

Веселин Борисов

Здравен МЕНИДЖМЪНТ

**Синтетична презентация
за обучаващите се във ФОЗ**



Проф.д-р Веселин Борисов, д.м.н.

**Здравен
Мениджмънт
Азбука на здравния мениджмънт**

**Синтетична презентация за обучаващите се
във факултетите по обществено здраве**

Четвърто актуализирано издание
(Електронна версия)

2017

□

**Не на готовите решения, не на рецептите
в мениджмънта**

Питър Дракър

□

**Проф. Веселин Борисов, д.м.н.
Здравен мениджмънт
(Азбука на здравния мениджмънт)
2017**

**Veselin Borisov, D.Sc.
Healthcare Management
Fundamentals of Healthcare
Management**

КЪМ ЧИТАТЕЛЯ

Здравеопазването се нуждае от неотложно внедряване на професионален здравен мениджмънт. За съжаление тази витална необходимост се подценява от нашите здравни законодатели и висшите здравни мениджъри.

Догматичното бюрократично администриране на здравеопазването трябва да отиде в историята. Нужно е да се овладее новата азбука на здравния мениджмънт.

Медицината е професия, посветена на грижата за **отделния пациент**. Здравният мениджмънт е професия, посветена на управление и регулиране на **общите процеси** на здравеопазната дейност, на здравеопазването като цялостна система.

Без добър здравен мениджмънт дейността на медицинските професионалисти ще бъде хаотична и ниско ефективна.

Настоящата книга е адресирана преди всичко към обучаващите се във **факултетите по обществено здраве**. Представена е общата *панорама* на здравния мениджмънт като самостоятелна теория и практика. Многообразните управленски проблеми са синтезирани, структурирани и опростени с оглед по-голяма яснота за обучаващите се.

Крайната цел на книгата е формирането на нов управленски стил на мислене и действие.

Старанието ми е да стимулирам **САМОСТОЯТЕЛНОТО** и **КРИТИЧНОТО МИСЛЕНЕ** на бъдещия здравен мениджър, без което няма съвременен управленски професионализъм.

18 септември 2017



Бележка на автора: Повечето учебници по здравен мениджмънт са обемисти и претрупани с факти и детайли, които имат кратък временен живот и лесно се забравят, а също затрудняват възприемането на материята от студентите.

В това издание си поставих за цел възможно най-кратко и синтетично, в един по-стегнат стил, да представя **неизменимите фундаментални истини** в здравния мениджмънт, които не се поменят с времето и конюнктурите (защото все още в здравната политика и здравния мениджмънт винаги значителна конюнктура).

Съдържание

Новата азбука на здравния мениджмънт - 10

Част I.

Синтетична социална медицина *(Наука за общественото здраве)*

1. Социалната медицина като наука - възникване и предмет - 11
2. Социални фактори на здравето
3. Стил на живот - интегрален социален фактор на здравето
4. Общественото здраве като система
5. Промоция на здравето - нова парадигма на здравето

Част II.

Здравна политология *(Теория за здравната политика)*

Обща концепция за здравната политика - 18

1. Определение и същност на здравната политика
2. Типове и нива на здравна политика
3. Участници в определянето на здравната политика
4. Реалистичната здравна политика – фактори
5. Междусекторно сътрудничество в здравната политика
6. Системи на здравеопазване в съвременния свят
7. Приоритети на европейската здравна политика
8. Здравните закони като реализация на здравната политика

Част III.

Здравен мениджмънт *(Управление на здравеопазването)*

I. Същност и специфика на здравния мениджмънт - 33

1. Определение на понятието мениджмънт
2. Ентропия и мениджмънт
3. Концепции в развитието на мениджмънта
4. Интегративен характер на здравния мениджмънт
5. Здравният мениджмънт като професионална кариера -
6. Професионален портрет на здравния мениджър (атрибути)
7. Нива на управление и типове мениджъри

8. Понятие за организация
9. От здравна администрация към здравен мениджмънт
10. Оперативен и стратегически здравен мениджмънт

II. Управленският процес - 42

11. Основни функции (елементи) на мениджмънта
12. Определяне на цели
13. Управленско решение
14. Управленски цикъл - информационен модел
15. Системен модел на мениджмънта
16. Ресурси, преобразуване и резултати

III. Мениджмънт на човешките ресурси - 47

17. Същност на човешките ресурси в здравеопазването
18. Хората като елемент на организацията
19. Професионален спектър на човешките ресурси в здравеопазването
20. Формална и неформална структура
21. Стил на лидерство и мениджмънт
22. Роля на мотивацията в мениджмънта
23. Екипен подход в мениджмънта. Управленски екип

IV. Мениджмънт на финансовите ресурси - 55

24. Източници на финансиране на здравеопазването
25. Система на здравно осигуряване

V. Мениджмънт на времето - 60

26. Времето като ресурс на здравеопазването

VI. Маркетинг в здравеопазването

27. Понятие за маркетинг. Маркетингов мениджмънт 62

VII. Мениджмънт на качеството в здравеопазването - 63

28. Подходи за оценка на качеството
29. Критерии за качество на здравните услуги
30. Акредитация на лечебните заведения
31. Стандартите при оценката на качеството на здравните услуги
32. Клиничните пътеки като стандарт за качество

VIII. Стратегически здравен мениджмънт - 71

(Мениджмънт на организационната промяна в здравеопазването)

33. Типове организационна промяна

34. Роля на организационната култура
35. Стратегически здравен мениджмънт – същност и основни понятия
36. Принципи на стратегическия стил на мислене
37. Стратегическо прогнозиране. SWOT-анализ
38. Стратегии и методи на промяната. Организационно развитие
39. Общи грешки на промяната
40. Здравните реформи - трудности и рискове. Минимизиране на риска
41. Стари и нови нерешени проблеми на здравния мениджмънт

Приложения - 80

1. Стратегия-проект за управление и развитие на лечебно заведение (организационно развитие) - 82
2. Анализ на болничната дейност - 85
3. Здравният мениджър на кръстопът - 91
4. Публична оценка и граждански контрол на медицин-ската дейност (автор Б. Борисова, дм) - 89
5. Пропасти в управленското мислене - 98
6. Здравните министри в България - 100
7. Асоциативен тренинг (мозъчна атака) - 103
8. Критични анализи на здравната реформа. Финансовият хаос в здравеопазването - 99
9. Тринадесет години здравнай реформа с нейните две лица - 105
10. Големите идеи в мениджмънта (афоризми за мениджъра и лидера) - 108

* * *

Кратки данни за автора: Веселин Борисов е доктор на медицинските науки, професор по социална медицина и здравен мениджмънт във ФОЗ-София.

Автор е на 43 книги, от които 37 научни и 6 художествени. Въвежда за пръв път в България академичното обучение по дисциплините „Здравен мениджмънт“, „Стратегически здравен мениджмънт и „Мениджмънт на времето“. Носител на академичната награда „Панацея“. Почетен лектор е на Университета в Лийдс, Великобритания.



[Приложение:](#)

[Списък на книги от същия автор](#)

↓ (на следващата страница)

**[Контакт с автора](#)
за консултации и дискусии:**

vesbor.ph@abv.bg

0899098860

Книги от проф. Веселин Борисов

Част 1: Монографии, студии, учебници

1. Алкохолът и учащата се младеж, 1972
2. Заболеваемост с временна нетрудоспособност, 1975
3. Медицина, общество, идеология, 1976
4. Медицина – наука - изкуство, 1979
5. В дар на здравето, 1981
6. Системи на здравеопазване, 1983
7. Здраве и здравеопазване на работниците, 1984
8. Методология на социалната медицина, 1990
9. Въведение в здравния мениджмънт, 1995
10. Здравна политика и мениджмънт, 1994
11. Здравна политика и мениджмънт, 1998, 2 изд.
12. Социална медицина, учебник, 1994
13. Мениджмънт на организационната промяна в здравеопазването, 1997
14. Ново обществено здравеопазване, 1998, два тома (колектив)
15. Промоция на здравето, лекционен курс, 1993
16. Промоция на здравето, 1998
17. Социална медицина – учебник за медицинските колежи. 1999.
18. Доброволното здравно осигуряване – стратегия на избора. 1999
19. Реалности на здравната реформа, 2000 (съавтор Ц.Воденичаров)
20. Синтетична социална медицина, 2000
21. Синтетична социална медицина, 2004, 2 изд.
22. Здравен мениджмънт с основи на здравната политика, 2003
23. Здравен мениджмънт – новата азбука на здравния мениджмънт, 2004
24. Здравен мениджмънт – новата азбука на здравния мениджмънт, 2005, 2 изд.
25. Здравен мениджмънт – новата азбука на здравния мениджмънт, 2008, 3-то изд.
26. Здравен мениджмънт – новата азбука на здравния мениджмънт, 2013, 4-то изд.
27. Стратегически здравен мениджмънт – философия и практика. 2006
28. Здравната реформа на кръстопът – хаос или мениджмънт, 2008
29. Управление на болнични ресурси – нов болничен мениджмънт, 2012
30. Въведение в специалността „Обществено здраве и здравен мениджмънт“, 2012
31. Тринадесет години здравна реформа с нейните две лица (критичен поглед), 2013
32. Мигове по пътя – щрихи от летописа на ФОЗ, 2014
33. Заболеваемост с временна нетрудоспособност в Пернишките рудници, 1971 (автореферат кмн)
34. Съвременни методологични проблеми на социално-медицинската наука, 1987 (автореферат дмн)
35. Феноменът обществено здраве в променящия се свят – пътят към една нова наука (в съавторство с Ц. Воденичаров). 2017

Част 2. Художествени книги (поезия, есета, публицистика)

36. Кръговрати – стари и нови стихове, 1997
37. Джазът, есета, 2003

38. Между залеза и изгрева – свидетел на епохата. 1999, II изд. 2008.
39. Отвъд очевидното, 2002
40. Безкраят, стихове, 2008
41. Съмнението, есета. 2008, II изд. 2016
42. Шедьовърът на Бога – Белоградчишки видения, 2014
43. Откровения срещу съмнения (афоризми). 2016

Част 3. По-важни други публикации:

1. Здравният мениджмънт като професионално-творчески стил. – Асклепий, т.13, 1999/2000, 20-25.
2. Здравната глобалистика – зората на една нова наука. – Медицински меридиани, 2010, 2, 52-60.
3. Приоритети и псевдоприоритети – стратегически проблем на здравния мениджмънт. – (2009) zdraveonline.com
4. Новата епоха на медицината – здравен антропомениджмънт. – Медицински меридиани, 2011,3, 39- 49.
5. Лекарят между стандартите и призванието. – Медицински меридиани, 2102,3 3-11.
6. Управленският професионализъм в здравеопазването – реалност или мит. - Медицински меридиани, 2013, 4, 3-9.
7. Здравната реформа – социално-етичен и управленски абсурд. – Здравна политика и мениджмънт, 2014, специален брой.
8. Между Бисмарк, Семашко и Бевъридж – нов прочит на статуквото в здравеопазването. – Медицински меридиани, 2014, 2, 52-60.
9. Нужна и възможна ли е национална академична школа по обществено здраве? – Здравна политика и мениджмънт, 2014, 2, 78-80.
10. Нов концептуален модел на науката за обществено здраве. – Медицински меридиани, 2016, 2, 3-16.
11. Ще има ли ренесанс на Хипократ в съвременната медицина (за един нов прочит на хипократовите послания). – Асклепий, 2016, т.1-2, 5-11.
12. Борисов, В. Мостовите между клиничната медицина и общественото здраве. – Медицински меридиани, 2017,1, 3-11.



Новата азбука на здравния мениджмънт ?

Мениджмънтът трябва да се разграничи от администрацията. (L. Mullins)

Досегашното развитие на здравния мениджмънт бе в плен на ограничените представи за икономика на здравеопазването, за бизнес администрация, за публична администрация и други подобни направления.

Новата философия, новият дух на здравния мениджмънт ни води в нова посока, към нови хоризонти, нова панорама и нова негова практическа мисия.

Новата генерация здравни мениджъри са не просто професионалисти, владеещи управленски умения. Те трябва да бъдат **истински лидери** на здравната система и на нейната перманентна промяна.

Това поражда нуждата от овладяване на нова азбука на здравния мениджмънт.

Новата азбука на здравния мениджмънт се изгражда върху два типа познание: теорията на мениджмънта и теорията на здравеопазването.

В досегашната учебна практика се поставяше изключителен акцент върху теорията на мениджмънта (разбиран тясно като бизнес-администрация), а здравната проблематика бе в периферията. Показателно е, че здравните мениджъри се подготвяха извън медицинските университети. Това е едностранчив подход. Не е възможно формирането на добър здравен мениджър без познаване на здравеопазването.

В досегашната учебна практика се изучаваха главно управленски технологии, схеми и рецепти. Подценяваха се проблемите на социалната медицина, здравната политология и стратегическия стил на здравния мениджър.

Новата азбука на здравния мениджмънт е сплав на четири елемента, респективно тя има **четири главни раздела**:

- социална медицина,
- здравна политология,
- оперативен мениджмънт,
- стратегически мениджмънт.

Тази четириполюсна ориентация ни рисува новия образ на здравния мениджмънт - един бъдещ истински цялостен **здравен антропомениджмънт** (мениджмънт на човешкото здраве).

Мисията на факултетите по общественото здраве (София, Плевен, Варна и Пловдив) е да подготвят новата генерация здравни мениджъри в България, бъдещите лидери на организационната промяна.

Обучаващите се във факултетите по общественото здраве не трябва да забравят нито за миг, че тяхната професионална подготовка преследва една крайна цел – високо ниво на общественото здраве.

Затова именно философията на общественото здраве трябва да стане философия на новия здравен мениджмънт. Именно тук е фундаменталната разлика между обучението по здравен мениджмънт в специално акредитираните ФОЗ (факултети по общественото здраве) и обучението във всевъзможни други университетски и извънуниверситетски структури, които не само не са акредитирани за подобно обучение, но са лишени от академични преподаватели, познаващи добре структурата, организацията и функциите на националната здравна система.

⇒ Новата азбука на здравния мениджмънт трябва да се гради върху единна здрава теоретична основа – азбуката на общественото здраве.

Част Първа

Синтетична социална медицина (Теория на общественото здраве)



1. Социалната медицина като наука – обща концепция

Предвестник на съвременните социално-медицински идеи е трудът на Йохан Петер Франк “Система на медицинската полиция” (1817 г.). Ярки социално-медицински идеи изказва най-видният медик на XIX век *Рудолф Вирхов*: „За да изпълни великата си мисия, медицината трябва да интервенира в социалния и политическия живот”.

Първата катедра по социална медицина (наименована социална хигиена) е създадена през 1920 г. в Берлин от *А. Гротян*. Скоро се създават катедри в Австрия, Съветски съюз, Англия и др. В САЩ тази наука се развива с името “Превантивна медицина и общественото здравеопазване” (Preventive Medicine and Public Health).

Социалната медицина изучава здравето на популационно, на надиндивидуално, на общественото ниво. С това тя се *отличава* от клиничните дисциплини, изучаващи патологичните процеси в индивидуалния пациент.

- **Социалната медицина е нетрадиционна интегративна наука, чиито предмет на изучаване е общественото здраве като цялостна система, подчиняваща се на специфични закономерности** ▪

Социалната медицина е мост между естествознанието и обществознанието, между медицината и социологията, медицината и етиката, медицината и икономиката.

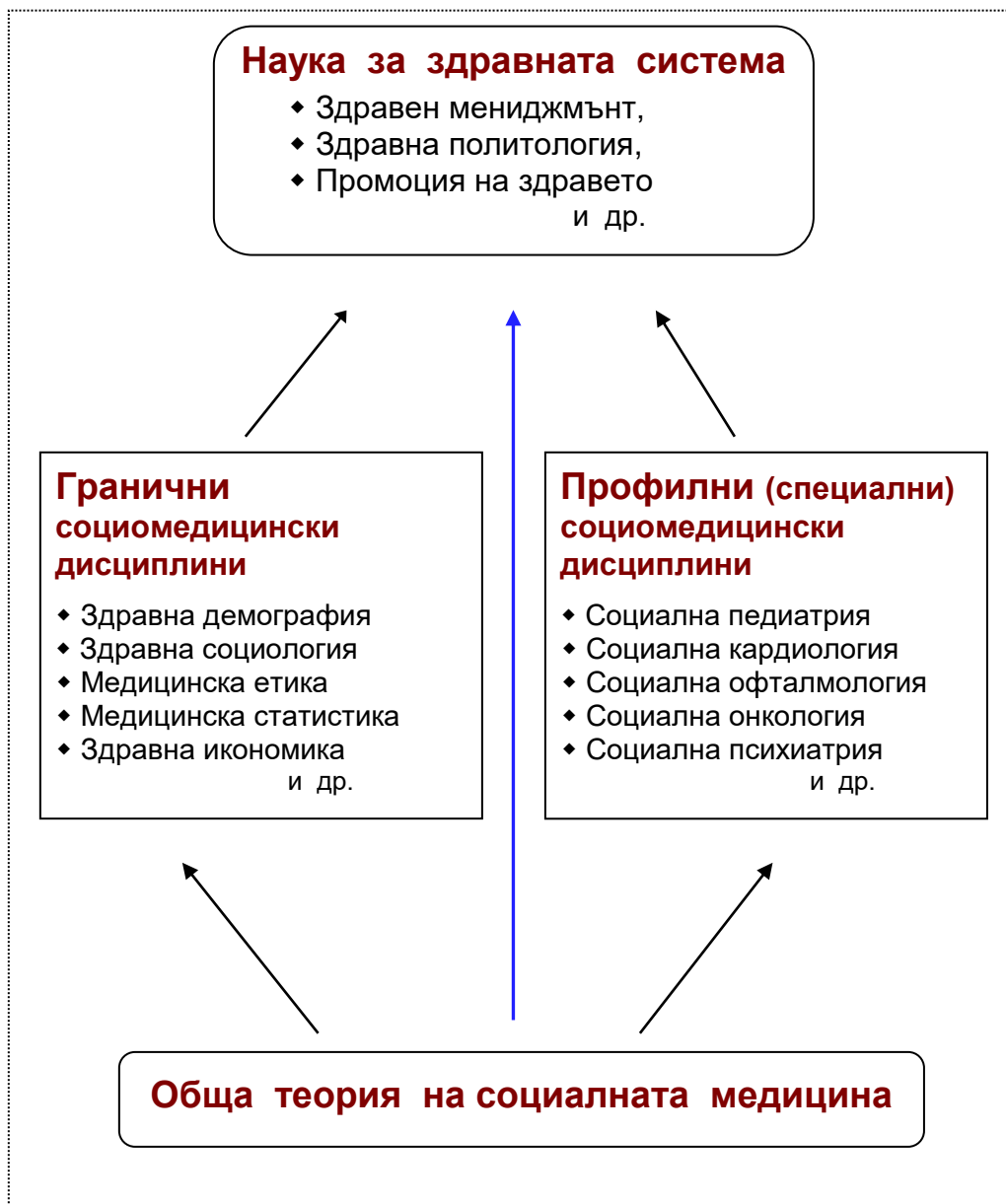
Мисията на социалната медицина е да представи на здравната политика и здравния мениджмънт обобщаваща системна картина на общественото здраве и неговите фактори. *Подобна обобщаваща картина не е цел на никоя друга медицинска наука.*

В структурата на социалната медицина разграничаваме следните раздели и направления:

- **Обща социална медицина** - обща теория на социалната медицина.
- **Гранични социомедицински дисциплини**: медицинска демография, медицинска социология, икономика на здравеопазването, медицинска статистика, медицинска етика, медицинско право и др.
- **Профилни (частни) социомедицински дисциплини**: социална епидемиология, социална педиатрия, социална психиатрия, социална онкология, социална кардиология и др.
- **Наука за общественото здравеопазване** (практико-приложни дисциплини): здравен мениджмънт, здравна политика, здравно законодателство, здравна информатика, промоция на здравето и др. (виж фиг. 1).

Поради национални традиции в европейските страни срещаме различни наименования на социалната медицина:

- **Social Medicine** - социална медицина (Скандинавски страни, Австрия, Германия, Русия, Унгария, България);
- **Public Health** - обществено здраве (Холандия, Белгия);
- **Public Health Medicine** - обществена медицина (Великобритания).
- **Социална медицина и здравен мениджмънт** (България след 2000 г.).
- Като синоним на социалната медицина се използва и терминът “Обществено здраве” (разбиран като **научна система за общественото здраве**).



