международните стандарти за сертификация на здравни заведения и акредитация на медицински лаборатории като задължителни.

**Summary.** Healthcare organizations are seeking to adopt and implement innovative approaches that allow them to control health care costs, improve labor shortages, meet the growing needs of an aging population, and moreover, respond to the informed and demanding user base for improving the quality of treatment and health care. The complexity of defining innovation, in relation to healthcare and laboratory medicine, is primarily due to the fact that there are different stakeholders who may have many different reasons for defining innovation and measuring quality - the result is different accents, definitions and evaluation criteria. There is also a proposal to update the national regulatory framework by introducing international standards for certification of health establishments and accreditation of medical laboratories as mandatory.

**Ключови думи:** иновация, система за управление на иновации, здравеопазване, лабораторна медицина, медицинска лаборатория.

### *Обратна иновация или къде и кога възникват иновациите*

Първите описани случаи на т.нар. „обратна иновация“ илюстрират водещото желание на един лидер да намери начин за решаване на определен проблем или да задоволи изявена потребност. Той не може да бъде спрял от това, че живее в по-ниско развита и индустриализирана страна, работи за една по-слаба организация или не разполага с достатъчно средства. Обратната иновация е пример за това, че всеки един от нас може да стане двигател на съществена промяна, която да започне от позиция с малко възможности и средства.

Логично е това, че много от първите описани случаи на обратна иновация са в сферата на здравеопазването, защото качеството на живот на много хора е свързано с намирането на нови решения и създаването на възможности. Това само доказва, че иновативните решения се осъществяват, когато един човек има непреодолимото желание да промени възможностите в света около себе си и усещането, че трябва да го направи въпреки всичко.

Най-често обратни иновации се осъществяват в резултат от търсенето на по-евтин начин за правене на вече известни неща. Водещо е силното желание за предоставяне на медицинска услуга или продукт за местното население, което не би било възможно на цените, на които тази услуга или продукт се предлага от външни високоразвити здравни организации. Веднъж създадена, обаче, обратната иновация предизвиква интерес във високоразвитите организации и държави, които от своя страна също така търсят по-ефективни решения. Водеща при обратната иновация е иновативната идея, която изисква малко средства. Става дума за поглед към нещо добре известно с нови очи, водени от силното желание да се намери начин/подход/технология то да стане достъпно за по-широк кръг от хора. Обратната иновация възниква също така от дъното или периферията на пазара, но това не пречи тя да намери своята пълна реализация на нови пазари, високоразвити организации и държави. Няма ограничения за мястото, откъдето ще започне движението си промяната и създаването на нови възможности за осъществяване на ино-

вацията. Това е силно мотивиращо за младите предприемачи и лидери.

*Отворена иновация или как възникват иновациите*

Отворената иновация предполага използване на входящи и изходящи потоци от знания, продукти и технологии, съчетаването им и добавянето на свои, и на тази основа, създаване на иновативни подходи, които обслужват целите на организацията за ускоряване на производството на иновации и разширяване на външното им приложение. Организациите могат и трябва да използват външни, както и вътрешни нови идеи, нови вътрешни и външни пътища към пазара, за да намерят начин да усъвършенстват своя продукт и технология (Chesbrough, 2003).

Защо отворените иновации стават водещи? Какво определи появата и развитието им в здравеопазването? Ето няколко отговора: *i* - изобилието от знания, свободния достъп, движението и обмяна на знания (и хора) налагат представата за изобилие от образовани, квалифицирани и компетентни новатори – не трябва да се забравя, че знанието се носи от човека, при това няма как един човек да събере в себе си цялото знание, необходимо да обслужи създаването на иновация; *ii* – мобилността на хора от организация в организация, от регион в регион или от страна в страна, позволява те да натрупат знания, умения и опит, които могат да споделят на новото си работно място; *iii* – рисковият капитал, и по-точно венчърният капитал, е увеличил своя обем и достъпност, което позволява осъществяването на иновации във от традиционната организация; *iv* – „глад“ за иновации, определен от краткия живот и късото време за навлизане на продуктите на пазара, и ускоряването на темпа на промяна, определящ натиска върху организациите за развитие и внедряване на иновации.

С по-доброто разбиране на това, „какво-има-някъде-там“, организациите вече са в състояние да намалят риска чрез комбиниране на външни възможности с вътрешни иновационни ресурси. Нещо повече, отворените иновации осигуряват приоритет на пазарно ориентирани научни изследвания, възможности за развитие на малките фирми за иновации, „бързите ползи“ от иновациите и изключителната мобилност при разширяване на приложенията.

*Иновацията е процес, който може да бъде управляван*

Същността на иновацията не може да бъде разбрана, ако тя не се разглежда като процес, който включва логически обособени, но свързани помежду си дейности и етапи на осъществяване, за да се създаде нов продукт, услуга или процес. В много източници, иновацията се разглежда като процес, с което се обръща внимание на това, че иновацията се развива като дейност във времето и има ясно изразени стадии на развитие и изисква изграждането на система за управление. развитието на управлението на иновации, от средата на миналия век до днес, може да се възприеме като преход от случайни иновации и моментни управленски решения към въвеждане на строга система от процедури.

Иновационният процес е процесът на целенасочено приваждане на всички нови идеи (такива за решаване на проблеми или за задоволяване на потребности) в употреба, действие,

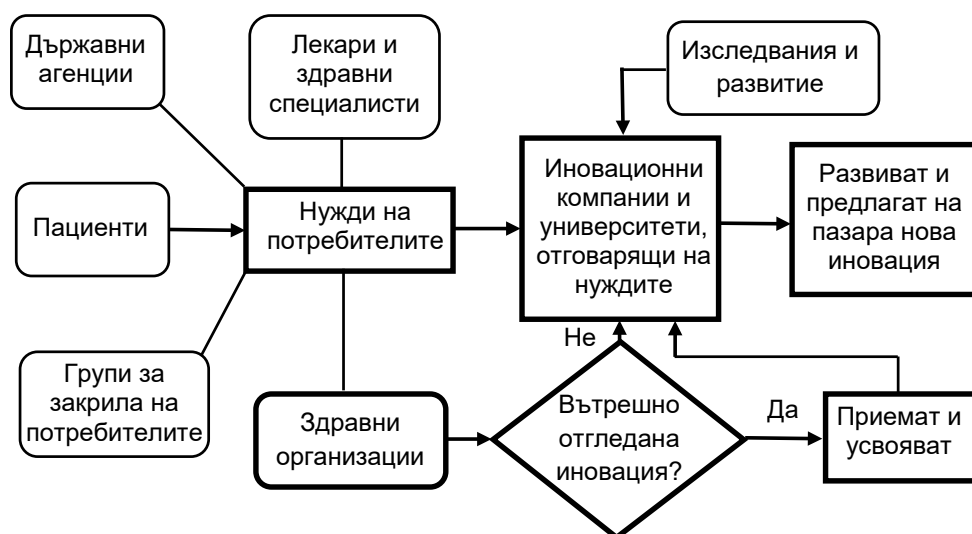
използване, експлоатация и разпространение за произвеждането на иновационен резултат. Винаги в началото стои иновативната (и носеща креативен заряд) идея, а в края - иновационният резултат като продукт, т.е. процесният и системният подход се прилагат при изучаването и използването на всяка иновация. Иновационният процес включва в себе си множество иновативни дейности, представляващи всички научни, технологични, организационни, финансови и търговски стъпки, които действително водят, или са насочени, към осъществяването на иновации. Крайна цел на управлението на иновациите е повишаването на ефективността на използване на ресурсите и осигуряването на рационално функциониране на всички дейности, свързани с иновациите.

*Система за управление на иновации*

Системата за управление на иновациите съчетава системата „етап-контролна точка“ (англ.: stage-gate) с добре известния ни кръг на управлението и продължаващото подобряване, с PDCA- структура (Plan-Do-Check-Act/Adjust: планиране - реализация - проверка - действие/корекция), за изграждане на нов действителен стандартизиран модел на управление. Тази система се представя от БДС CEN-TC 16555-1, развита и допълнена е със следващи части (от 1 до 7), които разработват и допълват съществени елементи от представената система, табл. 1. Този подход позволява на изградената по модела система за управление на иновациите да се интегрира успешно в други стандартизирани системи за управление на бизнеса в здравните организации, включително с БДС EN ISO 9001, БДС EN ISO 15189, БДС EN ISO 14001, и други.

Важно е да се разбере и отговори на въпроса: кое е това, което предизвиква появата на иновации в областта на здравеопазването. Въпросът може да бъде зададен по друг начин: *иновациите ли преследват потребностите на пациента или обратното, потребностите на пациента преследват иновациите*. В първия случай, нова или съществуваща технология търси проблем, който може да реши, докато във втория случай, нови или съществуващи проблеми търсят решения под формата на иновации. Казано по друг начин, става въпрос за решения, които търсят проблеми за решаване, срещу проблеми, които търсят решения за усвояване.