Фиг.1. Структура на социалната медицина като научна система
(Фундамент на науката за общественото здраве)

2. Социални фактори на здравето

В съответствие с основната **социологическа структура** на обществото, според която социалните фактори на здравето са:

1. Фактори, свързани с материалното производство.
2. Фактори, свързани с възпроизводството на човека като социално същество - бит, семейство, образование, възпитание, здравеопазване.
3. Фактори, свързани с духовното производство - наука, изкуство, морал, политика, право, религия.
4. Фактори, свързани с комуникациите - транспорт, език, печат, радио, телевизия.
5. Фактори, свързани с управлението - многообразните институции и дейности по управление на социалния живот.

Важно е да се помни, че тези фактори не са изолирани, а са **взаимно свързани**. Така, ако изучаваме образованието като социален фактор на здравето, необходимо е да отчитаме и влиянието на морала, семейството, комуникациите и редица фактори.

За практически цели социалните фактори на здравето се класифицират в три групи:

1. Социална макросреда;
2. Социална микросреда;
3. Личностови фактори.

Факторите на социалната **макросреда** (политически, икономически, културни, религиозни, етнически и др.) са сравнително трудни за изследване в ежедневието на лекаря. Тези фактори могат да бъдат обект на специално програмирани изследвания. За тях обаче следва винаги да мислим, когато анализираме показателите на общественото, груповото или индивидуалното здраве.

Например, известно е, че понастоящем България е с едни от най-лошите здравни показатели в Европа. Нужно е да се изясни кои фактори на политическата, културната и икономическата макросреда влошават общественото здраве в нашата страна.

Социалната **микросреда** се формира от непосредственото обкръжение на индивида, от ежедневните социални контакти, чрез които той съществува.

Социалната микросреда е представена главно от *семейството, приятелската среда и професионално-трудова среда*. Индивидът така да се каже плува ежедневно в своята социална микросреда.

Най-важен елемент на социалната микросреда е **семейството**. То крие в себе си многообразие от фактори, влияещи положително или отрицателно върху здравето.

3. Стилът на живот като интегрален социален фактор на здравето

Стилът на живот е конкретна изява и **синтез** на многообразни социални фактори. От гледна точка на социалната медицина стилът на живот може да бъде здравословен или нездравословен.

Здравословният стил на живот е система на човешки дейности, целенасочени към подобряване здравето на отделната личност, социалната група и обществото като цяло.

Здравословният стил е синтезиран израз на типичните за дадена личност или група стереотипи на **ПОЗИТИВНОТО** здравно поведение, основано на позитивна здравна култура.

Основните критерии за здравословен стил на живот са:

1. Антирисково поведение - наличие на позитивни здравни навици при отсъствие на такива поведенчески рискови фактори като стрес, хиподинамия, тютюнопушене, алкохолизъм, нерационално хранене и др.

2. Здравна активност, основана на адекватна здравна информираност - активно отношение към усвояване на здравни знания и умения, системен контрол на собственото здраве.

3. Здравна самопомощ и взаимопомощ - основни умения за първа помощ, за обслужване на болни членове на семейството, за диетично хранене и др.

4. Психологическа нагласа (мотивация) за обществена ангажираност и партньорство по проблемите на здравето, за участие в оздравителни програми и др.

4. Общественото здраве като система

Социалният модел на здравето намира най-синтезиран израз в понятието "обществено здраве".

Общественото здраве е сложна многомерна система, която все още не е цялостно изучена, а представата за нея страда от едностранчивост и фрагментарност.

Най-обобщено общественото здраве се определя като съвкупност от социалните аспекти на здравето, **съвкупност от социалните фактори и социалните отражения на здравето** (К.Гаргов, Тр.Трендафилов, 1984).

- **Общественото здраве е сложна система от многообразни социално-здравни явления**

В структурата на общественото здраве разграничаваме следните **пет типа** социално-здравни явления (В.Борисов, 1987):

1. Здравен статус на населението (обществено здраве в тесен смисъл). Те са най-добре проучените и традиционно най-използуванит в анализи. Различаваме:

- Явления на негативното здраве - заболяемост, инвалидност, смъртност;
- Явления на позитивното здраве - раждаемост, физическо развитие, процент лица без заболяване и т.н.

2. Здравни потребности. - съзнати и изявени в поведението нужди от достигане на по-високо ниво на здраве. Здравните потребности са *два вида*: терминални (потребности-цели) и инструментални (потребности-средства).

3. Здравно съзнание. То е система от субективни отражения на здравните феномени във вид на знания, представи, убеждения, идеи, ценности, здравно-политически концепции. Здравното съзнание играе регулираща роля по отношение здравните дейности.

Здравното съзнание има два главни компонента:

- Когнитивен (познавателен);
- Ценностен.

Ценностният компонент е по-сложен и по-труден за изучаване. Поради това *дисбалансът* между когнитивната и ценностната част на здравното съзнание е доста чест.

4. Здравни дейности, които са следните типове:

- Спонтанни (неорганизирани) и организирани;
- Рационални и нерационални;
- Професионални и непрофесионални;
- Временни и постоянни.

Основа на системата на общественото здравеопазване е съчетанието на организирани, рационални, постоянни и професионалните здравни дейности.

5. Здравни отношения. Това са социалните взаимоотношения между хората във връзка със здравето.

Примери за здравни отношения:

- Заболеваемост → самолечение → смъртност
- Хоспитализация → ятрогенния → здравни потребности

Индикатори-измерители на общественото здраве

Използват се две групи индикатори-измерители за **оценка** на общественото здраве:

- Индикатори за негативно здраве (традиционни);
- Индикатори за позитивно здраве (нетрадиционни).

Индикатори за негативно здраве:

1. Демографски показатели:

- Смъртност на населението - обща, детска;
- Мъртва раждаемост;
- Леталитет;
- Средна продължителност на живота;

2. Заболеваемост:

- Свежа заболеваемост (Incidence)
- Периодна болестност (Period prevalence)
- Моментна болестност (Point Prevalence);
- Обръщаемост – брой регистрирани посещения при лекар
- Временна нетрудоспособност - отсъствия, поради болест (Sickness Absence);
- Трайна нетрудоспособност (инвалидност);
- Хоспитализации (хоспитална заболеваемост);
- Здравна самооценка (самофотография на симптоми от пациент);
- Субективни здравни индикатори - периодична анкета на пациенти.

3. Индикатори за застрашено здраве:

- Рискови фактори - поведенчески и екологически;
- Рискови групи сред населението.

Индикатори за позитивно здраве

1. Демографски индикатори:

- Раждаемост;
- Плодовитост на жените;

2. Индекс на здравето:

- Процент на неболедувалите през годината;

3. Физическо развитие:

- Антропометрични показатели (ръст, гръдна обиколка и др.);
- Витален капацитет; мускулна сила и др;

4. Качество на живота:

- Продължителност на живота в добро здраве;
- Години от живота без болка и др.

5. Здравна култура и здравословен стил на живот:

- Здравна информираност (здравни знания);
- Здравни ценности;
- Здравно поведение – напр. процент на лицата с 8-часов сън, процент семейства с умения да контролират емоционалния стрес, процент на лица с рационално хранене.

* * *

5. Промоция на здравето - нова парадигма на здравето

Масабни изследвания показаха, че четири социални фактора са решаващи за здравето. Тяхната сила и тежест на влияние върху показателите на общественото здраве е следната:

- Медицинско обслужване - 10 %;
- Биологични(генетични) фактори - 20 %;
- Природо-географски (екологични) фактори - 20 %
- Стил и начин на живот - 50 %.

Тези научни данни послужиха за основа на концепцията на СЗО за промоция на здравето. През 1986 г. в гр. Отава бе приета Отавска харта за промоция на здравето, която определи целта и принципите на промоция на здравето.

Промоция на здравето е създаване възможности (шансове) на хората да подобрят здравето си чрез саморегулиране на своето здравно поведение.

Промоция на здравето е качествено нов подход, нова философия, нова стратегия за подобряване на личното и общественото здраве. Тя се стреми да преодолее тесния медицински детерминизъм и да ангажира широк спектър от личностови и социални фактори за стимулиране и укрепване на здравето.

Промоция на здравето се разглежда като нов тип социална и здравна политика, ориентирана към рязко повишаване на личната и обществена отговорност за здравето.

В светлината на промоция на здравето следва генепарна преориентация на приоритетите на здравната дейност:

- От право на здраве към отговорност за здравето;
- От “здраве за хората” към “здраве чрез хората”;
- От болния към здравия човек, т.е. от негативното към позитивното здраве;
- От външни въздействия върху здравното поведение към неговото саморегулиране, самомотивация;
- От професионална изолация на здравните специалисти към широко отворено професионално партньорство за укрепване здравето.

Промоция на здравето разглежда личността и социалната група като основни РЕСУРСИ на здравето.

От обект личността се превръща в субект на своето здраве. Ето защо в промоция на здравето първостепенно значение се отдава на личната **здравна мотивация** за формирането на стабилен **здравословен стил на живот**.

Очевидно промоция на здравето не е чисто медицинска дейност в традиционен смисъл. В страни като Канада, Швеция, Великобритания промоция на здравето е вече широко развито обществено движение.

■

*Проблемите на здравето са болни
обществени проблеми.*

Проф. Асен Златаров



Текст за размисъл

★ Основен недъг на медицинската практика е движението след факта, активизиране на лекарите едва след появата на заболяването.

★ В целия свят се наблюдава една неусетна, но постоянна и напредваща революция в подхода към здравето. Фокусът на усилията се измества **от** по-скъпите и недостатъчно ефективни лечебни процедури, вървящи “след факта”, **към** по-хуманния и по-икономичен път за обществено здраве чрез движение “преди факта”.

★ Колко здраве е под контрол на лечебните заведения? Трябва ли здравето да бъде само тяхна отговорност?

Говори се за бюджет в здравеопазването. Този бюджет всъщност се използва за диагностика и лечение на болести, а не за здравеопазване, **не за инвестиране** в здравето.

Позитивният подход изисква нов тип здравна политика. Кой е водещият приоритет на тази нова здравна политика? Виждаме ли този приоритет в нашата здравеопазна реформа?

★ Случайно ли първите международни конференции по промоция на здравето се проведоха в страни като Канада, Австралия и Швеция?

★ Девиз на Ерих Фром: “Трябва да сложим край на сегашното положение, при което здрава икономика може да съществува само с цената на здравето на хората. Задачата е да създадем здрава икономика за здрави хора”.



Част Втора

Здравна политология (Учение за здравната политика)



**Медицината е социална наука
и политиката не е друго, освен
медицина в грандиозен мащаб.**

Рудолф Вирхов



1. Определение и същност на здравната политика

Политика в буквален превод означава държавни дела. По същество политиката е *обществено насочване и регулиране* дейността (респ. отношенията) на хората и социалните групи за достигане на определени значими цели.

Съществуват два основни модела на политиката:

- либерален, основан на пазарни отношения, където всеки е отговорен да съдбата си;
- социалетатизъм - социално ориентирана пазарна икономика, зависима от отговорността и ангажимента на държавата за съдбата на отделните хора.

Здравната политика е специфичен елемент на социалната политика.

Здравната сигурност - цел на здравната политика. Живеем в епоха, когато светът става все по-сложен и човешките съдби - все по-несигурни. Това е свързано с различни типове неравенство - икономическо, регионално, образователно, здравно и т.н. В тези условия *сигурността трябва да преодолее несигурността*. Това с особена сила се отнася за общественото здраве. На засилващата се здравна несигурност като социален феномен трябва да се противопостави нарастваща здравна сигурност, основана на ясно определена здравна политика.

Здравната сигурност на обществото е система от норми, дейности и отношения, насочени към максимално възможно равнопоставеност в шансовете на гражданите за гарантиране на тяхното здраве, съответно на достъпа им до здравни услуги с високо качество.

Здравната сигурност е решаващ фактор за **качеството на живота** в дадено общество.

Определение. Въпреки честото му използване понятието здравна политика не винаги се схваща ясно и еднозначно. Затова е нужно неговото прецизно дефиниране, като се изхожда от двете съставни понятия *политика* и *здраве*.

Както посочихме, в най-общ план политиката е дейност на държавната власт и управлението, която се обуславя от обществените потребности и цели. Политиката може да се разглежда и като дългосрочна официална директива за дейност, като утвърдена посока за развитие на дадена система (държава, организация, обществен сектор).

В литературата се използва следното най-кратко определение:

Здравната политика е официално становище по значимите, приоритетни проблеми на здравето и пътищата за тяхното решаване.

От това определение е очевидно, че здравната политика не е равнозначна на политиката за осигуряване на медицинска помощ, която е едно по-тясно понятие.

Приемливостта на дадени здравнополитически решения се оценява от гледна точка на обществените потребности и интереси.

В зависимост от нивото се използват по-конкретизирани термини като *национална* здравна политика, *регионална* и *локална (общинска)* здравна политика. Говори се също за *лекарствена* политика, политика на болничното дело и др.

2. Типове и нива на здравна политика

Основен критерий за класифициране на здравната политика са нейните цели и приоритети. Каквито са здравните приоритети в дадена страна, такава е нейната здравна политика.

За определен период генерален приоритет в нашата здравна политика бе повишаване броя на болниците, на болничните легла, на лекарите и медицинския персонал.

Сегашната здравна реформа преследва **преориентация** към нови приоритети: гарантирани първични (базови) здравни грижи, качество и ефективност на здравните услуги.

В съвременния свят се наблюдават различни **типове** здравна политика в зависимост от нейната **ориентация**.



Всеки от посочените двойки типове е повече или по-малко еднопосочен. Съвременна тенденция в здравната политика е тези типове и подходи да бъдат свързани и подкрепящи се.

По този начин се цели да се постигне една **всеобхватна интегрална здравна политика** като фундамент на новото обществено здравеопазване.

Различават се четири нива на здравната политика: национално, регионално, локално (общинско) и институционално (в отделната болница, медицински център и т.н.). Съответно се говори за национална здравна политика, регионална здравна политика и т.н.

3. Участници в определянето на здравната политика

Главното действащо лице при вземането на здравно-политически решения е държавата (парламента, правителството). В живия живот броят на участниците в този процес е много по-голям.

При вземането на решение за дадена здравна политика участвуват следните действащи лица:

- Правителство
- Парламент
- Политически партии
- Съсловни организации и синдикати
- Заинтересовани обществени групи, неправителствени и пациентски организации.

Всеки от тези участници изхожда от определени мотиви и интереси. Проблемът е в постигането на **баланс** и **съподчинение** на мотивите и интересите на различните участници с оглед формулирането на национална здравна политика.

В тази насока специална роля се отрежда на компетентните анализи на експерти здравни политолози.

4. Реалистична здравна политика – фактори

Една реалистична здравно-политическа концепция е **отражение** на три водещи фактора:

1. Здравни потребности на обществото (здравни приоритети).
2. Налични (т.е. ограничени) здравни ресурси.
3. Ценностна система на обществото (справедливост и др.)

Тези три фактора (кръга) образуват своеобразна триада, отразяваща единството на **нужното**, **възможното** и **желаното**. По-голямата площ на сливането на трите кръга създава **база** за реалистична здравна политика.



Триада на реалистичната здравна политика

Пример за реалистичен подход са **критериите-ограничители** за изграждане на здравно-политическа концепция за реформата на здравеопазването в Холандия. Въпросът е кои здравни услуги да влязат в т.нар. **базов пакет**.

Нерядко здравно-политическите концепции звучат привлекателно **максималистично** и формират неадекватни обществени очаквания от здравеопазватната система, като в своята цялост подобни концепции остават неосъществими, а също предизвикват нерешими конфликти и дезорганизация на здравното обслужване..

5. Междусекторно сътрудничество в здравната политика

Новият тип здравна политика се базира на мултисекторния подход, но тя се управлява от един правителствен сектор (здравно министерство), упълномощен да преодолява границите между различните ведомства и министерства.

Новият тип здравна политика търси **да разшири отговорността за здравето върху правителството като цяло, както и върху другите обществени сектори**, например образование, неправителствени организации. Това означава да се възприеме и внедри междусекторният подход към здравната проблематика.

Главни бариери на междусекторното сътрудничество са:

1. Отсъствие на политическа воля и ангажименти на висшите административни нива;
2. Конкуриращи се интереси;
3. Разпределение на властите между националното и регионалното ниво;
4. Неадекватно обществено участие;
5. Недостатъчна роля на масмедиите;
6. Напрежение между традиционните централизирани и децентрализирани подходи;
7. Тесен обсег на власт на Министерството на здравеопазването.

* * *

6. Системи на здравеопазване в съвременния свят

Всяка национална здравна система е уникална. Би могло да се каже, че в света съществуват толкова здравни системи, колкото държави има. Заедно с това за групи страни могат да се установят сходни характеристики на здравеопазването им, т.е. можем да говорим за обособени типове здравни системи.

Традиционно се описваха **три типа** здравни системи:

1. **Държавно-обществено** здравеопазване (публична или егалитарна система) - достъпът до здравни услуги се определя от здравните потребности и хуманни мотиви чрез социално одобрена система от правила. Източник на финансиране е държавният бюджет.

Типични примери за този тип здравеопазване са Великобритания, Швеция, Финландия, Дания, Канада, Испания, бившите социалистически страни и др. Исторически този тип система се е развивал в *два модела*: модел **Семашко** (внедрен в социалистическа Русия, 1922 г.) е модел **Беверидж** (внедрен във Великобритания, 1946 г.). Според някои експерти публичната система има склонност да предлага неконтролирано голям обем здравни услуги, но в недостатъчно широк спектър. Свободата от плащане в момента на услугата и липсата на риск позволяват на пациентите да търсят медицинска помощ при

незначителни и неподходящи състояния. Лекарите знаят малко за разходите и нямат директни стимули да се съобразяват с тях. Заплащането на медицинския труд е основано на уравниловка и по принцип е ниско.

Тези критични бележки към публичната система отразяват по-скоро слабости в нейното управление. При прецизна здравна политика и мениджмънт публичната система може да има определена положителна оценка и предимства. Такива са националните здравни системи на Скандинавските страни, на Великобритания, Канада и Австралия.

2. Здравеопазване с преобладаващ частен сектор (либерална система) - достъпът до здравни услуги се определя от възможността и желанието да се плати, отговорността за качеството на услугите се поддържа от мотива за печалба, нещата се балансират от ценовите лостове и конкурентните пазари. Финансирането става от частни фондове или чрез директно заплащане от самите потребители на медицинска помощ. Пример за този тип е здравеопазването в САЩ.

Частните системи имат склонност за **свърхпредлагане** на здравни услуги в случаи, в които лекарите имат голяма свобода и това е изгодно за тях. Експертите отбелязват, че мотивът за печалба стимулира сегментация на пазара, парична дискриминация и обединения с други специалисти. Достъпът до медицинската професия е труден и ограничен, за да се задържи нивото на доходност.

3. Здравно-осигурителна система, наричана още социално здравно осигуряване (неправителствено финансиране) - източник на финансиране са осигурителни фондове (осигурителни каси). Този тип е развит главно във Франция, Германия, Италия, Австрия. Исторически този тип е известен като модел *Бисмарк*. Той е основан на социалната солидарност и затова нерядко се нарича модел на социално осигуряване.

Тези три системи в своя чист вид не се срещат днес,

Според Tom Rathwell срещаме **парадоксална ситуация**. Частната система, която силно стимулира минимизиране на **разходите на микрониво**, се среща с проблема за увеличени разходи на **макрониво**, поради неспособността си да контролира предлаганите количества здравни услуги. Обратно, данъчно финансираната обществена система с бюджетни лимити няма проблеми с разходите на макрониво, но има сериозни проблеми на микрониво, поради ограничение на финансовите стимули за минимизиране на разходите.

Ето защо авторите отдават предпочитание на смесената система на здравеопазване.

Смесената система (хибридна система) съчетава най-добрите елементи от "чистите" системи (public-private-insurance mix).

Смесените системи все повече са от третия тип, главно с доминираща частна система. Доминиращата частна система, за да се справи с проблема "не можеш да получиш, ако не си платиш", организира ограничена обществена система, която се грижи за бедните хора.

При доминираща обществена система се организира малък частен сектор, който да се справя с проблема "щом нямаш нужда няма да получиш". Така се осигуряват донякъде претенциите на заможното малцинство, което не изповядва предпочитанието на останалата част от населението за обществена система.

Дискусиите за предимствата и недъзите на отделните системи продължават в световен мащаб. Продължава да съществува дилемата докъде

може да се толерира наличието на частен сектор и как да се регулира той в интерес на обществените потребности. Счита се, че и двете системи могат да се поучат една от друга в сферата на управлението, а всяка една трябва да бъде оценявана сама по себе си според своята идеология и здравно-социален ефект.

М. Попов обособява три типа здравни системи:

■ **Система на държавния монополизъм.** Държавата е собственик на здравните институции и тя осигурява техните ресурси. Управлението на здравеопазването е силно централизирано. Тази система е по-целесъобразна при крайно ограничени ресурси и при необходимост от бърза и стриктна координация на здравните дейности.

■ **Система на либералния плурализъм.** Развита е главно в САЩ. Основава се на икономическия либерализъм и плуралистичната собственост на здравните заведения. Намесата на държавата е силна главно в гарантирането на здравословни условия на живот и е ограничена при оказването на медицинска помощ и спазване правата на пациентите.

Счита се, че при тази система се замъгляват отговорностите за оказаната медицинска помощ.

■ **Система на ограничена държавност и изявен плурализъм.** Налице е държавно нормативно регулиране чрез законови актове и засилено участие на местното (общинско) самоуправление. Собствеността на здравните ресурси е плуралистична (обществена и частна) при разширена автономност на здравните заведения. Местните органи на властта имат широки правомощия за решаване на здравните проблеми. С други думи, налице е **децентрализация и регионализация** на здравното обслужване - грижата за здравеопазването е в обсега на местното самоуправление. Засилена е отговорността на гражданите за здравето, което е благоприятно за новия тип здравна политика.

Характерно за този тип здравеопазване, развита главно в Западна Европа, е широкото използване на *здравноосигурителни фондове* като източник на финансиране на здравните услуги.

Сравнителната оценка на посочените три здравни системи е трудна задача, която още не е решена цялостно нито концепционно, нито практически. Експертите отдават предпочитание на третия тип здравеопазна система, при която плурализмът и регионализацията създават благоприятни шансове за гарантиране на максимално ефективни и социално приемливи здравни грижи за цялото население.

Дискусиите за предимствата и недъзите на отделните здравни системи продължават в световен мащаб

От гледна точка на държавно регулиране испански автори предлагат два генерални типа здравеопазни системи: **отворени** (по-малко регулирани) и **затворени** (по-силно регулирани).

Отворените системи са относително **по-скъпи**. По-добри са по отношение удовлетвореността на пациентите.

Затворените системи са **по-евтини**. Затова те се предпочитат от държави с по-ниски доходи на един жител.

До отворените системи най-много се доближават Франция, Белгия, Германия, Австрия и Холандия.

До затворените системи се доближават Финландия, Швеция, Дания, Великобритания, Ирландия, Испания, Португалия, Гърция.

В съвременния свят е трудно да се намери “чист” тип система на здравеопазване съобразно горната класификация. Тенденцията в повечето страни е да се създаде здравеопазна система, основана на **плурализъм**, т.е. съчетание на различни форми за финансиране на здравеопазването.

Обобщено казано, съвременните системи на здравеопазване се основават на принципите за либерализъм, децентрализация и регионализация.

Плуралистичното здравеопазване създава условия за засилване **самоотговорността** и **самоорганизирането** на гражданите за здравето и за разширяване дейностите по промоция на здравето.

Характерно е и разширяващото се участие в здравеопазването на т.нар. **неправителствени организации** (трети сектор или нон-профит сектор).

Независимо от разнообразието на националните традиции и типа на здравно финансиране, главен критерий за оценка на здравеопазването в дадена страна е дали здравната политика създава **гаранции за ефективни, достъпни и социално приемливи здравни грижи за цялото население**.

Очевидно, класическият принцип на СЗО, че правителствата носят отговорност за здравето на всички свои граждани, си остава в сила и днес.

7. Приоритети на европейската здравна политика

Според експерти на СЗО стабилитет на националните здравни системи често се заменя с инертни нормативно-бюрократични процедури, обслужващи често интересите на “доставчиците” на медицински услуги вместо здравното благополучие на “потребителите” (населението).

Здравните политики са разтревожени от факта, че през последните две десетилетия разходите за медицинско обслужване **рязко надвишават** неговия общ полезен ефект.

Появилата се обществена неудовлетвореност, нарастващите разходи за здравно обслужване и неговата незадоволителна ефективност подтикват правителствата да търсят пътища за нови здравнополитически решения, за преоценка и реформи на националните здравни системи.

Независимо от националните различия съществуват общи приоритетни направления в здравната политика:

1. Преориентация от болничната помощ към разширяване на първичните (базови) здравни грижи. Днес се оценява като погрешно първоначалното впечатление, че концепцията на СЗО за първичните здравни грижи (1978 г.) е предназначена единствено или главно за т.нар. развиващи се страни. Развитите европейски страни поставят първичните здравни грижи сред водещите приоритети на своите здравни системи. Примери за това са Великобритания, Швеция и др.

Сега средно 3-10 % от брутния национален продукт на европейските страни се използват за здравеопазване. При това повече от три четвърти от тези ресурси отиват за стационарната помощ. Тази картина вече влиза в дисонанс с характера на съвременната патология (преобладаването на хроничните болести). Свръхмодерните и свръхскъпи болнични комплекси се преценяват като неадекватни за справянето с тази патология.

Суперболницата има ограничени функции за лекуване на малка част от пациентите, които наподобяват върха на пирамида с широка

основа от стандартни масови заболявания и за които не е оправдан прекаленият тясноспециализиран подход.

Затова за някои страни броят на болничните легла вече не се включва в рубриката на стратегическите показатели за развитието и оценката на националната здравна система.

За да се преодолее този **нарастващ дисбаланс**, се налага постоянно утвърждаване на първичните (базови) здравни грижи като основа за здравната система на всяка една страна.

Трябва да се отчита, че първичните здравни грижи представляват доста широк спектър от дейности. Още в Алмаатинската декларация е посочено, че минимумът от първични здравни грижи включва:

здравно възпитание на населението, осигуряване на рационално хранене, хигиена на околната среда, профилактично-лечебни грижи за майките и децата, имунизации, профилактика на социално-значимите заболявания, осигуряване на лечение за най-разпространените заболявания и травми и достъпност на най-необходимите лекарства.

Централна фигура в системата на първичните здравни грижи е лекарят с **общ профил (ОПЛ, личен лекар)**, който е изграден специалист по обща медицина, добре запознат с медико-социалните проблеми на пациентите.

В редица западноевропейски страни броят на лекарите-генералисти е по-голям от този на тесните специалисти (например във Великобритания общопрактикуващите лекари са около 56 % от броя на всички лекари в страната). В същото време в източноевропейските страни лекарите от общ профил са минимален процент (в България са около 14 %).

Главната задача на лекаря по обща медицина е да по-срещне базовите, най-масови здравни потребности на населението, да сведе до разумен минимум препращането на пациентите към тесните специалисти и болниците. Така лекарите от общ профил стават положителен организационен и икономически фактор на здравната система.

Общопрактикуващият лекар престава да е "самотен воин", единствен представител на първичната медицинска помощ. Утвърждава се екипът за първична медицинска помощ.

2. Промоция на здравето и по-конкретизирана профилактика на болестите. Отавската харта на здравето (1986) определи промоцията на здравето като една от приоритетните стратегии за достигане здраве за всички. Изходна точка във фи-лософията на промоция на здравето е признаването на личността и социалната група като главен ресурс на здравето. Първостепенна важност придобиват личната и груповата отговорност за регулирането на здравното поведение.

Промоцията на здравето се реализира чрез широк мултипрофесионален подход и междусекторно сътрудничество.

Здравнополитическите решения, насочени към промоция на здравето, отразяват новия тип здравна политика, означавана с термина здравословна обществена политика (Healthy public policy). По този начин се акцентира върху взаимното проникване на общата социална политика и здравната политика.

3. Повишаване ефективността на здравеопазната система. (задържане темпа на нарастване разходите за здравеопазване). Във всяка страна на света се наблюдава неудържимо нарастване на разходите за здравно обслужване.

Четири са главните *фактори* за нарастване на разходите:

* *абиогенеза на новите заболявания;*

* *огромно нарастване на разходите за здравно обслужване;*

- * повишени очаквания и претенции на населението към здравето обслужване;
- * все по-скъпи медицински технологии.

Интересен е следният *парадоксален феномен*. Постиженията на медицинските технологии (успешно лечение) способстваха за нарастване броя на хората, нуждаещи се от медицинска помощ, повишиха потребността от рехабилитация, грижи за хронично болните и домашно обслужване.

Медицината сама възпроизвежда и стимулира търсенето на здравни услуги

Данните за разходите за здравеопазване в международен план изискват най-сериозен анализ. От една страна, се вижда, че разходите за здравеопазване са значителни, а от друга - че има огромни разлики между отделните страни.

Международните сравнения потвърждават тезата, че **няма категорични доказателства** за по-висока медико-социална ефективност на здравеопазването там, където има повече лекари, повече тесни специалисти, повече болнични легла и се изразходват повече средства.

Ефективността на здравеопазването не е в пряка връзка с обема на медицинската дейност. Например, броят на хирургическите операции на глава от населението в Англия и Норвегия е доста по-малък, отколкото в САЩ, но показателите на смъртността в тези страни са по-добри.

Очевидно въпросът опира до ефективното използване на здравните ресурси, което е свързано с организацията и управлението на здравната служба. Като допълнителни **фактори за оскъпяване** на здравеопазването се сочат:

- неадекватното нарастване на легловия фонд (един болничен леглоден струва в рамките на 200, 300 и повече долари);
- недостатъчно развитие на първичните здравни грижи;
- свръхспециализирана и свръхтехнизирани медицинска дейност;
- дублиращи се процедури и изследвания на пациенти;
- недостатъчен контрол върху разходите и др.

Един сравнителен международен анализ показва, че през 90-те години най-добре са контролирали разходите си за здравеопазване Великобритания, Дания, Япония, Норвегия, Люксембург и Швейцария, а най-слаб контрол върху разходите си са оказвали САЩ, Канада, Франция и Ирландия.

Във връзка с тези тенденции при управлението и оценката на здравеопазните системи акцентът (критерият) все повече се премества от количеството на ресурсите към характера на резултатите, от "входа" към "изхода" на системата. Търсят се пътища за икономически ефективно управление на ресурсите, за повишаване отговорността за изразходваните средства и за по-конкретното участие на лекарите клиницисти в тази отговорност.

Акцентът се премества от количеството на ресурсите към характера на резултатите, от "входа" към "изхода" на здравната система

Съществено внимание се отделя на рационалното *разпределение* на ресурсите в различните сектори на здравната система и преди всичко се търси **баланс** между ресурсите за първичните здравни грижи и за болничната дейност. Счита се неприемливо да се намалява финансирането на първичните здравни грижи за сметка на скъпи болнични технологии с непроверена

ефективност. Търсят се пътища за разумно намаляване средния престой на болнично лечение, а също и алтернативи на болничното лечение, например домашен стационар, дневни стационари, сестрински домове и домашно патронажно обслужване от лекари, медицински сестри, социални работници и друг персонал.

4. Пазарна ориентация. В повечето страни се наблюдава нарастващ интерес към прилагане пазарните принципи и механизми в здравеопазването в отговор на нарастващите разходи и на повишените изисквания на населението. Преценява се, че конкуренцията в пазарни условия ще доведе до по-висока икономическа ефективност, до по-добър контрол и качество на здравните услуги и в крайна сметка до по-рационално из-ползване на ресурсите в здравеопазването.

Многобройните здравеопазни реформи за внедряване на пазарен механизъм са *три категории*:

а/ Прибавяне на пазарен механизъм към държавно (данъчно) финансирана здравеопазна система. Тази категория здравеопазна реформа е типична за Великобритания, където след 1990 г. се внедрява т.нар.вътрешен пазар в Националната здравна служба;

б/ Прибавяне на пазарен механизъм към финансирана чрез здравно-осигурителен фонд здравеопазна система (Германия, Холандия, Австрия);

в/ Преминане от данъчно финансирана обществена система към финансирана чрез здравно-осигурителен фонд (с възможно прибавяне на определени пазарни механизми). Този тип реформа е характерен за източно-европейските страни.

Отчитайки положителния ефект от внедряването на пазарния механизъм в здравеопазването, същевременно експертите на СЗО призовават да се съобразяват както изгодите, така и възможните неблагоприятни последици от това внедряване.

В здравеопазването **пазарният механизъм е средство, а не цел**. Той е средство за подобряване качеството и ефективността на здравеопазната дейност и в това отношение следва да се установят надеждни гаранции.

Спецификата на здравеопазването налага в него да се внедрява не абсолютно свободен пазар и конкуренция, а **регулиран пазар** с елементи на плановост.

От гледна точка на здравната политика е важно пазарният механизъм да бъде ориентиран не толкова към моментни цели, а главно към дългосрочни национални стратегии на здравето. Както отбелязва американският автор S.Vanoob, правителствата не могат да се отдръпнат от здравнополитическите отговорности зад прикритието на приватизацията и пазара.

Ролята на правителствата продължава да е съществена при регулиране на здравеопазната дейност, контрол върху цените, контрол върху качеството, осигуряване на справедливо финансиране, подпомагане на здравните разходи за уязвимите социални групи. Това се илюстрира от анализа на здравните системи в Западна Европа и Северна Америка.

5. Осигуряване качеството на здравното обслужване. В много страни се полагат усилия за динамично наблюдение (мониторинг), оценка и контрол на качеството на здравните дейности в съответствие с определени стандарти. В тази насока се прилагат разнообразни подходи и методи (например стандартизиране на дейностите, консенсусна оценка, медицинска ревизия, акредитация, интуитивни методи, социологически методи и др.).

Възприема се идеята за въвеждането на базов пакет от здравни услуги с гарантирано качество, но все още няма пълен консенсус какво точно трябва да се включи в него.

Специалистите сочат като съществена *бариера* липсата на добре развити надеждни информационни системи за измерване качеството на резултатите от здравната дейност. Засега тези системи са повече подходящи за измерване на ресурсите, но все още не могат да докажат в каква степен здравните услуги подобряват здравния статус на населението като цяло.

6. Децентрализация и регионализация на здравната система. Обща черта на много съвременни здравни реформи е стремежът да се децентрализира вземането на управленски решения и да се засили ролята на местното (общинско) ниво. Това е продиктувано главно от два фактора:

1. Обществен натиск върху здравните заведения за по-голяма отзивчивост към потребностите на населението, което едновременно означава и по-висока местна отговорност;

2. Необходимост от засилване на междусекторното сътрудничество на местно (общинско) ниво.

Децентрализацията отчита приоритета на първичните здравни грижи и преследва доближаване до населението на основните видове профилактична и лечебна дейност. Ето защо децентрализацията логично предполага регионализация и ешелониране на здравното обслужване.

Регионалната система на здравеопазване удовлетворява напълно здравните потребности в региона с изключение на малка част най-специализирани видове медицинска помощ (например пластична хирургия, сърдечна хирургия и др.).

Една от страните с най-пълно реализиране на тенденцията за децентрализация и регионализация е **Финландия**.

Здравната политика във Финландия е ярко насочена към осигуряване на справедливо териториално разпределение на здравните услуги в съответствие с потребностите на всички групи от населението от региона (виж схемата).

Здравната реформа във Финландия още през 1972 г. категорично установи приоритета на първичните здравни грижи. Те са представени от **местни центрове на здравето**, обслужващи население от 5 до 30 000 жители.

За 30 000 ж. се предвиждат 240 души здравен персонал, в т.ч. 15 лекари, 12 стоматолози, 25 патронажни сестри, 5 социални работници и 90 болнични легла. Дейността на здравния център включва диагностично-лечебна дейност, планиране на семейството, спешна помощ, зъболечение и зъбна профилактика, здравно възпитание. Леглата в тези местни (общински) стационари се обслужват от самите общопрактикуващи лекари.

Изграждането на регионални и местни здравни системи предполага засилване на обществената отговорност за здравето чрез създаване на **здравно партньорство** между индивида, социалната група и здравната служба в условията на общината.

7. Здравен мениджмънт и повишаване на управленската култура в системата на здравеопазване. Посочените по-горе тенденции налагат внедряването на подходите и методите на съвременния мениджмънт в здравеопазването. Професионалистът мениджър става ключова фигура в управлението на здравната дейност.

По-ясно се осъзнава, че е немислима реализацията на здравните реформи без висока управленска култура в цялата система на здравеопазване.

В това отношение здравният мениджмънт като интегративна интердисциплинна сфера на познание и практика изисква широка комплексна квалификация. От една страна, дипломираният мениджър се нуждае от прецизно познаване на съвременната здравна система, а, от друга страна, дипломираният медик се нуждае от овладяване принципите и подходите на съвременния мениджмънт. Нарастват ролята и отговорностите на клиницистите в управлението на здравеопазватната дейност.

Затова в напредналите европейски страни общото повишаване на управленската култура в здравната система се осъществява чрез две взаимно свързани тенденции:

- а/ Обучение от типа “Мениджмънт за медици”;
- б/ Обучение от типа “Медицина за мениджъри”.

Като правило тези два типа обучение се осъществяват в рамките на една перманентна система за следдипломна квалификация и специализация.

8. Интегрален подход в управлението и функционирането на здравеопазването. Този подход означава здравеопазването да се разглежда и оценява винаги като сложна система от множество елементи, само един от които е медико-професионалната дейност и в частност клиничната лечебна дейност (дейността на лекаря).

Здравнополитическите решения във все по-голяма степен изхождат от анализите и прогнозите на процеси, свързани не само с медицински технологии, но и с икономиката, комуникациите, културата в дадена страна, с демографските процеси, с екологични проблеми и т.н.

Интегралният подход също така означава самото медицинско обслужване (здравна служба или здравеопазване в тесен смисъл) да се разглежда като система от няколко взаимно свързани и взаимодействащи елементи:

- диагностично-лечебни звена;
- профилактични звена;
- звена за продължителни грижи и рехабилитация;
- здравно възпитание и промоция на здравето;
- социално подпомагане и мобилизиране на здравната самодейност на населението.

Първите три елемента в тази схема са традиционни и сравнително най-добре развити. Последните два елемента са израз на повишаващата се лична и обществена отговорност на здравето на населението.

Важен принцип е интегралното взаимодействие между различните звена (елементи) на здравната служба, особено взаимосвързката и **приемствеността** между първичната (базова) медицинска помощ, вторичната (специализираната) и третичната (суперспециализираната) медицинска помощ.

Интегритетът е ключов проблем на здравната система

Опитът на редица страни (Холандия, Великобритания, Дания, Швеция) убедително показва, че доброто регулиране на интегритета и връзката между първичната, вторичната и третичната медицинска помощ е един от решаващите фактори за ефективността на цялата здравна система.

8. Здравните закони като реализация на здравната политика

При една неперфектна здравна политика не би могло да има и перфектно здравно законодателство. При здравна политика, която е без ясни приоритети, фрагментирана и подчинена на моментни конюнктури закономерно се появява адекватна на нея фрагментирана нормативна база.

* Някои **слабости** на здравно-политическия процес в България се отразиха върху характера на новото здравно законодателство.

Приети бяха няколко **изолирани** един от друг здравни закони, засягащи отделни аспекти и сектори на здравеопазването. Хронологията на приемането на тези закони показва, че те са продукт на моментни потребности и въздействия, а не на цялостна дългосрочна здравно-политическа концепция.

Хронологично приетите закони са следните: Закон за лекарствените средства (1992 г.), Закон за съсловните организации на лекарите и стоматолозите (1998), Закон за здравното осигуряване (1998), Закон за лечебните заведения (1999), Закон за органната трансплантация (2003), Закон за здравето (2004).

Самата хронология и последователността на приемане на законите са достойни за специален анализ. Очевиден е **случайният фактор**, натискът на **момента и ситуацията**, а не строгата логическа обоснованост в последователността на тези закони. Всеки закон е приеман сам за себе си при липса на най-общ нормативен акт, на генерален закон за общественото здравеопазване.

Затова специално внимание заслужава приетият през 2004 г. от Парламента **Закон за здравето** (*първоначалното му работно наименование до влизането му в Парламента бе Закон за общественото здраве*). Очаква се този закон да изпълни ролята на **основополагащ, генерален нормативен акт** в нашата национална система на здравеопазване (замеждайки действащият преди него Закон за народното здраве от 1973 г.).

Обстоятелството, че Законът за здравето хронологично не е първият, а е последният от серията приети здравни закони, поражда един трудно решим генерален проблем. Проблемът е, че **логиката на този основополагащ закон следва да подчини логиката на останалите по-частни законови актове**, които вече са действащи и са създавани всеки един със своя **собствена логика** и собствени мотиви. Затова тези закони страдат от **фрагментираност**, вътрешна противоречивост и формални неспецифични зависимости от други закони (извън здравеопазването).