Много от иновациите в здравеопазването се иницират от заинтересованите страни в здравеопазването (пациенти, адвокати за защита на пациентите, здравни организации, лекари, професионалисти в здравеопазване). В някои случаи, правителството, в опит да смекчи опасенията и предизвикателствата пред здравеопазването, налагат на здравните организации промяна. Веднъж определени потребностите, необходимо е да се реши дали те могат да бъдат посрещнати вътрешно или външно, т.е. чрез друга здравна иновативна организация. Ако иновацията произхожда от самата здравна организация, тя се тества, модифицира и приема. Ако тя не произхожда от здравната организация, потребността се удовлетворява от друга здравна технологична организация, която разработва, тества и изнася технологията на пазара. В някои случаи, здравната организация приема иновацията, дори когато това е недотам съвършен опит за осъществяване и го подобрява; след това започва да го продава на други здравни организации, фиг. 6.



Фиг. 6

Важното е да се разбере иновационния процес вътре в такива здравни организации, като болницата, старческият дом, домашният патронаж или организацията за здравни грижи. Тези организации, обикновено, не разполагат с голямо звено за извършване на изследователска и технологична (развойна) дейност, поради което трябва да разчитат на таланта и креативността на собствения си персонал и работни екипи. Една организация за здравни грижи може да разчита на обратна връзка от собствените си служители в областта на продажбите и маркетинга; една болница - от своя страна, може да разчита на пациенти, лекари и персонал; и двете групи могат да разчитат на информация относно конкурентите, за да започнат търсенето на подобрения, фиг. 7.

В някои случаи, именно ограниченията в ресурсите, с които разполагат здравните организации, ги принуждават да си партнират със здравни организации за иновации, за да създадат продукт, който отговаря на техните нужди. На фиг. 7 е представена система за управление на иновациите според тристепенния модел на управление, изграден върху организационното обслужване (*Omachonu и Einspruch*, 2009). На първия етап, организацията създава услуга според нуждите на пазара, а на втория, тя подобрява услугата, за да отговори на изискванията на пазара (*Beckwith*, 1997). Още на този втори етап, много от компаниите смятат, че са постигнали целта си. Но някои от тях се придвижват отвъд втория етап, те внедряват и разработват услуги, за които никога не биха могли да твърдят, че ще се търсят от клиента. Те създават услуга, която е възможно да бъде създадена от тях. Тази услуга не може да отговори на въпроса – „Какво искат клиентите ми?“, а трябва да отговори по-скоро на друг въпрос – „Какво биха очаквали те?“. Това подчертава идеята, че иновациите в услугите не винаги се определят от потребностите на клиентите.

За да получат отговор на този въпрос, здравните организации трябва да проучат взаимодействието между услугите и технологиите. Отговорите трябва да се търсят в един от четирите квадранта, показани на фиг. 7: иновациите (от етап 3) могат да бъдат подкрепени чрез прилагането на нова технология

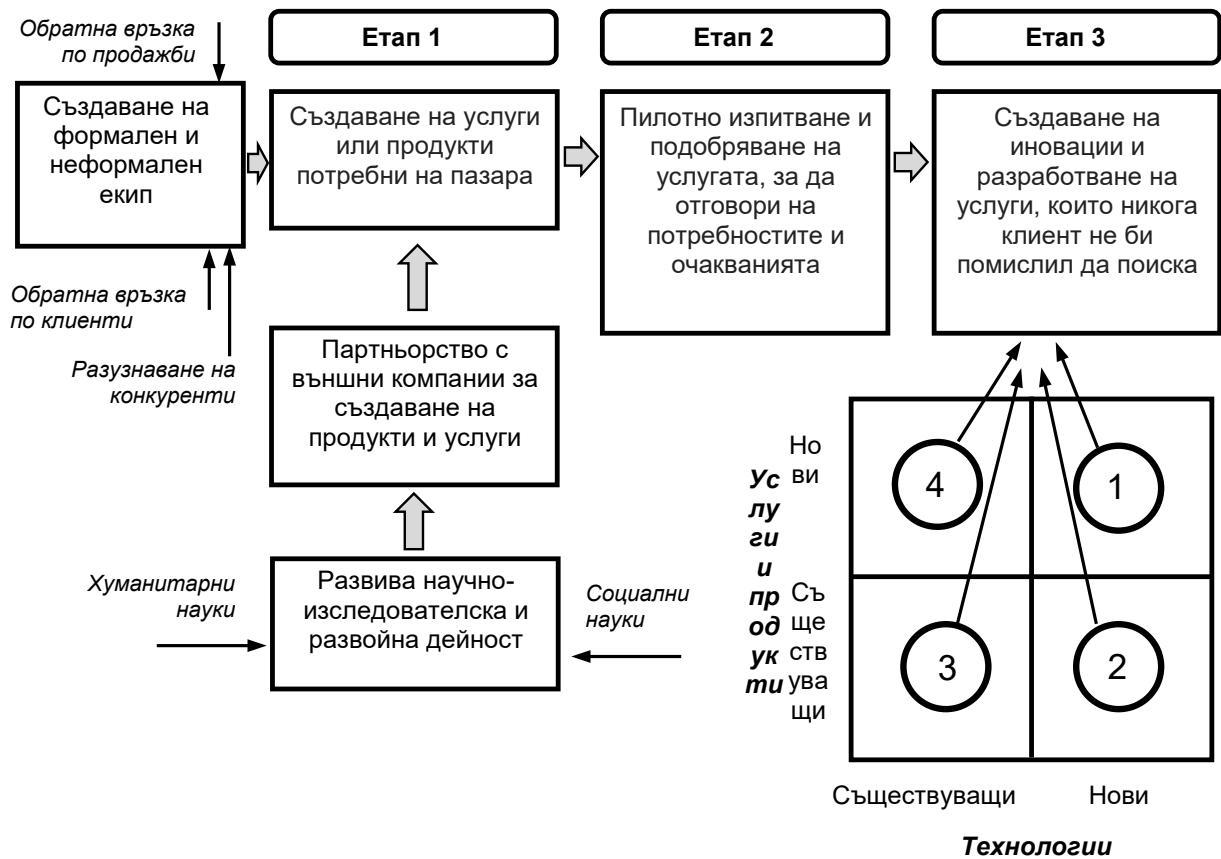
за нови услуги (1), нова технология за съществуваща услуга (2), съществуваща технология за съществуваща услуга (3) и съществуваща технология за нова услуга (4).

От решаващо значение е това да се посочи измерителя на иновациите в областта на здравеопазването, за да бъде разбран правилно процеса на иновации. Друг начин за оценяване на иновациите е задаването на следните два въпроса: „Иновациите ли преследват потребности?“ и „Потребностите ли преследват иновации?“. В първия случай, нова или съществуваща технология търси проблем, който да разреши, докато във втория случай, нов или съществуващ проблем преследва решение под формата на иновации. Казано по друг начин, става въпрос за готови решения, които търсят проблемите, които могат да бъдат решени, или проблеми, които търсят решения за възприемане и приложение. Във всеки случай, технологията играе централна роля, за да улесни този процес, фиг. 7.

#### Заинтересовани страни и иновации в здравеопазването

Много се пише за сложността на здравеопазването и свързаните с него заинтересовани страни и организации. При това, всяка заинтересована страна трябва да се разглежда, като страна, заявяваща интерес към здравеопазването и неговото развитие, и като страна, очакваща полза, изгода, облага от развитието на здравеопазването. От гледна точка на осъществяване на иновациите, във бъдещо време, могат да бъдат обособени две основни групи от заинтересовани страни: тези, които търсят пряко участие в предоставянето на медицински грижи и услуги, и други, които разкриват, разработват и обезпечават технология/техника, използвана при доставянето на медицински грижи. Всяка от тях се намира в договорни отношения от вида „доставчик-клиент“ с другата, всяка със своите потребности и очаквания от осъществяването на иновацията.