В здравнополитически аспект Законът за здравето би следвало да **предшества** останалите законови актове в здравеопазването. И тъй като това не е станало в предишен момент, поради липса на достатъчно ясна национална здравно-политическа концепция, очевидно закъснялото приемане на Закона за здравето крие определени рискове, които скоро ще бъдат изявиени.

Така или иначе, развитието на здравната реформа в България показва убедително, че новото здравно законодателство трябва да се изгражда върху стабилна здравно-политическа основа. Тази основа може да бъде само една перфектна **национална здравно-политическа концепция**, отразяваща мотивите на общественото здраве в неговата системна цялост.

В заключение следва да се подчертае, че както и да бъдат назовавани здравните закони, тяхната генерална целева ориентация, тяхната мисия трябва да бъде една - укрепване и повишаване нивото на общественото здраве в нашата страна.



Текст за размисъл

Здравна политика не върху идеологеми, а върху доказателства!

(Фрагмент от статията на В.Борисов
„Между Бисмарк, Семашко и Бевъридж”,
публикувана през 2014 г.)

Свидетели сме днес на един учуващ факт: докато публикациите в български медии са проникнати от фанатични лозунги „Долу Семашко”, то в анализите на компетентни световни здравно-политически експерти вместо категорично **противопоставяне** на посочените три генерални здравни системи в стил „или-или”, срещаме една реалистична визия на **взаимодопълване** „и-и”.

Показателно в този контекст е изказването на международно известния здравен политолог Том Ратуел (Tom Rathwell): „*Все още има много неща от опита на Източните и Западните здравни системи, които те могат да научат едни от други*”.

Още по-показателна е публикацията от американската авторка А.Д.Хейнс: „*Ако Николай Семашко беше направил във всяка друга страна това, което е постигнал в Русия, той вероятно щеше бъде широко известна личност в медицинските среди на целия свят. Започнатото от Семашко и растежът на здравеопазването от нищо до достигнатите негови грандиозни размери е паметник на умствената енергия и такт на д-р Семашко*”... Наистина учудващ текст за днешния български читател.

Ако читателят проследи внимателно литературата в областта на здравната политика и стратегическия здравен мениджмънт, той ще се убеди, че водещи световни експерти изобщо не спорят кой е „по-добрия или по-лошия” модел – Бисмарк, Семашко или Бевъридж. Това се **остарели непродуктивни спорове**.

Виталният въпрос, по който спорят световните експерти е: **Коя система е възможно най-ефективна в интерес на общественото здраве**. За да си отговориш на този въпрос в нашите конкретни български условия не е нужно да си суперексперт. Можеш само да погледнеш силно влошените генерални здравни показатели на българската нация през последните две десетилетия.

Тъкмо в тези две десетилетия многобройните семинари, дискусии, кръгли маси, командировки в чужбина, контакти с чуждестранни експерти трябваше да ни дадат един много прост и много важен урок: *Спорете не за Бисмарк, Семашко и Бевъридж! Спорете дали днешното българско здравеопазване е ефективно (полза-разходи), дали е обществено приемливо, дали неговите ресурси се управляват професионално и компетентно в посока на устойчивото му развитие...*

Без **откровен отговор** на тези въпроси никакви нови и свърхнови модели няма да ни спасят от хаоса и пропастта, в която се намира днес общественото здраве в България.

В планетарен мащаб бъдещите национални здравни системи ще се изграждат не чрез разделящите стени на фрагментирани модели, а чрез една креативна хибридизация, базирана на историческия *синтез* на доказаната ефективност на различните модели здравна система.

Здравна политика, базирана на доказателства, а не на идеологеми – това е днес лозунгът.

...Ще си позволя да изкажа **хипотеза**. Ако по някакъв начин съдбата позволи да възкръснат (оживеят) знаменитите личности Бисмарк, Семашко и Бевъридж, те в никой случай не биха си разменяли обидни реплики, а биха се поздравили сърдечно в знак на взаимно уважение към идеите си за постигане на максимално възможна обществена здравеопазна грижа.



**Знаменито историческо трио –
омагьосан кръг на здравно-политически манипулации**

(означени са годините на внедряването на системите им)

Част Трета



Здравен мениджмънт (Управление на здравеопазването)

I. Същност и специфика на здравния мениджмънт



1. Определение на мениджмънт

Терминът *мениджмънт* отразява извънредно сложно нееднозначно понятие, за което има множество определения.

У нас все още има разноезичие по същността и границите на мениджмънта

Традиция е това понятие да се отъждествява с икономика, финанси или с администрация. Така по същество **се обезличава и замъглява** самостоятелното ядро на мениджмънта като специфична нова научна и професионална реализация.

Това налага внимателен подход към определението и осъзнаването същността на мениджмънта.

В буквален превод мениджмънт (management) означава контрол, управление, регулиране (има и други значения на тази английска дума: надзор, власт, ръководене, съумяване, успяване, устройване, умело третиране, фин начин, средство, изхитряне). Това разнообразие от синоними е показателно. То ни показва, че се касае за понятие с широк обseg и многоплановост.

На български най-честият превод на мениджмънт е *управление*.

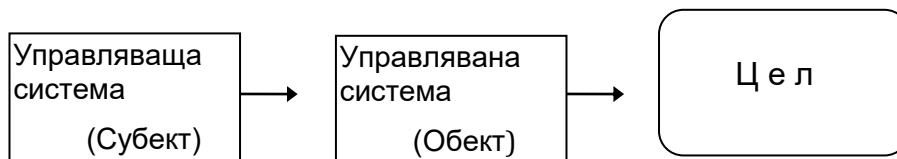
Мениджмънтът много определения и интерпретации.

Тук представяме три определения. Цената на всяко определение е загубата на подробностите (проф. Ив. Апостолова). Най-синтетичното определение, което се издига над замъгляващите подробности, е следното:

❶ Мениджмънтът е целенасочено въздействие.

Става дума не изобщо за въздействие, а за въздействие от една система (управляваща) върху друга система (управлявана) с оглед постигането на определена цел.

Мениджмънтът предполага *управляваща* и *управлявана* система. Управляващата система е субект на управлението, управляваната - негов обект. Субектът на управлението въздейства върху обекта, за да се постигне определена цел..



Въпросът за субекта и обекта не е чисто теоретичен. Той се проявява в ежедневната практика. Особено важно е дали един мениджър (болничен директор, здравен министър) наистина е СУБЕКТ на управленско въздействие, а не пасивен ОБЕКТ и трансмисия, предавател на друго въздействие (в такъв случай мениджърът по-скоро приема ролята на стандартен администратор).

Например, ако един директор на болница само приема и предава нареждания от Министерство на здравеопазването или НЗОК, той е по-скоро администратор, а не реален мениджър. Аналогично е, ако директорът на болница е под **диктата на началник отделенията** или счетоводителя и не може да прояви достатъчно лична активност, сила и автономност.

Второто по-обстойно определение е следното:

❷ Мениджмънтът е целенасочен процес за осигуряване ефективно функциониране на управляваната система, за съгласуваност в работата на всички нейни подсистеми при налични ресурси и в конкретна среда.

Новите ключови думи в това определение са **ефективно функциониране** и **налични ресурси**. Специално ще подчертаем, че се касае не за ресурси въобще, а за налични, т.е. **ограничени** ресурси.

Щом като управленският процес е в условията на ограничени ресурси то мениджмънтът е **изкуството да се управлява и да се постигат резултати именно в условията на ограничени ресурси**. Това е и генералното изпитание пред здравния мениджър.

2. Ентропия и мениджмънт

Третото определение на мениджмънта е от гледна точка на понятието *ентропия*, което е мярка за безпорядък, хаос, дезорганизация, неопределеност

Авторитетният американски експерт Том Питърс известно време е търсил подходящо заглавие за своя фундаментална монография по мениджмънт и се спира на заглавието *“Преуспяване върху хаоса”*. Той разглежда хаоса не като пречка, а по-скоро като възможност за успешна управленска дейност.

Tom Peters твърди: “Хаосът и неопределеността са пазарните възможности на мъдростта”. В този контекст е следващото (третото) определение:

❸ Мениджмънтът е регулиране на системата чрез намаляване на нейната ентропия (хаос).



Следователно, мениджмънтът е дейност за преминаване на системата от състояние на ентропия, неопределеност, хаос, в състояние на регулираност, определеност.

От това определение следват два важни извода:

1. Мениджмънтът е необходим именно, поради наличието на хаос. Ако нямаше хаос в дадена система (както е при саморегулиращите се системи) не би бил имало нужда от мениджмънт. Затова е несправедливо мениджърът да се оплаква от хаоса. Мениджърът съществува тъкмо защото има хаос, който трябва да се преодолее.

2. Мениджмънтът не е сред комфортните дейности. Той е свързан с чести негативни емоции и стрес. Класикът Питър Дракър пише: „**Мениджмънтът не е работа в хубаво слънчево време - това е работа в буря, в лошо време**”.

Динамичното равновесие между тези две крайни състояния - хаос и регулираност - е конкретната реалност, в която работи мениджърът.

3. Концепции в развитието на мениджмънта

Множеството концепции в мениджмънта се обособяват в *три главни направления*: класически (научен), човешки отношения и системен подход.

а/ Класическият подход (Тейлър) акцентира върху структурата и техническите изисквания на организацията и върху усвояването на рационално-логично поведение. Голямо внимание се отделя на специализацията на труда, точното определяне на правата, отговорностите и контрола.

Тейлър е привърженик на *рационално-икономическата* концепция за мотивацията: работниците се мотивират само чрез по-висока заплата, те са рационални икономически същества, управлявани като машини.

Затова класическият мениджмънт е определян и като машинизиран теоретичен модел.

В рамките на класическия подход е концепцията на германския социолог Макс Вебер за **бюрокрацията**. Според него бюрократичната структура средство за ред и рационалност в социалния живот.

Преценява се, че бюрокрацията е изиграла известна позитивна роля в епохата на индустриалната революция. Но по-късно възниква идеята за “смъртта на бюрокрацията” в новата епоха на бързи и неочаквани промени, на плурализъм и демократизиращо се управление.

Главната критика към концепцията за бюрокрацията е *липсата на гъвкавост и адаптивност* към изменящата се обстановка, неотзивчивост към индивидуалните проблеми.

Като слабост на бюрократичната структура се сочи и **разместването на целите** - средствата стават по-важни от целите на дадена организация.

Бюрократичната структура не е склонна към промени.

б/ Концепцията за човешките отношения (Елтън Мейо - американски психиатър) подчертава важността на неформалната структура, на социалните и психологически проблеми на работещия човек.

Хората отиват на работа, за да удовлетворят своите потребности, а не просто и само заради паричното възнаграждение. По-късно Маслоу задълбочава изследванията върху мотивацията за професионалната дейност.

в/ Системен подход. Фокусира вниманието към анализа на организациите като цялостни системи със свои подсистеми в конкретна среда. Организацията е сложна социална система, която постоянно се изменя.

Системният подход днес се доразвива чрез група концепции, обединени под общото наименование *организационно поведение*.

Съвременната тенденция обособяването на самостоятелна **наука за мениджмънта**, както и **професия, основана на тази наука**.

Днес нараства значението на изучаване природата на човешкото поведение и на взаимоотношението "хора - организация". Става очевидна **нуждата от по-широка теория**, която да обхване сложния интегративен характер на модерния мениджмънт.

Основателно английският теоретик Л. Мълинз пише: "Има много аспекти на мениджмънта. Няма прости решения или единствен най-добър начин за управление. За мениджъра е важно постоянното изучаване на организациите, на тяхната структура и управление".

Развитието на най-добрите идеи в мениджмънта през изминалите десетилетия показва, че днес генералната мисия на мениджмънта е: **осигуряване функционирането на интегрираната динамична система "хора - организация"**.

В тази светлина може да се очаква мениджмънтът на бъдещето да функционира като реален антропомениджмънт (човешки мениджмънт, мениджмънт с човешко лице).

4. Интегративен характер на здравния мениджмънт - специфика и трудности

Чрез процеса на мениджмънт усилията на всички членове на даден колектив (организация) се координират, интегрират и насочват към постигането на конкретни единни цели.

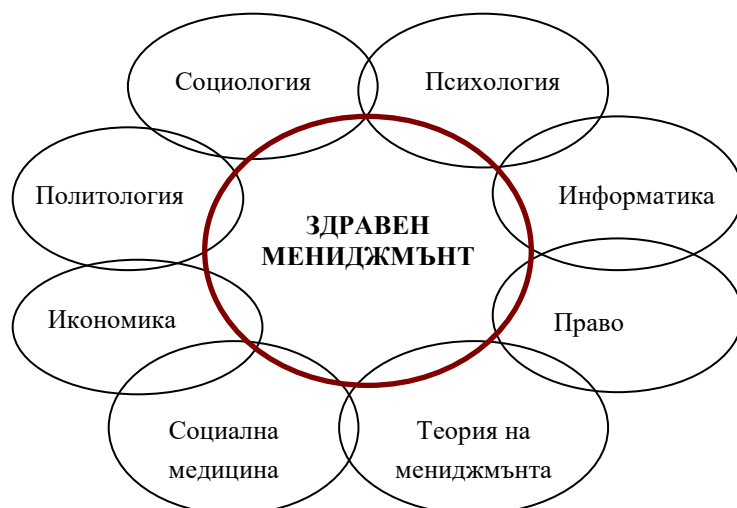
Ето защо е толкова важно мениджърът да има интегрално виждане и подход, за да бъде реално обединяваща личност.

Визията и интегритетът отличават **мениджмънта** от **псевдомениджмънта**.

Мениджмънтът - това са не само задачи, графици и дисциплина, това са преди всичко хората - най-трудния елемент в дейността на мениджъра.

Конкретното прилагане на подходите и технологиите на общия мениджмънт в областта на здравеопазването се означава с термина здравен мениджмънт.

Като познание здравният мениджмънт представлява сфера на интердисциплинно взаимодействие на редица науки.



Здравният мениджмънт като интердисциплинно знание

Преди всичко **здравният мениджмънт е пресечна точка, взаимодействие между общата теория на здравеопазването (социалната медицина) и общата теория на мениджмънта.**

Многообразните подходи и методи от социологията, психологията, икономиката и други науки са пречупени през конкретната социалномедицинска методология.

Придобиването на умения за широк социомедицински анализ на очакващите решаване проблеми е неотменен елемент на съвременния професионализъм в здравния мениджмънт.

Много здравни мениджъри нямат умение за социално-медицински анализ на общественото здраве.

Здравният мениджмънт по същество е **пресечна точка** и обединяващ фактор на **теорията на мениджмънта и теорията на здравеопазването (социалната медицина):**



Основни **специфични трудности** на управленската дейност в здравеопазването са:

□ Здравеопазването е **сложна динамична система от смесен тип** (отворена и затворена). Отвореният ѝ характер, наред с другото, се изразява в прякото присъствие и участие на населението (пациентите) в процеса на здравното обслужване. Поведението на населението е автономно и не се обуславя пряко от различни управленски решения в здравеопазването. Това силно разширява изискванията пред здравния мениджър, който се сблъсква не само с вътрешните проблеми на медицинския персонал, но и с широк спектър икономически, демографски, политически, културни, възпитателни и т.н. проблеми.

□ **Невъзможност за винаги точна предсказуемост** на резултатите от конкретна здравеопазна дейност. Най-често тези резултати са отдалечени във времето - например, снижение заболеваемостта от миокарден инфаркт, диабет или зъбен кариес се наблюдава едва след провеждането на дългосрочни профилактични програми.

□ Трудности в **квантифицирането** (количествена оценка) на ефекта от дадени управленски решения в здравеопазването. Например, промените в здравната култура, здравните ценности и мотивация, конфликтните ситуации в отношението “здравна служба - население”, професионална удовлетвореност на медицинския персонал и др. нямат надеждни количествени индикатори и са обект на описателен (субективен) анализ.

□ Неизбежна роля на **фактора случайност** в процеса на медицинската дейност. Много трудно е стриктно да се регулира броят на пациентите при личния лекар или в медицинския център, броят на спешните случаи, продължителността и стойността на болничното лечение и т.н.

□ Чести **неадекватни очаквания, претенции и оценки** за здравеопазната дейност от страна на общественото мнение, нарушаващи професионалната мотивация у медицинския персонал. Например, високата детска смъртност или инвалидност, несвоевременните хоспитализации поради недостиг на болнични легла или отказването на необосновани изследвания, могат да бъдат повод за негативни оценки на здравните услуги и социални конфликти, без да се отчита, че преобладаващите причини за тези явления са извън вътрешните възможности на здравната система.

□ Традиционна кабинетна нагласа, професионално-съсловна **затвореност и отчужденост** на медицинските специалисти от проблемите на управлението и организацията на своя собствен труд. Тази затвореност е очевидна в дейността на БЛС (Български лекарски съюз). Лекарите-клиницисти продължават да проявяват скептично или негативно отношение към същността и ролята на управленската дейност и нерядко противодействуват на тази дейност.

Всички тези специфични трудности показват, че проблемите в дейността на здравния мениджър не могат да се затварят между стените на отделното здравно заведение, тъй то е зависимо от много фактори.

5. Здравният мениджмънт като професионална кариера

Развитието на здравния мениджмънт като теория и практика закономерно доведе до обособяването на *самостоятелна професия* - професията на здравния мениджър.

В съвременното здравеопазване се създава възможност и необходимост определен тип професионалисти да се *посветят* не “между другото”, а **цялостно** на сложната, нетрадиционна и нестандартна дейност по управление на здравната организация.

В развитите страни официално е регламентиран професионалният здравен мениджмънт, т.е. управлението в здравеопазването е професионална дейност със задължителна квалификация по здравен мениджмънт.

Тази квалификация се удостоверява с определени дипломи – по правило *магистър по здравен мениджмънт*.

Най-честите изходни точки за формирането на здравни мениджъри са диплома по медицина, по икономика, по право, по нърсинг, по публична администрация, а също и друг профил на образование (социолози, политолози, еколози и др.). Това многообразие е закономерно, то е свързано с нетрадиционната интегративна същност на здравния мениджмънт.

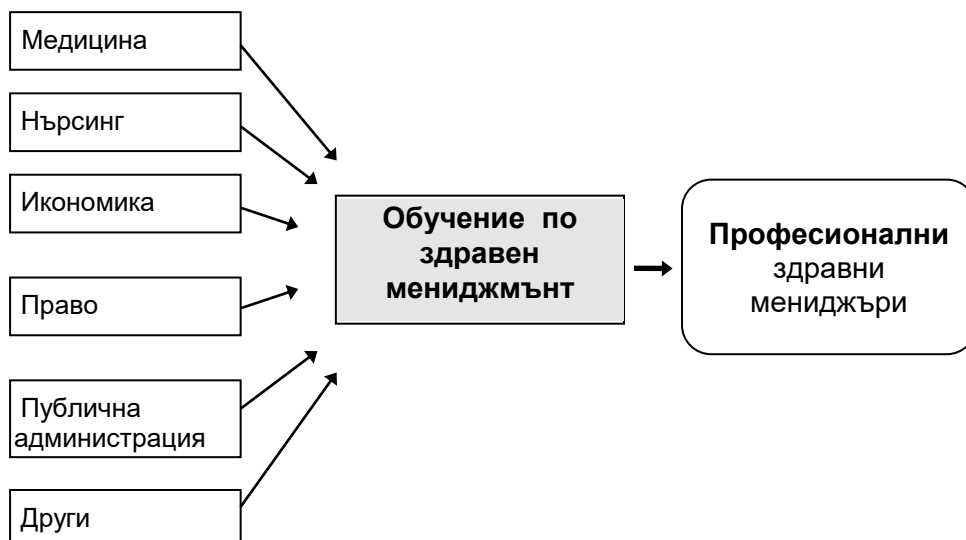
Вижте следващата схема: тя показва, че в развитите страни най-често пътят на професионален мениджмънт поемат не лекарите, а лица с друг профил на изходно висше образование - икономика, право и нърсинг.

В България засега ситуацията е коренно различна - тук все господства т.нар. **медикрация** (абсолютен доминиране и монопол на лекарите в управлението на здравната система).

Обективните тенденции са към постепенно **преодоляване** на медикрацията. Решаваща роля в тази насока ще изиграе въвеждането на професионалният мениджмънт в здравеопазването.

Съществуващата у нас медикрация поражда трудности в управленския процес и в професионалната кариера на здравния мениджър. Главната трудност е, че лекарят-клиницист навлиза в ролята си на здравен мениджър със

стремежа да съчетава изпълнителската и управленската дейност. При това положение и двете дейности неизбежно снижават ефективността си.