Заинтересованите страни, имащи отношение към доставяне-



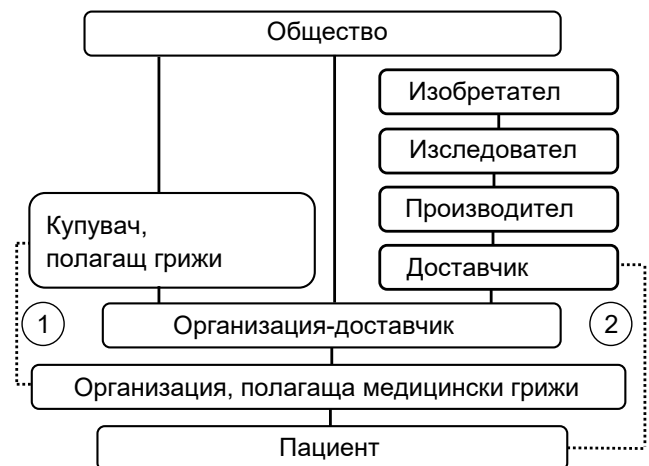
Фиг. 7

то на иновативни медицински услуги, са: i) пациентите; ii) организациите, полагащи медицински грижи; iii) организациите, предоставяща медицински грижи; iv) организациите, закупуващи медицински грижи (т.е. доставчика, застрахователя или платеща) и v) обществото. От своя страна, заинтересованите страни, свързани с разработване на иновативни технологии за доставяне на медицински грижи, включват: i) изобретателите; ii) изследователите/разработващите; iii) организациите, осигуряващи производството, маркетинга и продажбите, iv) организациите, предоставящи медицински грижи. Структурната схема, разкриваща най-общите „договорни отношения“ между заинтересованите страни, при доставянето на медицински грижи в здравеопазването, е показана на фиг. 8 (Omachonu и Einspruch, 2009).

Вляво са разположени тези заинтересовани страни, които имат отношение към доставянето на медицински грижи, а вдясно - тези, които участват в процеса на разработване на иновации. Възможните алтернативни отношения са показани с прекъснатата линия: 1 - услуги, доставени директно от полагащия грижи, т.е. чрез общопрактикуващия лекар; 2 - тестове или устройства (апарати), закупувани директно от пациентите.

Много важно е да се разкрият всички заинтересовани от една иновация страни, тъй като именно те биха получили ползи от нея. Появата на една нова технология, в една определена област, обаче, влияе съществено, но по различен начин в полето

на интерес на останалите заинтересовани страни. Това може да създаде съществени напрежения между заинтересованите страни, тъй като, в резултат на осъществяване на иновацията, в една област могат да се увеличат предоставените грижи, докато в други области активността да намалее, заедно с доставяните грижи.



Фиг. 8

### За стандартизацията в здравеопазването и лабораторната медицина

В свое решение от 28 октомври 1999 год. (ОJ C 141/01: 2000), *Съветът на Европа* се обръща към обществените власти да признаят стратегическото значение на стандартизацията (чл. 19). Това следва да се извърши чрез поддържането на

прозрачна законова, политическа и финансова рамка, на европейско, международно и национално ниво, в която рамка стандартизацията да може да се развива по-нататък в съответствие със собствените си принципи. Съветът призовава още обществените власти и държавите - членки да оказват необходимото съдействие на стандартизационния

Таблица 1. Стандарти и технически спецификации.

№ по ред	№ на стандарта	Наименование
1.	БДС EN ISO 9001:2015	Системи за управление на качеството. Изисквания.
2.	БДС EN ISO 15224:2017	Системи за управление на качеството. Прилагане на EN ISO 9001:2015 в здравеопазването.
3.	БДС EN ISO 9004:2009	Управление за дълготраен успех на всяка организация. Подход за управление чрез качеството.
4.	СД CEN/TR 15592:2007	Здравни услуги. Системи за управление на качеството. Ръководство за използването на EN ISO 9004:2000 за непрекъснато подобряване на постиженията в здравните услуги.
5.	ISO/DIS 45001: проект	Системи за управление на здравето и безопасността при работа. Изисквания с указания за внедряване.
6.	БДС EN ISO 15189:2012	Медицински лаборатории. Изисквания за качество и компетентност (ISO 15189:2012, коригирана версия от 2014-08-15).
7.	БДС EN ISO 22870:2017	Изследване на мястото на обгрижване на пациента (РОСТ). Изисквания за качество и компетентност (ISO 22870:2016).
8.	БДС EN ISO 15197:2015	Системи за изследване при in vitro диагностика. Изисквания за системите за наблюдение на кръвната захар за самотестване при контрол на захарния диабет (ISO 15197:2013).
9.	ISO 17593:2007	Clinical laboratory testing and in vitro medical devices. Requirements for in vitro monitoring systems for self-testing of oral anticoagulant therapy.
10.	СД CEN ISO/TS 22367:2010	Медицински лаборатории. Намаление на грешките от управление на риска и продължение на подобряването им (ISO/TS 22367:2008, включително Cor 1:2009).
11.	СД CEN/TS 16555-1:2014	Управление на иновации. Част 1: Система за управление на иновации
12.	СД CEN/TS 16555-2:2015	Управление на иновации. Част 2: Управление на стратегическа информация
13.	СД CEN/TS 16555-3:2015	Управление на иновации. Част 3: Иновативно мислене.
14.	СД CEN/TS 16555-4:2015	Управление на иновации. Част 4: Управление на интелектуална собственост.
15.	СД CEN/TS 16555-5:2015	Управление на иновации. Част 5: Управление на сътрудничество.
16.	СД CEN/TS 16555-6:2015	Управление на иновации. Част 6: Управление на творчески процес.
17.	СД CEN/TS 16555-7:2016	Управление на иновации. Част 7: Оценяване на управлението на иновации.