Текст за размисъл

Баланс на дейностите на здравния мениджър

Казус. Провежда се конкурс за директор на болница с 200 легла. Един от кандидатите е хирург, работи в извънболничен медицински център.

Въпрос от член на комисията:

- Ако станете директор ще ви липсва ли клиничната практика?

Отговор:

- *Вижте, ако стана директор, моята цел е да мога да влизам в операционната. Съгласете се, че навън (извън болницата) няма свестни операционни, не може да се рискува с пациента, операция е това...*

Феноменът медикация:

Ако хирург стане директор на болница, той продължава по няколко часа дневно да прекарва в операционната зала.

Дневният бюджет на времето на този хирург-директор се деформира, тъй като се налага той да отделя допълнително часове за пълноценно реализиране на управленските си функции (ако наистина ги реализира пълноценно?).

Безспорно това води до **свръхнатоварване**, до хронична преумора, снижена работоспособност и в крайна сметка **ниска управленска ефективност**, независимо от добрите лични качества на този директор.

6. Професионален портрет на здравния мениджър

Характеристика на професията на здравния мениджър - атрибути

Като изхождат от комплексния характер на управленската дейност J. Rakich, B. Longest и K. Darr дават следната дефиниция на професията на здравните мениджъри:

Здравни мениджъри са онези индивиди със специална квалификация, които са в позицията на власт, направляват работните усилия на другите и са отговорни за ресурсите и резултатите от дейността на здравната организация.

В рамките на тази широка дефиниция здравни мениджъри са заемашите длъжности като директор на болници, на медицински център и ДКЦ, главни сестри (директори по нърсинг), регионални директори на здравеопазването, управители на аптеки и т.н.

Отличителните черти (атрибути) на професията на мениджъра са следните:

1. Мениджърите са официално назначени в позицията на власт. Властта означава сила, за да въздействуваш. Без власт мениджърът е обезсилен. Ако не използва властта, която има, мениджърът е неефективен. Разбира се, става дума не за произволно използване на властта, а за постигане целите на здравната организация. В този смисъл властта предполага точно определени отговорности.

2. Мениджърите направляват дейността на другите хора (на персонала). Мениджърът не е изпълнител, а регулатор на изпълнението на различните дейности. Счита се, че мениджърът е изкуството да се постигат резултати чрез усилията на другите.

3. Мениджърите са отговорни за ресурсите на здравната организация. Тази отговорност е в два аспекта: а) отговорност за осигуряването на ресурсите и б) отговорност за изразходването (използването) на ресурсите.

4. Мениджърите са отговорни за резултатите от дейността на целия колектив. Често мениджърите се дистанцират от отговорността за някои негативни резултати от дейността на отделни подчинени им лекари (напр. Конфликтни ситуации, черен пазар и др.). Това е неоправдано и неприемливо в светлината на съвременния управленски професионализъм.

5. Мениджърите имат специална квалификация за управление на ресурсите на организацията. В областта на здравеопазването това е регламентираната квалификация по здравен мениджмънт, получавана чрез специална система на университетско образование.

Тези атрибути съвкупно формират професионализма на модерния мениджър. Отсъствието на който да е от посочените пет атрибути създава сериозни дефицити и дефекти в целостта на професионалния образ на мениджъра.

9. Нива на управление и типове мениджъри

Различават **три нива** на управление, респ. три типа мениджъри:

1. Висш мениджмънт (мениджмънт на политическо ниво).
2. Координиращ мениджмънт (средно ниво).

3. Оперативен мениджмънт (надзираващ или “първа линия” мениджмънт.

В мащабите на националната здравеопазна система представител на висшия мениджмънт е Министерството на здравеопазването, на средното ниво - районните центрове по здравеопазване и на оперативния мениджмънт - директорът на болница, на медицински център и т.н.

Разграничаването на тези три нива е донякъде условно. Например, директорът на болница е представител на оперативния мениджмънт (в структурата на националната здравна организация), но едновременно представлява висшия мениджмънт (в структурата на болницата).

Мениджърите от всички нива трябва да имат развити следните **типове умения**:

1. Концептуални умения - за разработване на визия за стратегията и развитието на дадената организация.

2. Комуникационни умения - за междуличностни отношения, за осъществяване на контакти в процеса на управлението.

3. Организационно-технически (оперативни) умения - организиране изпълнението на текущи задачи, работа с документация, поща, провеждане на съвещания и др.

4. Съставяне на екип - умения за подбиране на подходящи хора за помощници и за съвместна дейност по различни задачи.

Концептуалните умения са приоритет на висшия мениджмънт, докато оперативният мениджмънт се нуждае главно от организационно-технически и комуникационни умения.

8. Понятие за организация

Ключово понятие в мениджмънта е организация – тя е обединение на индивиди за постигане на обща цел.

Организация е болницата, медицинският център, хосписът, университетът и т.н..

Общи черти на всяка организация:

- Единна цел и метод на дейност;
- Координация на усилията;
- Разделение на труда;
- Йерархия на властта.

Има различни класификации на организациите. За практически цели се разграничават следните два типа организации:

▪ **Организация с ирационално (бюрократично) поведение.** Проявява спонтанно, интуитивно, неефективно поведение. Това е класическия тип бюрократична организация. Тя е от затворен тип, подчинена на административния стил на управление. Успешна е само в стабилна и проста ситуация.

▪ **Организация с рационално поведение.** Поведението ѝ се основава на мисленето (“царството на разума”), на научни прогнози и анализ, компетентен професионален контрол и критична оценка. Това е организация, аналогична на живия организъм. Рационалната организация е отворена и е по-успешна в нестабилна, сложна ситуация.

В развитието на бюрократичната (ирационалната) организация неизбежно настъпва **упадък**..

Ранни симптоми за бюрократизация и упадък

1. Назначаване на излишен персонал
2. Тромави административни процедури
3. Търпимост към некомпетентността
4. Остаряваща неизменна структура
5. Подмяна на целите със средствата (формата)
6. Страх от конфликти и затруднения
7. Прекомерна показност, неадекватна на резултатите
8. Съпротива срещу промени
9. Търсене на изкупителни жертви
10. Доминиране на груповите интереси



**Негово
Величество
Бюрократов**

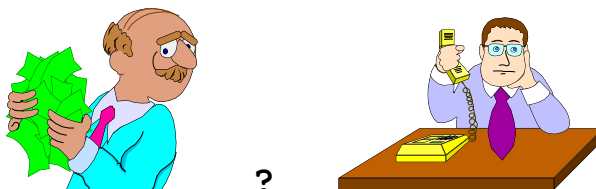
Една организация се бюрократизира тогава, когато започне да се занимава изключително със свои вътрешни проблеми, затваря се в себе си и не постига целите, за които е създадена. В здравеопазването това е чест феномен.

Вижте **признаците** на бюрократичната и на рационалната организация:

<i>Показател</i>	<i>Бюрократична организация</i>	<i>Рационална организация</i>
1. Определяне на целите	Тясно, стриктно	Широко, свободно
2. Стил на вземане на решения	Авторитарен, централизирано	Демократичен, децентрализирано
3. Необходимо знание	Специално	Общо
4. Индивидуален принос за организацията	Неясен	Ясен
5. Гъвкавост на задачите	Неизменни, рутинни	Вариращи, гъвкави
6. Степен на йерархичен контрол	Висока	Ниска, самоконтрол
7. Комуникации	Отгоре надолу	Хоризонтални, между колеги

От горната схема е очевидно, че в сравнение с бюрокрацията и механичното администриране, рационалната организация е ориентирана към функциониране в по-сложна, изменяща се и нестабилна ситуация.

Рационалната организация се нуждае от методите на модерния мениджмънт като изкуство за управление в условията на **нестандартни ситуации**. Затова днешният променящ се свят очевидно се нуждае все по-малко от стила на администрирането и все повече ще възприема стила на мениджмънта.



Задача за самооценка

Наблюдавайте известно време събитията там, където работите (болница, медицински център, ДКЦ и т.н.).

Отбелязвайте силата на изложените в горната таблица седем признаци по четири-степенна скала:

0 - липса на даден признак

1 - слабо изразен признак

2 - средно изразен признак

3 - силно изразен признак

Например, по признак № 7 “комуникации” оценявате силата на признака “отгоре надолу” с 2, а силата на признака “хоризонтални, между колеги” с 1. Аналогично оценявайте и останалите признаци.

Сумирайте количествените оценки на признаците.

Според сумарната оценка на признаците определете **в какъв тип организация работите вие** - предимно бюрократична или предимно рационална.

9. От здравна администрация към здравен мениджмънт

До скоро здравният мениджмънт се приемаше като модернизирано наименование на здравна администрация (бизнес-администрация) или здравна икономика, като техен синоним. Тази остаряла представа отива в историята.

Здравният мениджмънт е нов, специфичен и уникален **социокултурен феномен** в здравеопазването, възникнал от съприкосновението между теорията на мениджмънта и теорията на здравеопазването (социалната медицина). Той не е проста сума от тези две теории - той е породен от тях, крие корените си в тях, но израства като съвършено нов самостоятелен клон на науката и практиката.

Здравният мениджмънт **не е синоним** на здравна администрация или на здравна икономика (независимо, че той има своите административни и икономически аспекти).

Здравният мениджмънт само **външно наподобява** здравната администрация и свързаната с нея здравна икономика. Администрацията и

икономиката са само отделни аспекти, част от клоните на огромното дърво с дълбоки корени, наречено здравен мениджмънт.

Мениджмънтът като строго научно понятие постепенно **измества** популярния термин “бизнес-администрация”. Днес писаното от L. Mullins звучи като **аксиома**: “Мениджмънтът може и трябва да се разграничи от администрацията”.

Ето някои различия между мениджмънт и администрация:

1. Мениджмънтът е познание и изкуство за управленска дейност в нестандартна ситуация. За разлика от администрацията той е чужд на строгите рецепти и заучени схеми за решение.

Най-същественото, което дава аромата на мениджмънта е неговата **стратегическа ориентация**.

А стратегическият мениджмънт предполага виждания, концепция, прогностични умения, въображение. Правдиво звучат думите на проф. Г. Шакл: “В мениджмънта въображението често е по-важно от разума”. Без въображение няма генерални виждания и прогнози, няма творчество в управленските решения.

2. Подходът на здравния мениджмънт е плуралистичен. Плурализмът означава многообразие, баланс на варианти, умение за избор на варианти при вземането на управленски решения.

3. Професионалното формиране на здравния мениджър е овладяване на аналитичен стил на мислене и действие, а не просто усвояване на стандартни знания и практически умения.

Посочват се следните черти на стила на мислене в здравния мениджмънт:

- Системност, многозначност и вероятностност;
- Иновативност и интегративност;
- Настандартност;
- Проактивност – готовност за бъдещи действия в непредвидими ситуации;

Уникалността на здравния мениджмънт става все по-очевидна

В заключение, здравният мениджмънт не е синоним на здравната администрация и здравната икономика, макар да е свързан с тях. Подменянето на здравния мениджмънт с понятието здравна администрация **го лишава от неговата специфика и автономно развитие** като академична дисциплина и създава едностранчива управленска практика.

Въпроси за размисъл

1. Нужно ли е да се разграничават понятията здравна администрация и здравен мениджмънт?

2. Дайте вашият коментар на следните твърдения на водещи експерти в здравния мениджмънт:

- Истинският мениджър има повече въпроси, отколкото отговори.
- Администраторът няма въпроси - той винаги има готови и правилни отговори.

10. Оперативен и стратегически здравен мениджмънт

Във връзка с нивата на управление е необходимо ясно да се разграничават два типа мениджмънт – оперативен и стратегически мениджмънт.

Стратегическият мениджмънт е ориентиран към управление в условията на промяна, Той има две главни особености:

- Ориентиран е към бъдещето, основава се на дългосрочно виждане за развитието – на националната здравна система, на болницата, на медицинския център и т.н.
- Изисква глобално виждане и подход – обхваща се дадена система в нейната цялост – национална здравна система, болница, медицински центри т.н.

Стратегическият мениджмънт е отговорен за определянето и постигането на крайната цел, неговата главна грижа е посоката на развитието. Главните въпроси, стоящи пред стратегическия мениджър са: „Защо?” и „Накъде?”.

Някои автори определят стратегическия мениджмънт като **макромениджмънт**.

Оперативният мениджмънт е фокусиран към процеса на дейността, към организационните методи и технологии. Той е изпълнител на стратегическите решения. Главният въпрос, стоящ пред оперативния мениджър е „Как?”.

Някои автори определят оперативния мениджмънт като **микромениджмънт**.

Пример. В една болница стратегически мениджър е директорът, респ. бордът на болницата. Оперативни мениджъри са началник отделенията и старшите сестри.

Функциите на стратегическия мениджмънт не могат да се делегират на оперативния мениджмънт и обратно.



II. Управленският процес

11. Основни функции (елементи) на мениджмънта

Основните функции, които изпълнява мениджърът са фактическите елементи на мениджмънта. В своята съвкупност те показват **как въздействуват** мениджърите върху обекта на управление чрез използване на човешките и другите ресурси.

Основните функции (елементи) на мениджмънта са:

- определяне на цели,
- приемане (изработване) на решение,
- планиране,
- организиране (на изпълнението),
- контрол,
- ръководство на персонала (непосредствено управление) ,
- координиране,
- оценка.
- представителни функции.

Изходни и ключови функции на мениджмънта са определянето на **целите** и вземането на **решения**.

12. Определяне на цели

Тази функция е ключова, от нейното творческо реализиране зависи цялостната ефективност на управленската дейност.

Многообразните цели могат да се класифицират според различни критерии (приоритетност, степен на общност, срок и т.н.). Различават се следните типове цели::

- Общи и частни цели;;
- близки (краткосрочни и далечни (дългосрочни));

Препоръчва се целите да бъдат:

а) максимално адекватни на бъдещите потребности на системата, т.е. основани върху надеждни прогнози;

б) конкретни;

в) реалистични;

г) мотивиращи, т.е. провокиращи личната активност;

д) многовариантни, т.е. да се формулират различни алтернативи с оглед да се извършват сравнения и да се изберат най-добрите варианти;

е) приоритетно ранжирани;

ж) да имат предварително определени критерии за оценка на реализирането на целите.

Стратегическият мениджмънт определя дългосрочните цели на дадена организация чрез всеобхватни анализи на ситуацията - настояща и прогнозна.

13. Управленско решение

Друга основна функция на мениджмънта е **вземането (разработването)** на решения. Това е най-важната функция на мениджмънта, чрез която целите на дадена система се трансформират в конкретни програми за действие (прескриптивна информация).

Управленската дейност може да се разглежда като процес на непрекъснато вземане на решения. В този смисъл често мениджърът се определя като **конструктор на решения**, като разработващ решение (**decision maker**).

Схематично *структурата* на решението е следната:

Решение

Цел Пътища (методи) Ресурси

Защо? Какво? Как? Кога? Кой? С какво?

Съществена роля в механизма на вземане на решения играе изборът на *оптималния вариант* от възможните алтернативи. Всички решения се изработват върху **многовариантна основа**.

Вземането на управленско решение е избор между варианти (алтернативи)

Изборът на оптималния вариант е трудна задача с много голям *нестандартен* творчески подход. Преди всичко е необходим предварително изработен списък на вариантите (алтернативите) и тяхната сравнителна оценка.

Съвети за избор на оптимален вариант на решение: ↓

1. Вземането на решение означава едновременно поемането на отговорност.
2. Не оценявайте прибързано различните предложения. Новото се оценява трудно. Няма само лоши и само добри решения.
3. Избягвайте предварително създаване и налагане на мнение за решаването на даден проблем.
4. Не вземайте решение в състояние на стрес.
5. Събирайте достатъчно информация преди обосноваване на решението. Но ако такава липсва, вземането на решение не може безкрайно да се отлага.
6. Решението вземате вие, но консултирането с други хора е необходимо за качеството на решението.
7. Щом решението е вече взето, не трябва да се отлага неговото изпълнение.
8. Вземането на решението е самоизява и лична позиция на мениджъра, която не може да бъде скрита зад паравана на колективното обсъждане.

14. Управленски цикъл

Управленският процес протича в последователен ред на взаимосвързани и повтарящи се функции на мениджмънта – по този начин се формира т.нар. управленски цикъл.

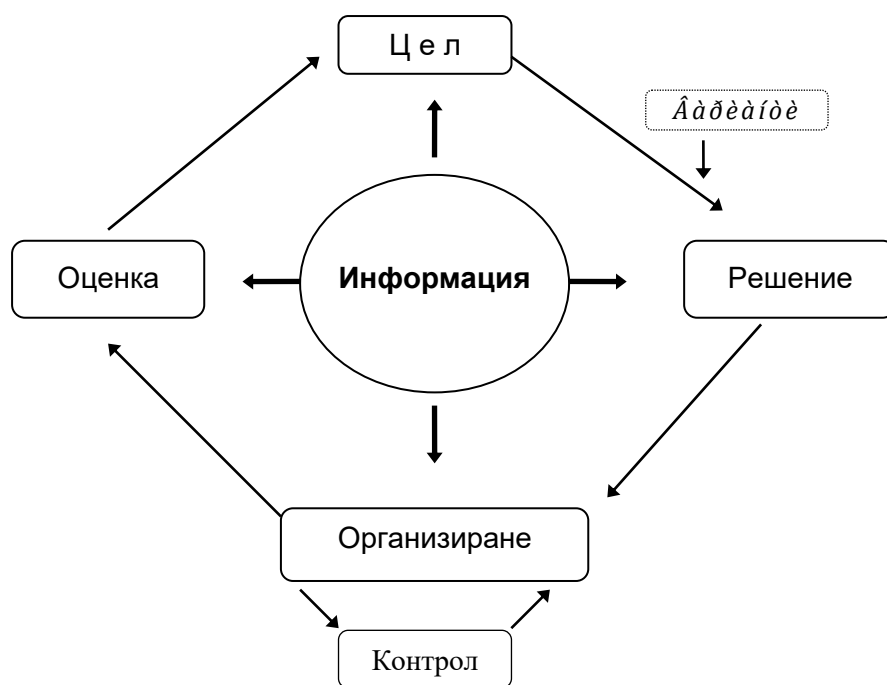
Управленският цикъл се състои от елементи (етапи), представени на схемата.

Както се вижда от схемата, информацията е фокус и основа за управленския процес във всичките му етапи. В този аспект управлението може да се разглежда и като информационен процес.

□ Образно казано, **информацията е суровината или двигателят на управленския цикъл**.

В долната схема следва да се открият два акцента:

- * Вземането на решение минава непременно през избор на варианти. Управленско решение, взето без избор на варианти е съмнително относно неговата сериозна професионална обосновка.
- * Функцията “организиране” задължително се съпровожда от функцията “контрол”. Отсъствието на контролната функция е чест недостатък в дейността на здравните мениджъри, забравят да проконтролират как се използват тези ресурси за изпълнение на взетото управленско решение.



* * *

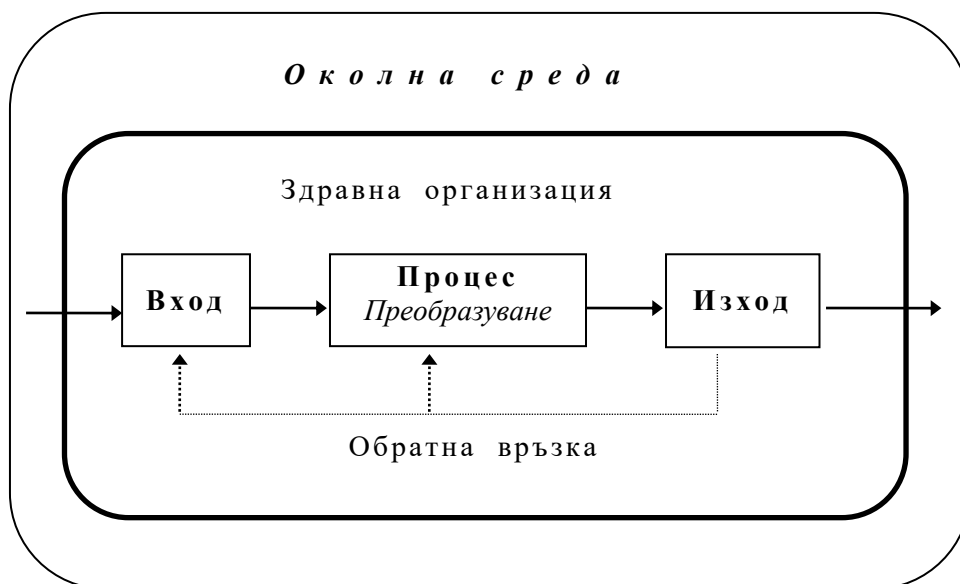
15. Системен модел на здравния мениджмънт

В системния модел на входа са ресурсите, които чрез процеса на мениджмънт се **преобразуват** в резултати (на изхода).