процес, особено когато стандартизацията е в подкрепа на политиката на общността или в името на обществен интерес (чл. 26). *За разглежданата тема, това е политиката на иновации в здравеопазването и лабораторната медицина.*

Доброволният характер на прилагането на стандартите в България, след отмяната на задължително им действие, доведе не само до тяхното „забравяне“, но до нещо твърде тревожно - до тяхното необосновано отхвърляне като добри и доказани международни практики. Използването на тези практики изисква от обществото и бизнеса минимални усилия и ресурси, а в много от случаите само едно обосновано политическо или бизнес-решение. Ефектът от прилагането на тези практики, обаче, може да бъде впечатляващ спрямо вложените усилия и ресурси.

За да се превърнат иновациите в здравеопазването и лабораторната медицина в национална стратегия, трябва посочените международни стандарти, табл. 2, да бъдат прилагани „задължително“. Що се отнася до стандартизационните документи, те отново трябва да останат с препоръчителен характер, но с допълнително дефиниран минимален обем на задължително прилагане. Превръщането на „доброволните“ стандарти в „задължителни“ следва да стане чрез актуализация на подходящи наредби, отнасящи се до предоставянето на финансови средства от Националната здравно-осигурителна каса (НЗОК).

Влязлата в действие (2014) техническа спецификация СД CEN/TS 16555-1:2014 дава насоки за създаването и поддържането на система за управление на иновации. Този документ е приложим във всички публични и частни здравни организации, независимо от сектор, тип или размер. Системата за управление на иновации, според този документ, заимства структурата PDCA (Plan-Do-Check-Act), което позволява тя да се интегрира в рамките на други системи за стандартизирано управление на бизнеса, съществуващи в здравните организации, например EN ISO 9001, EN ISO 14001 и т.н.

Този документ дава насоки за: *i* - разбирането на контекста на организацията; *ii* - установяването на лидерство и ангажираност на висшето ръководство; *iii* - планирането на успеха в иновациите; *iv* - идентифицирането на движещите фактори и насърчаване на тези, благоприятстващи иновациите; *v* - разработването на процес за управление на иновации; *vi* - оценяването и подобряването на ефективността на системата за управление на иновации; *vii* - разбирането и използването на техники за управление на иновациите. Чрез този документ, здравните организации и медицинските лаборатории могат да повишат осведомеността си за значението на системата за управление на иновации, да изградят такава система, да разширят своя капацитет за иновации, и в крайна сметка да генерират по-голяма стойност, както в здравната организация, така и сред заинтересованите страни.

**Здравеопазването в България се намира в критично състояние**

Здравната система в България е изправена пред много големи предизвикателства, заяви Европейската комисия (ЕК) през 2017 година (*State of Health in the EU*. България. Здравен про-

фил на страната, 2017).

Кои са те?

1. *България има силно централизирана системата на социално здравно осигуряване (СЗО).* За политиката и цялостна организация отговаря Министерството на здравеопазването (МЗ), а основният купувач в системата остава Националната здравноосигурителна каса (НЗОК). Нов вид доставчик на здравни грижи е разрешен (2015), но той все още не се е появил на пазара.

2. *Делът на неосигурените граждани се запазва висок, а достъпът до здравната система е затруднен.* По закон, всички граждани са задължително здравно осигурени и имат достъп до здравната система. Въпреки това, 12 % от населението не е обхванато от СЗО. Така, достъпът до здравни услуги става много труден за част от населението, като доплащането за медицински услуги затруднява домакинствата с ниски доходи, дългосрочно безработните и възрастните хора. Голяма част (35 %) от т.нар. ромско население не е здравно осигурено. Има три направления, в които трябва да се търсят проблемите: не всички плащат; здравната осигуровка остава ниска и увеличаването на парите не води до по-висока ефективност.

3. *Разходите за здравеопазване са много ниски и са в пряка зависимост от преките плащания.* Разходите за здравеопазване, в размер от 1117 EUR, на глава от населението, са третите най-ниски в ЕС (2015), което съответства на 8,2 % от БВП и остава доста по-ниско от средната стойност - EU:9,9 %. Само около половината (51 %) идват от публични източници, което е вторият най-нисък дял в ЕС. Равнището на преките плащания (48 % от разходите за здравеопазване) в България е най-високото в ЕС. Прадокс, българинът плаща най-много за здраве, а в резултат българите имат най-висока смъртност.

4. *Закупуването на здравни услуги трябва да бъде подобро, както и координацията на здравните грижи.* Болничната помощ запазва своето водещо място при предоставянето на здравни услуги. България е абсолютен шампион по хоспитализации - над 320 на 1000 души население. На второ място е Австрия с малко над 250/1000 хоспитализации, а средно в ЕС този показател е около 170/1000. Страната ни има един от най-големите брой легла за активно лечение в ЕС - 6/1000 (средно 4,2/1000 за ЕС).

Бюджетът на болничната помощ за 2017 година достига 1,5 млрд. лева, докато извънболничната помощ е „сравнително слаба“ и слабо финансирана – с бюджет от 630 хил. лева. От създаването на НЗОК (2001) до ден днешен, бюджетът за здравеопазване нараства бързо. От 2009 година насам, бюджетът е нараснал с 39 % или с приблизително 1 млрд. лева, за да достигне 3,45 млрд. лева, днес. Въпреки ежегодното увеличаване на бюджета, ефективността на здравното осигуряване не се е повишила.

Свърхфинансирането на болничната помощ създава порочната практика всеки пациент да бъде хоспитализиран за заболявания, за които няма нужда или от които не е болен. Друга причина за многото хоспитализации е това, че болният няма достъп до скъпи изследвания в амбулаторни условия и затова той влиза в болница. Хоспитализациите в повечето случаи са „на хартия“, а пациентът дори не предполага. Броят на хоспитализациите, дължащи се на хронични болести, е сред най-високите в ЕС. Този брой не е признак за качествено

здравеопазването, той е изкуствено увеличен: вместо да бъдат повторно приемани в болница, пациенти с тези състояния може да се лекуват ефективно в амбулаторната помощ. Анализът на хоспитализациите (2013) сочи, че най-малко 20 % от болничните процедури биха могли да се провеждат в извънболнични условия. Независимо от това секторът на болничната помощ продължава да нараства.

Това е белег за слабо развито доболнично здравеопазване – отчитат се едва 5,9 посещения на глава от населението в доболничната помощ, което е далече под средното в ЕС – 7,5.

**5. Работната сила в здравеопазването е изправена пред тежка недостиг и постоянен проблем с миграцията.** България има висок дял на лекарите, но вторият най-нисък дял на медицинските сестри в ЕС. Въпреки, че делът на лекарите е висок, то само 15,6 % са общопрактикуващи лекари (EU: 30,2 %). Ниското заплащане и недостатъчното признание кара много от завършилите в България лекари да напуснат страната – 2636 лекари са работили в чужбина (2015), това се превръща в устойчива тенденция.

Може да се продължи с изреждането на предизвикателствата, които стоят пред здравната система на България. За нас, обаче, от особена важност е това, че осигуряването на качеството в здравеопазването остава предизвикателство. Информацията за качеството е оскъдна, не съществува надеждна система за мониторинг и осигуряване на качеството. Факт е това, че множество болници (често малки) не разполагат с необходимия квалифициран персонал и технологично оборудване, за да осигурят качествена грижа и не обменят данни помежду си. Проблеми с качеството се докладват, както за локални болнични, така и за локални извънболнични услуги. Електронизацията все още предстои, електронните здравни досиета, електронните рецепти и електронните направления все още остава една предстояща инициатива. Системата остава неефективна, трудно достъпна и неустойчива в средно и дългосрочен план.

Така, България има втората най-ниска средна продължителност на живота (74,5 години) в ЕС след Литва, тревожно високи поведенчески рискови фактори – тютюнопушене, употреба на алкохол, затлъстяване, съчетани с бързо застаряващото население, недостига на работна сила и ниските разходи за здравеопазване. Това налага България да избира разумно пътя за развитие на своята здравна система, за да изразходва стратегически правилно ограничените си ресурси и запази устойчивостта на здравната система.

Докладът на ЕК показва ясно проблемите на здравната система, но не дава конкретни решения. В края на годината, в публичното пространство, се чува много идеи как да бъдат туширани описаните проблеми, всички очаквано предлагат „още от същото“ - повече държавна намеса в здравеопазването, покачване на здравната осигуровка и увеличаване на регулациите. Всичко това не е по-различно от това, което е правено досега и е допринесло в голяма степен за критичното й състояние. Време е за нова стратегия в здравното осигуряване – време е за добри практики и управление на качеството, време е за електронизация, време е за иновации. Наистина е време за иновации.