Мениджмънтът се разглежда като *катализиращ процес*, чрез който ресурсите се преобразуват в резултати, т.е. постигат се целите на здравната организация.

Ресурсите на здравната организация *идват* от околната среда и във вид на резултати отново се *върщат* в нея (виж долната схема).

По този начин здравната организация, независимо от своята относителна автономност, е зависима от околната среда. Образно казано, тя „плува“ в своята околна среда.



* * *

16. Ресурси, преобразуване и резултати

На входа на здравната организация постъпват нейните ресурси. Ресурсите са **четири** типа:

- персонал (човешки ресурси),
- финансови ресурси,
- материални ресурси
- време.

Финансовите и материалните ресурси, както и времето, са условие и средство за реализиране възможностите на човешките ресурси (живата работна сила, персонала). И обратно, от човешките ресурси зависи използването на останалите типове ресурси.

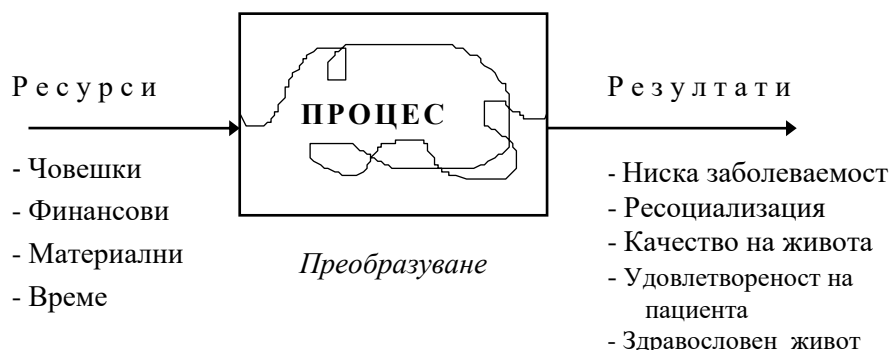
Ето защо мениджмънтът на човешките ресурси заема възлово , изходно място в мениджмънта на ресурсите въобще.

Липсата или недостигът на едни ресурси може да повлияе неблагоприятно другите ресурси да снижи ефективността на цялото здравно заведение.

Например, липсата на специалисти в дадена област може да обуслови неизползване на налична медицинска апаратура. А това ще повлияе върху крайния резултат на здравеопазната дейност (изхода на системата).

Един почти забравен от здравните мениджъри ресурс е *времето*. Ресурсът време има нарастващо значение в условията на недостиг на другите типове ресурси.

Основни елементи **на изхода** са резултатите. Те отразяват степента на постигането на набелязаната цел.



Ако няма преобразуване НЯМА управленски процес, а ИМА просто изразходване на ресурсите.

За да изпълни тази роля *процесът* включва (реализира се чрез) структура, задачи, технологии и хора.

Хората са специфичен и особено съществен елемент, като се има предвид, че мениджърите изпълняват своите функции *чрез хора*, интегрирани в структури и задачи.

Изхождайки от този системен модел, става ясно, че ефективна управленска дейност е възможна само когато здравният мениджър овладее **умението** да анализира в единство трите елемента: вход, процес и изход.

Обобщено казано, **здравният мениджмънт е изкуството да се овладее процесът, чрез който здравните ресурси се преобразуват в здравни резултати.**

В духа на изложения системен модел стилът на мислене на здравния мениджър трябва да бъде **трипосочен**:

- към ресурсите,
- към процеса,
- към резултатите.



III. Мениджмънт на човешките ресурси

17. Същност на човешките ресурси в здравеопазването

Теорията на мениджмънта разглежда хората като основен ресурс на здравеопазването.

Човешките ресурси в здравеопазването имат два елемента:

- **Здравен персонал** - широки спектър професионалисти: лекари, стоматолози, фармацевти, медицински сестри, рехабилитатори, диетолози, психолози, инженери, икономисти, юристи, мениджъри и др.
- **Пациенти** - населението, което търси удовлетворяване на своите здравни потребности.

Разглеждането на пациентите като ресурс има важно методологично и управленско значение. Както от качествата на другите ресурси, така и от качествата на пациентите в **зависи** полученият резултат от медицинската дейност.

Пациентите са ресурс на входа, чието първоначално състояние се видоизменя на изхода в съответен резултат, на-пример, болестта се предотвратява или лекува.

От тази гледна точка здравният мениджър е **отговорен** и за състоянието на ресурса-пациенти, така както е отговорен за всички други ресурси.

Разглеждането на пациентите като ресурс на здравеопазването и като отговорност на здравния мениджмънт е съзвучно на новия тип здравна политика, ориентирана към промоция на здравето.

Мениджмънтът на човешките ресурси използва подходи и методи от редица науки и преди всичко от т.нар. поведенчески науки: *психология, социална психология, социология, етика*.

18. Хората като елемент на организацията

Значителна роля за развитието на мениджмънта на човешките ресурси като теория и практика играе концепцията за **организационното поведение**.

Според концепцията за организационното поведение процесът на мениджмънт се реализира не във вакуум, а в определена организационна среда. Ключовото понятие тук е *организация*.

Организацията е човешко обединение, специално формирана група от хора, преследващи единна цел с адекватни методи на дейност. Както образно сочи Т. Rathwell, първото условие, за да съществува една организация е наличието на двама и повече индивида.

Организацията се разглежда като сложна социотехническа система, в която има три основни елемента (фактора):

- ◆ цели и задачи;
- ◆ структура;
- ◆ хора.

Мениджмънтът се стреми да поддържа баланса между тези три фактора. От управленска гледна точка хората се разглеждат като **най-съществените ресурси** на организацията, свързани с всички други "извънчовешки" (физически) ресурси.

Човешките ресурси са не само най-важния ресурс, но и най-трудния за управление ресурс. Стандартният административен подход към човешките ресурси е неефективен.

Мениджмънтът на човешките ресурси е система от дейности, чрез които ефективно се използва персонала за постигане целите на дадена организация и същевременно за удовлетворяване потребностите на този персонал.

Тази **двудейна** същност - постигане на цели и удовлетворяване на потребности и очаквания - е много важна за едно по-цялостно разбиране на мениджмънта на човешките ресурси и за преодоляване на едностранчиви решения.

Човешките ресурси са не просто свързани с другите типове ресурси - материални, финансови, време, - но от тях зависи използваемостта на тези ресурси

. . .

19. Професионален спектър на човешките ресурси в здравеопазването

Човешките ресурси в здравеопазването имат силно изразена хетерогенна структура. Съвременното високо развито и технологизирано здравеопазване има **широк спектър** професионалисти от медицински, социални и технически науки.

В здравеопазването намират място не само *лекари, медицински сестри, рехабилитатори*, но и **химици, физици, биолози, информатици, статистици, психолози, педагози, социални работници, юристи, икономисти, мениджъри** и др.

Разпространената представа, че здравеопазването е чисто лекарска работа е **остаряла и примитивна**. Лекарската професия е само една от многобройните професии в здравната система. В редица аспекти лекарската професия няма решаващо място в модерните здравеопазни дейности. Например: нърсинг (здравни грижи) и промоция на здравето са дейности, реализирани без решаващо участие на лекарите (или дори без тяхно участие).

Генералното надценяване на една или друга професия в здравеопазването е в разрез със съвременното ефективно управление на човешките ресурси, в частност с изискването за широк **екипен подход**.

Здравният мениджър е този, който регулира баланса, пропорцията, взаимоотношенията и ролята на различните професионалисти в здравеопазването.

В тази светлина представителите на различните многобройни професии в здравеопазването следва да бъдат означавани с един системно обобщаващ термин - **здравни професионалисти**. Химикът в здравеопазването е здравен професионалист, инженерът, статистикът, психологът и т.н. са също здравни професионалисти.

Подобно **професионално самосъзнание от нов тип** е адекватно на потребността от ефективен здравен мениджмънт.

Наличието на широк спектър от професии в здравеопазването поставя нови изисквания пред квалификацията на работещите в здравната организация.

Все по-остра става необходимостта от гарантирането на **единен език**, единен стил на мислене и действие между представителите на многобройните професии в здравеопазването. База за този **единен стил** е съвременната концепция за общественото здраве (Public health).

Пример за лош мениджмънт на човешките ресурси: дисбаланс на професионалистите в здравеопазването. В хода на здравната реформа бе подценена ролята на медицинските сестри, а надценена ролята на лекарите. Това доведе до остър **недостиг на медицински сестри** в цялата здравна система.

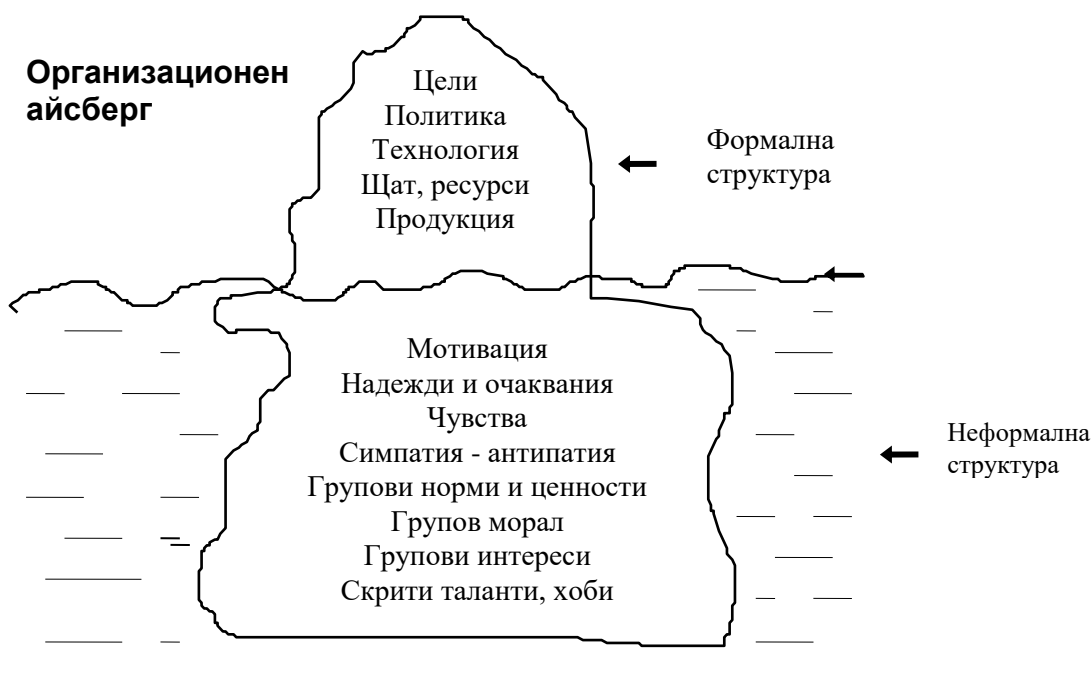
20. Формална и неформална структура на организациите

Формалната структура е *официална, видима, планирана, задължителна*. Изгражда се отгоре надолу, ръководителят се назначава и има официална позиция на власт (**мениджър**). Формалната структура е рационална и изхожда от целите и интересите на организацията.

Съставът на формалната структура е постоянен, стабилен, комуникациите са стандартни и ясно регламентирани.

Неформалната структура е *неофициална, невидима, не е задължителна*. Изгражда се отдолу нагоре, водещото лице не се назначава и няма позиция на власт, неговата ръководна функция се основава на взаимното привличане, съгласието и консенсуса на членовете на неформалната организация (**лидер**). Неформалната структура изхожда от емоционални елементи (симпатия, антипатия), общи интереси, потребности и взаимно привличане на членовете. Тя има пряка връзка с морала, професионалната мотивация на хората, с тяхната ценностна ориентация, удовлетвореност от дейността и др.

Съставът на неформалната структура е динамичен, комуникациите са нестандартни и променящи се.



Обобщено казано, неформалната структура се основава на междуличности отношения, поради което може да се отличава значително от формалната йерархична структура на организацията.

В определени моменти тя може да бъде дори **по-силна от формалната структура**. Затова мениджърът трябва да познава тази структура, да я анализира и регулира.

Талантливият мениджър наблюдава този “организационен айсберг” и познава подводната му част (виж схема).

Редица здравни мениджъри (директори на болници, главни сестри) подценяват или игнорират ролята на неформалната структура. Те са **заслепени** от своята официална позиция на власт и затова нерядко са изненадани от силата на въздействие на неформалната структура и на нейния лидер.

Но, както твърдят социолозите, **изненадата е свидетелство за нашата непроницателност**.

Схемата на организационния айсберг показва, че за да може да ръководи организираната общност, мениджърът трябва да има качества и на **лидер на неформална група**. Идеалният случай е, когато едно лице успява едновременно да изпълни ролята и на официален ръководител (мениджър), и на неофициален водач (лидер). Това в пълна степен рядко се среща. Най-често мениджърът и лидерът са две различни лица.

Забелязана е интересна закономерност: когато лидерът стане мениджър той постепенно **загубва** лидерските си качества и роля. Това се дължи на честото **различие** на целите, които преследват и на отговорностите, които носят лидерът и мениджърът.

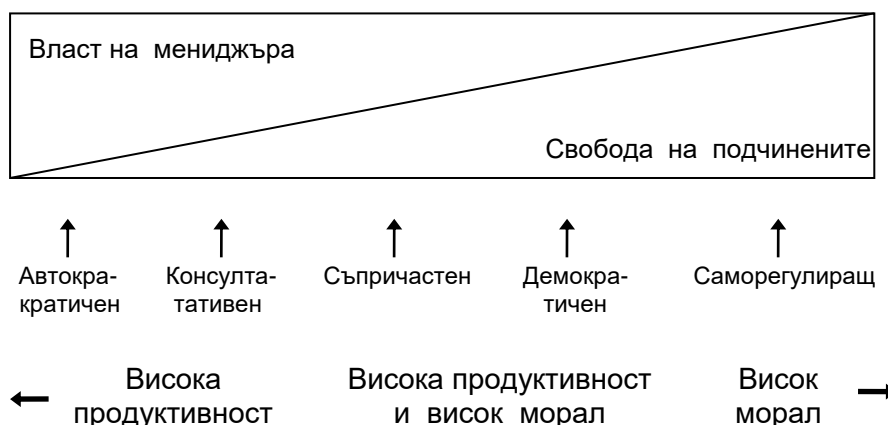
Поради това мениджърът трябва постоянно да анализира характера на неформалната структура, да търси допирни точки с нея, и да възпитава в себе си качества на лидер.

*

21. Стил на лидерство и мениджмънт

Традиционно се говори за два **полюса** на мениджърския стил: автократичен и демократичен.

Но стилът има и междинни нюанси между тези два полюса, затова може да се представи като **континуум** (протяжност).



Континуум на мениджърския стил

Различните степени на мениджърския стил са:

- **Автократичен** - мениджърът сам взема решение и го обявява на подчинените като неоспорим факт.

- **Консултативен** - мениджърът представя своите идеи и очаква въпроси и съображения от подчинените, след което взема решение.

- **Съпричастен** - мениджърът представя проект за решение и иска предложения за крайното решение, в чието вземане под някаква форма участвуват и подчинените.

- **Демократичен** - мениджърът определя само границите на задачите и кани групи от персонала да вземат решение.

- **Саморегулиращ** (свръхдемократичен) - мениджърът позволява на подчинените си да вземат решение свободно при наличие на общ даден от него ориентир.

Един от най-новите възгледи за стиловете на ръководство е в светлината на **ситуационната теория**, известна още като **теория на условността** или теория на непредвидените обстоятелства (contingency theory).

Тази теория акцентира върху необходимостта мениджърите да бъдат адаптабилни, като видоизменят своя стил на поведение съобразно особеностите на ситуацията.

Възниква въпросът: **Кой е най-добрият управленски стил?**

Теоретиците на мениджмънта твърдят, че **няма един единствен най-добър стил на ръководство**. Демократичният стил е най-вероятно да доведе до ефективна дейност при високо морален и квалифициран персонал. Но при персонал с нисък морал е необходима доза автократичен стил.

Затова ориентацията към най-подходящия управленски стил се определя главно от **два фактора**:

- Качества на подчинените
- Характер на задачата (високо приоритетна или не, спешна или не и т.н.)

22. Роля на мотивацията в мениджмънта

Мениджърската компетентност предполага способност да бъдат мотивирани хората (подчинените), като се използват пълноценно техните умения.

Добре управлява онзи, който добре мотивира!

Мотивирането на хората е сложна творческа дейност. Всеки индивид е уникална комбинация от генетичен потенциал, личностови и социални качества, потребности, ценности и мотиви.

Добрият мениджър трябва да е наясно не само **какво** и **как** работят хората, но и **защо**, в името на какво, какъв личен смисъл те влагат в дейността си, удовлетворени ли са от труда си.

Мотивът е **вътрешен автономен индивидуален избор**, обусловен от личните потребности и ценности.

А. Маслоу разработва модел на мотивация, основан върху йерархията на човешките потребности в пет нива (схема).

Според Маслоу хората, преди да преминат към по-високото ниво на потребности, се стремят да задоволят своите потребности от най-ниското ниво.

Достигането до най-високото ниво - **себереализация** - означава, че поведението на индивида вече не се мотивира от външни фактори, т.е. той се самомотивира и е способен да поема собствена отговорност за действията си. Тук е сферата на **реалната свобода на личността**.

Себереализацията е най-високото йерархично ниво на мотивация, осигуряващо максималното използване на потенциалите на личността.

Човекът не ще направи мъдър житейски избор, ако няма смелостта да се вслушва в себе си, в собственото си Аз! А. Маслоу

Всеки здравен мениджър заслужава да се замисли върху своята стратегия за мотивация, къде приоритетно да насочи усилията си: дали към трудолюбивите посредствени и некадърни сътрудници, или към способните професионалисти, които често са недостатъчно стимулирани и затова не винаги са достатъчно “трудолюбиви”.



В тази насока се срещат някои характерни **слабости** в мотивирането на персонала:

- несправедливо трудово възнаграждение, без връзка с резултатите, уравниловка и др.;
- мотивиране чрез страх - от уволнение, наказание и др.;
- слабо внимание към творческите личности;
- ниско доверие и мнителност към хората с инициативи;
- недостатъчна автономия на сътрудниците;
- липса на критерии за оценка на персонала;
- неизяснени индивидуални перспективи за кариера;
- псевдодемократичен стил на ръководство, при който зад маската на вежливост и безконфликтност, мениджърът отваря вратите на интриги, компромиси и безотговорност.

В здравеопазването с неговата традиционна хуманна мисия **повече от другите са присъщи мотивите от висшите нива** - его-статус и себереализация.

23. Екипен подход в мениджмънта – управленски екип

Здравната дейност не е изолирана индивидуална - тя е преди всичко групова дейност. Съществува определен тип група, чиято дейност е максимално ефективна. Този тип група е екипът (team), който има редица специфични черти, отличаващи го от обикновената група.

Според R. Maddux групите се преобразуват и развиват в екипи, когато техните **общи цели** се осъзнаят и убедено се възприемат от всички техни членове.

Решаващ признак, който отличава екипа от групата е наличието на интегритет, консолидация на отделните членове, поддържани и развивани от екипния лидер.

Ключът към ефективния мениджмънт е подходящо съставеният управленски екип.

В тази насока едно от главните умения на мениджъра е да подбира подходящи членове на управленския екип с необходимите качества. Целта е не да се търсят хора с напълно съвпадащи качества, а **подходящо различаващи се и взаимодопълващи се** индивиди, изпълняващи конкретни роли..

Успешното функциониране на екипа изисква баланс на различни **екипни роли**. Структурата на екипа се изгражда от екипни роли, за които се търсят подходящи личности.

Чрез психометричен тест **М. Белбин** изолира осем типа личности в съответствие с изпълняваната от тях роля в екипа.

Установени са осем **екипни ролеви типове**:

1. Лидер. Стабилен, доминантен екстраверт. Умее да ранжира приоритетните цели, координира усилията на другите, последователен и целенасочен. Изявява се като обединяваща личност, която увлича останалите към общи цели. Според ролята му образно се определя като “президент”.

2. Инициатор-конструктор. Неспokoен, енергичен, доминантен екстраверт. Целенасочва изпълнението на конкретни задачи - лидер на задачата (task leader). Образно се определя като “премиер”.

3. Иноватор. Интелигентен, доминантен интроверт. Има вкус към новото, генератор на идеи, критичен към съществуващите порядки. Притежава най-богато въображение и интелект в екипа.