*Какво трябва да се знае, преди да се говори за иновации?*

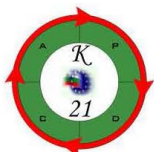
Съвременното развитие на иновациите в здравеопазването задължително трябва отчита следното: *i* - човешкото измерение остава основен ориентир и мяра за оценяване на иновациите; *ii* – всяка иновация е плод на споделени ценности и на направен избор в обществото, което я превръща в съществен елемент на културата; *iii* – иновациите се появяват по-скоро от социална потребност, отколкото от технологично развитие; *iv* – истинската промяна идва от пациентите, които вече проследяват своето здраве и търсят възможности за подобряване на здравната система; *v* - здравните системи трябва да възприемат иновациите като основен инструмент за постигане на стабилни и ефективни решения; *vi* – при изграждането на ефективни, безопасни и с високо качество здравни служби трябва да се зачитат основни европейски ценности, като универсалност, равнопоставеност и солидарност; *vii* - потребност от иновации има, както в здравното застраховане и реимбурсирането, така и в организацията на медицинската помощ, в използването на технологиите, в лекарствената политика, в обучението на медицински специалисти и специалисти по здравни грижи; *viii* – потребността от яснота за това, кой какви дейности извършва в една здравна система; *ix* – всяка иновация е резултат от развитието на естествените науки, които се обръщат с лице към социалните проблеми и промените в начина на живот; *x* - необходимостта от знания, резултати от научни изследвания, инвестиции и практическото им приложение за индустриализация и комерсиализация на нови идеи; *xi* - нарастващата роля на информационните и комуникационните технологии за разпространяване и умножаване на знанията и иновациите; *xii* - необходимостта от съществуване на възприемчива среда и ясна иновационна политика; *xiii* - необходимостта от среда, която едновременно да насърчава научните изследвания и развитието на иновациите.

## Заклучение

*В заключение*, авторите заявяват своята готовност да съдействат на НЗОК за актуализиране на нормативната база чрез въвеждането на стандартите, свързани с качеството в здравеопазването, като „задължителни“. За тези здравни заведения и медицински лаборатории, които искат да започнат сега тяхното прилагане в дейността на своята организация, се предлагат обучения по тематиката за „сертификация по ISO 9001 на здравни заведения“ и „акредитация по ISO 15189 за медицински лаборатории“. На интернет-страницата на фондация „Качество 21-ви век“ ([www.kachestvo-21.com](http://www.kachestvo-21.com)) са посочени много нови възможности за обучение и/или консултантска помощ

## Благодарности:

Изказваме своята благодарност на авторите *Christopher P. Price* и *Andrew St. John* за предоставената ни възможност да ползваме пълния текст на *"Innovation in Healthcare The challenge for laboratory medicine"* (*Clinica chimica acta*, 2014), което определи някои от основните идеи, изложени в тази работа.



Фондация "Качество 21-ви век"



American Industrial Hygiene Association

### **Визия:**

Фондация "КАЧЕСТВО 21-ви ВЕК" има стремежа, амбицията и готовността да работи за:

- постигане на качество в работата на бизнеса и неправителствения сектор;
- подпомагане на обществото по опазване и възстановяване на околната среда;
- промотиране на добри практики за здраве и безопасност при работа.

Нашите усилия са насочени към образованието, професионалното обучение и реализация на хора от всички възрасти и социални групи.

### **Основни цели:**

- Организиране и/или включване във форуми, кореспондиращи с визията;
- Активно поддържане на процеса на обучение през целия живот на хората;
- Прилагане на добри практики в обществото, произтичащи от международни и регионални стандарти;
- Подпомагане на работата на институции, свързани с качеството, околната среда и условията на труд;
- Дарителска дейност към образованието - начално, средно и висше;
- Представителство и поддържане на тесни контакти с международни и национални организации, споделящи визията на Фондацията и целите ѝ.

### **Стопански дейности:**

- Обучения и консултации по:
  - внедряване и поддържане на системи за управление по ISO-стандарти;
  - подготовка за акредитация и преакредитация на лаборатории за изпитване/калибриране, медицински лаборатории и органи за контрол;
  - управление на проекти;
  - прилагане на статистически методи;
  - измерване на процеси;
  - управление на риска;
  - провеждане на одити по зададени критерии на възложителя.
- Издаване на информационни материали за популяризиране дейността на Фондацията и постигане на поставените основни цели.
- Други стопански дейности, които биха могли да бъдат определени като свързани с основните цели на Фондацията и подпомагащи постигането им.