4. Оценител (“контрольор”). Интелигентен, стабилен, интроверт. Той е “студен” наблюдател и безпристрастен анализатор на процесите.

5. Организационен (фирмен) работник. Стабилен, умерено доминантен и контролируем. Практически организатор на реализирането на управленските решения. Трансформира общите стратегии и решения в ясно определени и управляеми задачи. Работи системно и методично.

6. Откривател на ресурси. Стабилен, доминантен, екстра-верт. Социален и общителен. Той е човекът в екипа, който най-бързо става приятен и привлекателен при делови срещи. Умее да открива спонсори. Действа главно навън от екипа, събира необходимата информация за нужни на организацията ресурси (финансови, човешки, материални).

7. Екипен работник. Стабилен екстраверт. Най-чувствителният от екипа към личните проблеми на колегите си, познава частния им живот, търси балансиране между неформалната и формалната структура в организацията. Ролята му е на вътрешен социален комуникатор.

8. Изпълнител “до край” (довършител). Неспokoен интроверт, самоорганизиран и възискателен. Специално е склонен да наблюдава детайлите на задачите и да следи за окончателното им изпълнение.

Както се вижда, тези осем ролеви типа като членове на екипа имат различни функции и качества и тяхното **съчетание** е условие за изграждането на ефективен екип.

Специално трябва да се отбележи централната роля на лидера на екипа. Нашите наблюдения върху ръководители на здравни заведения (с теста на Белбин) показаха, че процентът на лицата с нагласа и качества на лидер е **изключително нисък** (около 6 %).

Главни характеристики на добрата екипна работа:

- * ясни и съгласувани цели;
- * отвореност и конфронтация;
- * поддръжка и доверие;
- * сътрудничество и конфликт;
- * подходящо ръководене от лидера;
- * редовни критични обсъждания;
- * свобода за индивидуално развитие;
- * здрави вътреекипни отношения.

В развитието на всеки екип има четири етапа:

1. Неразвит екип. Близките отношения се избягват, общите цели са неясни, няма активни дискусии, лидерът взема почти сам решенията.

2. Експериментиращ екип. Проблемите се гледат по-открито, взаимното изслушване на мнения е по-често, започват по-свободни комуникации между членовете на екипа.

3. Консолидиращ се екип. По-активни лични контакти, сътрудничество и толерантност, целите са съгласувани и изяснени, прилагат се повече усилия за съвместна дейност и подкрепа.

4. Зрял екип. Взаимоотношенията са открити, обсъждат се алтернативи, работи се по-методично, ръководният стил е основан на сътрудничество и толерантност, поведението на членовете е гъвкаво с изразени неформални отношения помежду си. Всеки член на екипа има вътрешната готовност да приеме отговорността на своя екип пред цялата организация.

Трябва да се признае, че не много управленски екипи достигат степента на своята зрялост.

IV. Мениджмънт на финансовите ресурси

24. Източници на финансиране на здравеопазването

Обемът на необходимите финансови ресурси за здравеопазването е огромен (движи се от 3 до 14 % от брутният вътрешен продукт в различните страни).

Разходите за здравеопазването в различните страни на света варират в много голям диапазон (виж таблицата).

Данните показват най-нисък относителен дял (в процент) на частните разходи в общите разходи за здравеопазване в Чехословакия, а най-висок в САЩ (виж таблицата).

Здравеопазването в България е с много ниска ресурсна осигуреност, което в близка перспектива ще постави здравните политики и здравните мениджъри у нас пред сериозни изпитания.

Главните **източници** на финансови ресурси са:

- ♦ Данъци (държавен или общински бюджет);
- ♦ Здравно-осигурителни фондове;
- ♦ Директно заплащане от пациентите;
- ♦ Други (неправителствени организации, дарения).

Според **начина на събиране** на ресурсите се различават следните типове финансиране:

* *Общо бюджетно финансиране* - средствата идват чрез данъчната система, поради което набирането на средства е стабилно.

* *Специализирано бюджетно финансиране* - и то е чрез данъчната система, но при него се установява специален целеви данък, предназначен за формиране на фонд за финансиране на здравеопазването.

* *Специализиран здравно-осигурителен фонд* - основава се на специфичен данък, каквато е здравно-осигурителната вноска. Този тип финансиране се счита за най-приемлив в условията на пазарна икономика. Той позволява да се съчетават принципите на общественото здравеопазване с пазарните принципи на финансиране.

* *Пазарно финансиране* - включва директно плащане на здравните услуги от пациентите или заплащане чрез посредник, най-често здравно-осигурителен фонд.

Разходи за здравеопазване в някои страни
(осреднени данни през 2012-2014 г.)

СТРАНИ	% от БВП	Публични разходи в % от общите разходи за здравеопазване	Частни разходи в % от общите разходи за здравеопазване	Средни разходи на един жител в EURO
САЩ	15,9	45,3	55,1	4 935
Швеция	9,9	79,0	21,0	1 905

Канада	8,8	75	25	1 396
ЕС-общо	8,2 %	75 %	25 %	1 820
Германия	10,8	77	23	2 212
Франция	11,3	78	20	2 180
Холандия	9,4	67	33	2 310
Великобритания	6,2	97	3	1 201
Чехия	7,2	89	11	1 140
Унгария	7,2	71	29	1 095
Полша	5,4	69	30	610
Румъния	5,1	71	29	405
Българи	4,4	60	40	378

Здравно-осигурителните фондове биват **задължителни** и **доброволни**, **избираеми** и **неизбираеми**.

Задължителните фондове могат да бъдат: един (без възможност за избор) или повече от един (с възможност за избор на фонд).

У нас със Закона за здравно осигуряване (1998) се създаде само един задължителен здравно-осигурителен фонд (НЗОК - Национална здравно-осигурителна каса).

Създадоха се и фондове за доброволно здравно осигуряване с възможност за свободен избор и конкуренция. След 2013 г. фондовете за доброволно здравно осигуряване са преобразувани в застрахователни дружества.

Финансовите ресурси в здравеопазването са обект на много дискусии и в глобален мащаб се са изцяло решен проблем.

Важно е да се подчертае, че ефективността на здравните услуги **зависи не толкова от източника на финансови ресурси, колкото от умелото им изразходване (оползотворяване)**, т.е. от компетентния мениджмънт.

◆◆◆

25. Система на здравно осигуряване

Здравното осигуряване в Европа е възникнало върху идеята за намаляване на финансовия риск и несигурността за хората при настъпване на непредвидени заболявания и загуба на трудоспособност.

Родината на съвременното здравно осигуряване е Германия. Официалната му година на раждане е 1883 г., когато е приет първият закон за задължително (социално) здравно осигуряване по идея на канцлера Бисмарк.

Първоначално в Германия се разкриват 22 000 болнични фонда (каси). В началото на XX век подобни осигурителни закони се приемат в Скандинавските страни, Великобритания, Франция.

Освен **задължителните** (социални) фондове за здравно осигуряване през ХХ век се забелязва експанзия на **частни** застрахователни и осигурителни организации, работещи за печалба и покриващи здравни рискове главно на високодоходните слоеве от населението.

Здравният фонд по правило работи независимо от правителството, но в строго ограничени законови рамки. При социалното (задължителното) здравно осигуряване фондовете се формират чрез вноски на работодателя и работещите (**бипартитна система**) или чрез вноски на работодателя, работещите и държавата (**трипартитна система**). Размерът на вноските се основава на възможността за заплащане, а достъпът до здравни услуги - на потребността.

Частното (доброволното) здравно осигуряване се основава на здравния риск. Вноските на осигурените са съобразени с очакваните средни разходи на предоставяните им здравни услуги. По-високо рисковите групи заплащат повече.

Всички осигурителни системи по принцип съдържат елемент на застраховане. Механизмът на финансирането на здравните услуги по същество е елемент на **взаимното подпомагане**. Хората с ниски доходи се подпомагат от тези с по-високи доходи. При прилагането на подобна взаимна помощ главният проблем е степента на съвпадане между нисък доход и висок риск.

Философията и целите на здравно-осигурителните системи са отразени в техните **принципи**:

Солидарност.

Конкурентност.

Лична грижа за здравето.

Самоуправление на фондовете.

Равнопоставеност за медицинска помощ

У нас задължително (социално) здравно осигуряване най-напред се въвежда със закон от 1924 г. и съществува до 1951 г.

Със **Закона за здравното осигуряване** (1998 г.) отново се въвежда система за здравно осигуряване. Този закон досега е променян и допълван 159 пъти.

В структурата на националната здравно-осигурителна система в България има два основни **елемента**:

- Задължително здравно осигуряване от Националната здравно-осигурителна каса (НЗОК);
- Фондове за доброволно здравно осигуряване (след 2012 г. те са застрахователни дружества).

Задължително осигурени в НЗОК са всички български и чужди граждани, на които е разрешено постоянно пребиваване в Република България. Здравно-осигурителната вноска за работещите лица се заплаща по равно от работодателя и от осигурения. За пенсионерите вноската се заплаща от републиканския бюджет.

Минималния (базов) пакет на медицинските услуги по задължителното здравно осигуряване се определя със специална наредба на министъра на здравеопазването.

Задължителното здравно осигуряване по същество е **модел на социално здравно осигуряване**, чрез който се цели да се осигури здравна защита на населението.

Задължителността на здравното осигуряване е в два аспекта:

❶ Задължение за **участие в набирането** на финансовите средства по осигурителния фонд - отнася се за осигурените лица, респ. техните работодатели или държавата.

❷ Задължение за **осигуряване на определени здравни услуги** - отнася се за НЗОК като осигурителен орган. Това задължение отразява правото на осигурените, основаващо се на чл. 35 от Закона за здравното осигуряване.

Задължителното здравно осигуряване олицетворява обществения сектор в здравно-осигурителната система. Гражданите не заплащат медицинската услуга в момента на ползването ѝ. НЗОК работи като **нон-профит организация**, тя не преследва печалба и над 90 % от събраните вноски се използват за заплащане на здравни грижи за пациентите.

Следва да се има предвид, че НЗОК не е държавна организация, а обществена. Образно казано, нейните финансови средства се управляват (контролират) от тези, които дават парите, т.е. населението, пациентите. Настоящата липса на ефективна система за подобно управление (контрол) не е принципен, а организационен проблем.

Пред последните години в експертни анализи се критикува една неблагоприятна тенденция – постепенно нерегулирано одържавяване на НЗОК. Дискутира се и въпросът за демонополизация на НЗОК.

Доброволното (частно) здравно осигуряване предоставя здравни услуги на основата на **договори** между осигурени лица и съответно осигурително дружество. Предимство на доброволното здравно осигуряване е възможността за **свободен избор** на осигурително дружество или смяната му. Съществуващата **конкуренция** между осигурителните дружества е предпоставка за повишаване качеството на осигуряваните здравни услуги.

Главни принципи на доброволното здравно осигуряване са:

- Самоотговорност за здравето
- Самоорганизираност за здравето
- Свободен избор на осигурително дружество

У нас изследването на В. Петков показва, че има реални тенденции за по-широко развитие на доброволното осигуряване като фактор за удовлетворяване на здравните потребности.

Относно предпочитаните форми на финансиране данните на Т. Веков показват, че според пациентите и лекарите средствата за финансиране на здравеопазването трябва да се набират чрез задължително здравно осигуряване, но да има избор от няколко здравни фонда. **Пациентите и лекарите отхвърлят монополното положение на една каса (НЗОК) - т.е. настоящето статукво в България, както и директното заплащане в здравните заведения.** Значителна част от интервюираните считат, че обществото ни не е подготвено за допълнителни доброволни здравни вноски.



V. Мениджмънт на времето

26. Времето като ресурс в здравеопазването

Ролята на времето като ресурс на здравеопазването все още се подценява от здравните мениджъри. Нужно е този важен ресурс да се отърси от праха на забравата.

Като ресурс времето има редица **специфични черти**:

1. Времето е ценен ресурс ("Времето е пари"). Конкретен израз на тази ценност е заплащането на труда според изразходваното време - заплащане на час, на ден (надница), на месец. Но ценността на времето е не само в икономически аспект, но и в чисто здравен аспект. Достатъчно е да споменем позитивния ефект от своевременното диагностициране или лекуване на заболяванията.

2. Времето е ресурс със строг неумолим ритъм. Минутата е точно и винаги 60 секунди, часът е точно 60 минути, денонощието е винаги 24 час и т.н. Този ритъм е невъзможно да се променя по наше желание. Рационалната организация на труда трябва да се съобразява с тази особеност на ресурса време.

3. Времето е най-природния ресурс. Времето ни е дар от природата и като всеки дар трябва да се съхранява и използва отговорно.

4. Времето е демократично разпределен ресурс. Достатъчно е да си припомним, че денонощието се състои от 24 за всички. Ако например болница А има по лоши резултати от болница Б, наивно би било директорът на болница А да се оправдава, че разполага с по-малък ресурс време в сравнение с директора на болница Б.

5. Времето е недосегаем ресурс. За разлика от финансовите ресурси, то не може да се даде назаем, да се подари, да се открадне, да се купи и т.н. Може да се каже, че това е "най-жестокото" качество на този ресурс. Нерационално използваното, пропуснатото време не може да се компенсира с нищо.

6. Времето е измамлив ресурс. Често сме в плен на илюзията, че разполагаме с повече време от обективно даденото ни. В даден отрязък от време отначало то тече като че ли по-бавно, после по-бързо и накрая - светкавично бързо. Това чувство може да ни завладее примерно по време на едномесечния отпуск, по време на поставена задача за срок от шест месеца и т.н. В тази насока са известните феномени на "последния момент" - спешно изпълнение задачи в последния момент, паника в последния момент и т.н.

Методи за изучаване разходите на време. Използват се **два метода** за изучаване бюджета на времето:

- *Пряк хронометраж.* Осъществява се от специално лице. Трудността на този метод е, че работещият, чиято дейност се хронометрира, волно или неволно променя естествения разход на времето. Затова при специални изследвания се предпочита неявният (тайният) хронометраж.

- *Самофотография на времето.* В специално разработени дневници изследваните лица регистрират ежедневно времетраенето на различните дейности, които са извършвали.

- Като допълнителен метод в здравеопазването може да се използва и *мнението на пациентите*, особено в стационарите. Мнението на пациентите може да бъде полезно главно за оценка на времето, изразходвано от медицинския персонал за пряк контакт с пациента.

Бюджет на времето. Времето, предоставено за изпълнението на различни дейности се определя като *бюджет на времето*.

Бюджетът на времето има своя **структура** (виж таблицата).

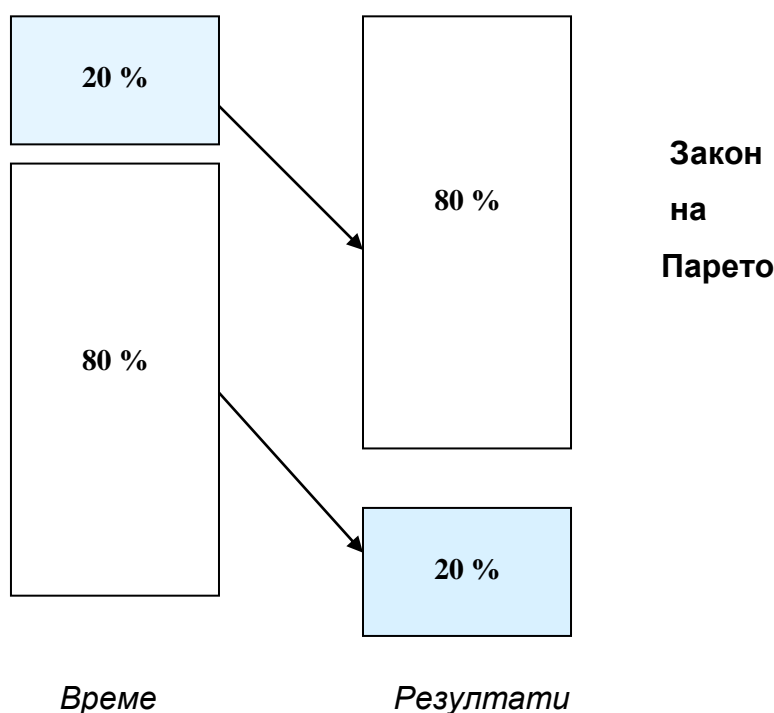
**Бюджет на времето на медицинския персонал в
Медицински център "Авицена" (в %)**

Типове дейности	Лекари	Мед. сестри
1. Личен контакт с пациента (анамнеза, статус, указания)	65 % (5 ч. 12 мин.)	65 % (5 ч. 12 мин.)
2. Непреки ангажименти с пациента (задачи по проблеми на пациента, изпълнявани в негово отсъствие)	18 % (1 ч. 26 мин.)	20 % (1 ч. 36 мин.)
3. Други служебни дейности (документация и др.)	12 % (58 мин.)	8 % (38 мин.)
4. Лично време	5 % (24 мин.)	7 % (34 мин.)
В с и ч к о	100 (8 ч.)	100 (8 ч.)

Според някои наблюдения времето за пряк личен контакт на лекаря с пациента (коэффициент на реално полезно време) в извънболничната помощ е между 30 и 55 %. За личния (общопрактикуващия) лекар този показател е между 35 и 50%, в болничния стационар – между 20 и 25%.

Очевидно **коэффициентът на реално полезното време** е много нисък и нуждата от действено управление на времето в извънболничната помощ е особено остра.

В литературата по мениджмънт широко се цитира Законът на Парето, (известен като “Правилото 20 на 80”), който по същество е критичен поглед към времето на мениджъра. Според Парето мениджърите изразходват само 20 процента от времето си за високо приоритетни задачи. С тези 20 процента от времето се постигат 80 процента от резултатите.



Всъщност, изкуството да се управлява времето е изкуството да управляваме собствените си приоритети. Ние не можем да управляваме времето, ние можем да управляваме себе си във времето. Така че проблемът “Мениджмънт на времето” по същество е проблемът “Самоуправление”.



VI. Маркетинг в здравеопазването

27. Понятие за маркетинг. Маркетингов мениджмънт

Терминът “маркетинг” произлиза от английската дума market (пазар, купувам-продавам). Маркетингът е понятие с широк диапазон. Неправилно е той да се схваща само като реклама или елементарно търсене на купувачи.

Маркетингът свързва двете основни функции в обществото *производство* и *потребление* чрез процеса на размяната, възникваща в пазара. На практика това означава сделка между продавача и купувача, при която последният купува продукт и плаща дадена възприета цена.

Съвременният маркетинг се разглежда като **управленски процес**, като философия, концепция и технология за управление на производството и фирмата. По-конкретно това е ориентирана към потребителя и печалбата философия на бизнеса.

Определение:

Маркетингът е управленски процес, отговорен за установяването, предвиждането и удовлетворяването на потребностите и изискванията на клиента (потребителя) в условията на пазара.

Маркетингът е съвкупност от дейности по привеждане ресурсите на фирмата в съответствие с изискванията на пазара с цел **да се решат два основни проблема:**

- * на потребителя - задоволяване на дадена потребност;
- * на производителя (фирмата) - печалба.

Съчетаното решаване на тези проблеми става чрез механизма на *конкуренцията* - осигуряване на по-желани, по-качествени, по-достатъчни и по-ефективни стоки или услуги в сравнение с конкурентите.

Съществуват няколко съвременни маркетингови концепции:

а) *Продуктова концепция* - акцентира върху високото качество и умерената цена;

б) *Търговска* - акцентира върху допълнителните условия за продажба на продукта чрез реклама и съответни търговски техники;

в) *Маркетингова* - акцентира върху ясното определяне на потребностите и оценките на потребителите;

г) *Социална маркетингова концепция* - акцентира върху потребностите и интересите на обществото като цяло във връзка със законността и морала.

На последната от посочените концепции следва да се обърне особено внимание, тъй като тя търси отговор на въпросите доколко определени маркетингови дейности не пораждаат нови здравни, демографския, екологични, енергийни, информационни и икономически проблеми за цялото общество.

Съвкупността от всички програмни, оперативни и технически дейности и средства за реализиране целите на маркетинга се обозначава в литературата с понятието **маркетинг-микс** (маркетингов комплекс).

В технологичен аспект маркетингът е по същество управление на маркетинг-микса, така че да се осигури подходящият продукт (услуга) на подходящо място, с подходяща цена и в подходящо време.

Маркетинг-миксът се описва и анализира посредством формулата “Четири П” (**Four P’s**) от първите букви на английските думи: продукт, място, цена и промоция (Product, Place, Price, Promotion). Този комплексен подход показва, че маркетингът представлява продуктова, ценова, дистрибуционна и комуникационна политика на производителя на стоки и услуги.

Специално внимание налага терминът “промоция”. С него се означава дейността по подпомагане, насърчаване и стимулиране на интереса на потребителя към продукта.

Промоцията в маркетинга се изявява в разнообразни **комуникационни дейности** - реклама, лични продажби (*междупличностно общуване при продажба с убеждаване, разясняване*), пбблик рилейшънс (*пресконференции, брифинги, симпозиуми, викторини, научно-популярни филми, делови срещи, коктейли, фирмени подаръци, картички и др.*). У нас популярният превод на пбблик рилейшънс (Public relations) е **връзки с обществеността**.

Чрез всички тези комуникационни дейности се въздействува върху потребителя за създаване на отношение към даден продукт (услуга), което да стимулира решението за покупка.

Маркетинговият подход намира израз при разработването на маркетинг-плана на здравната организация.

Всеки **маркетинг-план** обхваща следните въпроси:

- * Ситуационен анализ на здравната организация
- * Маркетингови цели
- * Маркетингова стратегия
- * Маркетинг-план за действие
- * Маркетингови контролни механизми.

Фокусът на маркетинг-плана е целевият пазар на здравната организация (по подробно виж в монографията на К. Кирилов).

Маркетингът на здравните услуги като управленски подход ще помогне да се преодолее традиционната затвореност на дейността на здравните професионалисти зад стените на медицинското учреждение.



VII. Мениджмънт на качеството в здравеопазването

28. Подходи за оценка на качеството

През последните години в управленската теория на здравеопазването се развива специално направление за качеството, известно като **медицинска квалитология**.

Изходен момент в управлението на качеството на здравното обслужване е оценката на качеството. Ядро на оценката на качеството е установяването ефективността на здравното обслужване в нейната триединна същност - медицинска, социална и икономическа ефективност.

Трудностите при оценката на качеството на здравното обслужване са две групи.

Първата група трудности са свързани с някои разпространени **митове** за качеството в здравеопазването:

Първи мит. Качеството на здравното обслужване е видимо. То се установява лесно. Всъщност, зад външната видимост на здравните дейности се крие огромен айсберг на тяхното качество главно поради честият отдалечен и кумулативен ефект (например неправилно лекувана хипертония или гастрит едва след години дават видими усложнения).

Втори мит. Всяка нова медицинска технология (медикамент, инструмент и т.н.) непременно и автоматично означава повишаване на качеството.

Трети мит. Качеството зависи от цената. Всяка по-скъпа процедура е непременно с по-високо качество.

Четвърти мит. Апаратурата е решаващо или единствено условие за високо качество.

Пети мит. Единствена роля за качеството играят лекарите. Трудът на медицинските сестри и многобройните останали здравни професионалисти е нещо като фон.

Шести мит. Удовлетвореността на пациента е решаващ или единствен критерий за оценка на качеството. Достатъчно е да няма жалби или социално напрежение относно здравното обслужване, за да бъдем спокойни за неговото качество.

Традиционни подходи за оценка на качеството. Основават се предимно на а) технологични критерии и б) количествени критерии..

При оценката на медицинските технологии е важна връзката между качество и разходи. По-скъпите процедури или медикаменти не винаги са винаги еквивалентни на високо качество (В.Борисов,1998). Желанието за престиж често води до **неоправдано скъпа апаратура, която бързо остарява**.

Съществен проблем за оценката на технологиите е, че техният чисто медицински модел стеснява подхода при оценката на качеството до обикновени научно-технически критерии, отнасящи се главно до **процеса** на обслужването, а не до **резултатите** на здравеопазната дейност.

Традиционен е също така подходът качеството да се оценява изключително чрез количествени статистически показатели. Числата са важни, но да си припомним бележката на един виден английски експерт *“Здрав разум и числа”*.

Качественият анализ в крайна сметка е **съждение, а не маневриране с цифри**. Например, използваемостта на леглата или средния престой сами по себе си не ни говорят нищо за качеството на стационарното обслужване.

Проблемът за съотношението “количество - качество” в здравеопазването все още няма надеждно общовалидно научно решение, безспорно полезно за управленската практика.

Нови подходи за цялостна оценка и управление на качеството. Пътят за преодоляване на посочените трудности и проблеми се търси в един по-широк, цялостен системен поглед към качеството на здравеопазвателната дейност.

Всяка оценка преследва да установи степента на постигането целите на системата. Оценката на качеството в здравеопазването трябва да покаже доколко се подобряват здравният статус, функционалната дееспособност на населението, психосоциалното благополучие и удовлетвореността на пациентите.

В зависимост от ориентацията в литературата се описват три генерални подхода за оценката на качеството на здравеопазвателната дейност. Новото следва да се търси във взаимната връзка и съчетаването на различните подходи.

1. Структурен подход: анализират се входните параметри (ресурсите) на системата. Макар засега ресурсите да са най-чест обект на оценка, трябва да се подчертае, че те са неудовлетворителен критерий за качеството.

2. Анализ на процеса (изпълнението): изхожда се от предположението, че ако се прилагат в пълен обем съвременните медицински знания и технологии, то резултатът вероятно ще бъде добър.

3. Анализ на изходните параметри (резултатите): ако се постигнат добри резултати, то средствата, които се използват за тази цел, не са толкова решаващи; резултатите са най-ценният окончателен критерий за оценка на качеството, тъй като те отразяват полезния ефект от здравните услуги (например снижаване на заболяемостта, инвалидността, смъртността, подобряване на физическото развитие, висока удовлетвореност на пациента и т.н.).

Напоследък в практиката се използва комплексен подход, известен като **мениджмънт на цялостното качество (Total Quality Management)**.

В епохата на хуманизиращото се здравеопазване все по-нужен критерий за оценка на качеството става мнението (удовлетвореността) на пациента. Дори мнението на пациента ще придобива все по-приоритетна роля при общата оценка на качеството на здравеопазвателната дейност. В маркетингов аспект, както подчертава Том Ратуел, **качеството е нещото, което търси пациентът (клиентът)**.

29. Критерии за качество на здравните услуги

Сложността на въпроса за критериите за качество е свързана с многофакторната обусловеност на качеството на здравното обслужване.



Най-често оценката на качеството се осъществява чрез *научно-техническото ниво* на медицинската помощ (медицинските технологии), т.е. степента на практическото приложение на наличните в момента медицински познания, технически прийоми и процедури за диагностика и лечение.

Изолираното използване на медицинските технологии като критерии за качеството в здравеопазването крие известна условност и риск - те винаги трябва да се съобразяват с останалите критерии на качеството, отнасящи се главно до изхода на системата (резултати от здравните услуги).

Заедно с научно-техническо ниво качеството на здравното обслужване трябва да се оценява и чрез следващите критерии:

- безопасност;
- достъпност;
- адекватност;
- удовлетвореност на пациента (доверие и комфорт);
- икономическа и социална ефективност;
- равенство на шансовете (социална справедливост);
- приемлива цена;
- крайни резултати на здравното обслужване (здравен статус, комфорт на пациентите и т.н.).

У нас се прави опит за внедряване на показатели за **качеството в две насоки:**

- качество на процеса (дейността, изпълнението);
- качество на резултата (реалната полза).

Оценката на качеството по тези критерии може да бъде средство за засилване отговорността в процеса на здравното обслужване. При това може да се постави под съмнение правомерността на съществуване на досегашната **клинична свобода** на лекарите да използват все повече ресурси тогава, когато **няма доказателства**, че като резултат ще бъде получена максимално възможната полза.

В тази насока в Канада, Великобритания и в други страни е внедрена организационна технология, известна като **медицина, основана върху доказателства** (Evidence Based Medicine).

30. Акредитация на лечебните заведения

Акредитация в буквален превод от английски означава официално признание, доверяване, гаранция за качество. Тя е конкретна проява на управленската функция оценка. Тази оценка се прави от специални акредитационни комисии.

Акредитацията е процес, при който всяко лечебно заведение представя възможностите си за качествено извършване на определени медицински дейности.

Акредитацията преследва **гарантиране качеството** на здравните услуги, стимулиране на стремежа за постигане по-добри резултати.

31. Стандартите при оценката на качеството на здравните услуги

В сферата на здравеопазването стандартите се отнасят до унифициране на редица медицински процедури и продукти, намиращи се на **входа** (ресурси), в **процеса** и на **изхода** (резултати). Като примери могат да се приведат стандарти за броя на персонала, за стойност на легло-ден, за среден престой в стационара, безопасност при използване на йонизираща радиация, за брой лабораторни изследвания, за изход от лечението и т.н.

В литературата се разграничават **три типа** стандарти: идеални, резонабилни и минимални. Най-добрите стандарти са **идеалните**, извлечени при идеални условия, но това е много трудно и почти невъзможно за практиката. **Резонабилни** или **избираеми** стандарти са тези, които са най-добрите възможни при дадени конкретни условия. **Минималните** стандарти са с най-ниско ниво за възприемане на дадената помощ.;

Международните стандарти по качеството са приети от редица национални законодателства, в това число и от нашата страна. Те препоръчват елементите на системите по качество и процедурите за проверка от независими институции.

СЗО поема инициативата на въвеждане на общоевропейски стандарти в процеса на оказване на помощта. Целта е индикаторите за качеството на здравна помощ да са достъпни до здравните изпълнители, така че да осигурят възможност за **самооценка**. Професионалистите или институциите могат сами да оценяват работата си като добра или лоша и да извършват корекциите.

Заедно с тези специфични особености, в здравеопазването е наложително да се изграждат стандарти, които да дават възможност за **динамично проследяване** на качеството, а не само за неговата моментна оценка по ограничен брой критерии.

На следващата схема е представена обобщена типология на стандартите за качеството на здравните услуги (В. Борисов, 2002). Трите типа стандарти трябва да се използват взаимно свързани в една система.

Вижда се, че преобладават **стандартите от организационно и поведенческо естество (главно комуникация)**. Тези два типа стандарти са **предпоставка** за третия тип стандарти, измерващи професионалната практика (т.нар. добра медицинска практика).

Без организационни стандарти и най-подготвеният медицински професионалист може да се окаже с незадоволителен ефект. Слабост на

нашата здравна сисема е липсата на ясни организационни и поведенчески стандарти в медицинската дейност.

Елементи на мениджмънта на качеството, основано на стандарти (В.Борисов, 2002)

- ☉ Система за установяване на **професионални стандарти**
- ☉ Система за контрол (*съответствие със стандартите*)
- ☉ Система за насърчаване на стандартите

Типове стандарти:

▪ Поведенчески стандарти

1. Изява на **отношение** към проблема на пациента
(*Пред пациента, пред близките на пациента*)
2. Ефективно **общуване** (*комуникационни умения*)
 - а) Вербална комуникация - конструктивно информиране
(*конкретно, ясно, обратна връзка*)
 - б) Невербална комуникация (*баланс с вербалната комуникация*)

▪ Организационни стандарти

1. Условия за професионална практика (*за общуване с пациента, за процедури, за екипност, за координация, ресурси, необходимо време*)
2. Стимулиране (*организационна структура, подкрепяща приоритета на качеството, контрол, възнаграждение*)
3. Научност и перманентно обучение
4. Съучастие на пациента (*в процеса, в оценката на клиничния резултат - самооценка, в оценката на качеството*)
5. Надеждна документация

▪ Измерване на професионалната практика

1. Диагностичен и терапевтичен **разговор** с пациента
2. **Психологическа** подкрепа
3. Специфични **клинични критерии и индикатори**
(*полипрагмазия, ятрогения, вторична инфекция и т.н.*)

32. Клиничните пътеки като стандарт за качество

Клиничната пътека е конкретен пример за стандартите при осигуряване качеството на лечебната помощ.

Клиничната пътека често е обект на дискусии, но едно е безспорно - като организационен подход клиничната пътека отразява острата необходимост от качествени стандарти и унификация на диагностично-лечебните дейности в епохата на тяхното невероятно многообразие, граничецо с риска за неуправляемост.

Същевременно клиничната пътека е опит да се реши нарастващият конфликт “клинична свобода - здравен мениджмънт” чрез баланса на медицинската и икономическа целесъобразност.

Решаващ фактор за ценността на клиничната пътека е мултидисциплинният подход - ангажирането на здравен екип от всички профили специалисти: клиницисти, анестезиолози, радиолози, патоанатоми, психолози, рехабилитатори и др.

Ролята клиничните пътеки се преценява в два аспекта:

1. Постоянно съобразяване с определени качествени стандарти за здравните услуги.
2. По-прецизно регулиране и управление (контрол) на ресурсите на лечебните заведения.

За съжаление у нас клиничните пътеки се внедриха погрешно като инструмент за финансиране на болниците.

Нужно е да се преодолее една **грешна представа** за клиничните пътеки. Неправилно е те да бъдат подход за финансиране. Те са подход за осигуряване на възможно най-добро качество на медицинската помощ при наличните ресурси. В тази насока, от гледна точка интересите на пациента те безспорно превъзхождат някои други подходи (напр. диагностично свързаните групи), които са по-скоро финансов механизъм.

Основателно Гл. Комитов и Стр. Генев посочват, че при клиничните пътеки не са разработени медицински параметри за тежест на заболяването, **не са включени критерии** за оценка на медицинските резултати от болничното лечение (оздравял, с подобрение, без промяна, с влошаване, починал), както и не са посочени целите на лечението при хоспитализация. Това е една от причините болничната помощ да се заплаща по клинични пътеки на фиксирани разходи, а не съобразно тежестта на заболяването и ефекта от лечението. Едно и също заболяване с различна степен на тежест се заплаща на една и съща цена.

Главният **риск** по отношение на клиничните пътеки е в тяхното догматично и бюрократизирано реализиране от страна на лекарите (действащо дори деморализиращо на персонала).

Необходимостта от индивидуален подход към пациента и от клинична компетентност си остава в сила, а формално прилаганата клинична пътека не дава възможност да се оцени и регулира лекарската дейност през призмата на нужния индивидуален подход.



Лекар-виртуоз по клинични пътеки:

- Нито крачка встрани по опасната пътека!

VIII. Стратегически здравен мениджмънт

Мениджмънт на организационната промяна

***Да не се променяш е сигурен симптом на
застрашаваща гибел***

Дж. Харвей Джоун

Последните десетилетия с основание се определят като “десетилетия на експлозията”: експлозия на знанията, на технологиите, комуникационна експлозия, информационна експлозия, икономическа експлозия.

Променят се организациите и културата, хората и ценностите. Променят се професионалните и личните приоритети.

Затова днес, в тази променена среда, е неизмеримо по-трудно да управляваш организациите, да бъдеш мениджър.

Тоталната промяна поставя мениджърите пред тотални изпитания

33. Типове организационна промяна

Според най-разпространената типология промяната бива:

Стратегическа - промяна в **целите** на организацията без промяна на методите и средствата. Например, без промяна на средствата и технологиите, превръщането на общинската болница в **здравен център**, осигуряващ наред със стационарната и извънболнична помощ.

Техническа (оперативна) - промяна в **методите, средствата и структурата** при непроменени цели. Например, изменение на ресурсите, здравните технологии, организационната структура, квалификацията на персонала, системата на заплащане и др.

Адаптивна - промяна **едновременно** в целите и в методите, средствата и структурата. Това е най-радикалният тип промяна. Например, преориентация на общинската болница в комплексен център за промоция на здравето. Това би изисквало както промяна на главната цел на болницата (от болестта към позитивното здраве), така и нови методи на дейност и професионални умения.

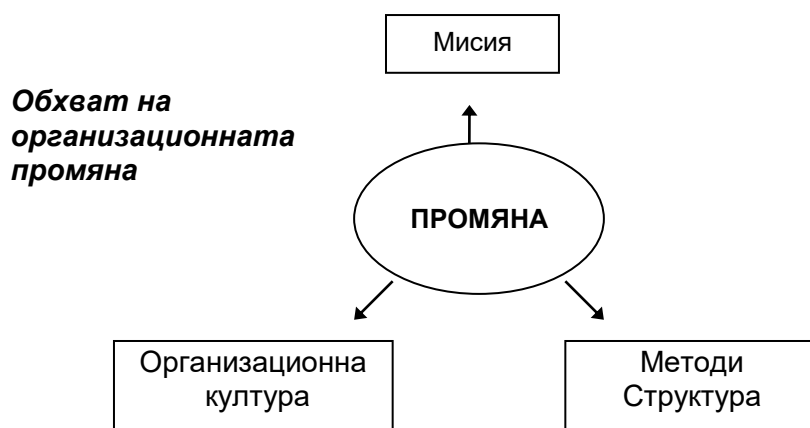
ГЕНЕРАЛНА ЗАДАЧА на здравната политика и здравния мениджмънт в периода на реформа е да се осигури **хармонично съотношение** между промените в целите и промените в методите и структурата на здравеопазването, т.е. да се гарантира добре регулирана адаптивна промяна.

В зависимост от своя **обхват** промяната бива два типа:

- **Частична;**
- **Фундаментална** (системна, цялостна) промяна.

Трудността на здравните реформи в източноевропейските страни е, че те са от фундаментален тип, докато в западните страни тези реформи са само частична промяна на системата.

Фундаменталната промяна обхваща три елемента на системата: *мисия, методи и организационна култура*. Ето защо понятието структурна реформа е едностранно.



Най-подценяваният елемент на промяната в здравеопазването е организационната култура.

34. Роля на организационната култура

Организационната култура е най-чувствителният индикатор за реалната готовност на дадена здравна организация за промяна. Защото всички типове промени задължително предполагат и “културна промяна” в организациите.

Спецификата на културната промяна е, че тя е най-фината и трудно уловима форма на промяна.

Промяната в организационната култура на здравеопазването изисква установяването на перманентни дейности за обучение на персонала и преди всичко на хората с управленчески функции.

Обучението е процес на промяна и промяната е процес на обучение

У нас се чувства тежък **дефицит** на управленска култура като част от общата организационна култура в здравеопазването. Ниската или липсваща компетентност по здравен мениджмънт у нас е сериозна бариера на здравната реформа.

Здравният мениджмънт следва да се разглежда като базов културен феномен, необходим за промяната в здравеопазването.

За голямата фундаментална промяна в дадена система е нужна **нова генерация лидери на промяната.**

Управлението на промяната е в условията на **неопределеност и несигурност** и затова то се нуждае от голяма флексибилност, предприемчивост, нестандартен подход и готовност за посрещане на риск.

Това ни поставя пред проблема за ново, творческо професионално самосъзнание в мениджмънта, чуждо на примитивните административни функции.

Професионалната култура на здравния мениджър включва постоянен усет за промяна

Промяната на сляпо не е рядко явление. Пример за това са шоките реформи, различните промени под диктата на спешност, моди, заучени рецепти, ентузиазъм и т.н.

Само силното желание за промяна не стига. Витална става нуждата от компетентни **УПРАВЛЕНСКИ ВИЖДАНИЯ**:

- виждане за бъдещия статус на организацията;
- виждане за пътя към бъдещия статус;
- виждане за организацията като система, като цялост; виждане на приоритети;
- виждане за личните ангажименти на мениджърите в процеса на промяната.

Компетентното виждане за **фундаменталната** промяна на здравната организация по същество е **глобално виждане** и затова следва да се разработва като консенсус сред топ-мениджърите на висшето (политическо) ниво на мениджмънт.

Счита се, че задачите и отговорностите за подобно виждане не могат да се делегират на по-ниските управленски нива на организацията.

35. Стратегически здравен мениджмънт – същност и основни понятия

Стратегическият мениджмънт е ключово направление в общата теория и практика на мениджмънта. Неговото значение нараства в процеса на кардиналната здравеопазна реформа у нас.

Първоначално терминът *стратегия* е означавал изкуство за водене на война по добре обмислен начин (от *stratos* - армия, *ago* - вода). По-късно този термин добива по-широко звучене.

Стратегията е замисъл и ръководство на дадена дейност за постигането на определени цели в дългосрочна перспектива.

Стратегическият мениджмънт е **нова философия и стил** на управлението на организациите, който преодолява ежедневно затворено оперативно (вътрешно) мислене на ръководителите.

Стратегическият мениджмънт определя дългосрочните цели на дадена организация чрез всеобхватни анализи на ситуацията. Той търси главно пътища за **справяне с неочакваното**, а не само за оптимизиране на съществуващото.

Стратегическият мениджмънт е насочен към *риска и неопределеността* с цел да осигури дългосрочна адаптация на организацията към изменящата се околна среда (политическа, икономическа, културна, социална).

В светлината на системния модел стратегическият мениджмънт има три **принципни различия от оперативния мениджмънт**:

1. Фокусът на стратегическия мениджмънт към целта, а на оперативния мениджмънт към процеса (преобразуването на ресурсите в резултати).
2. Виждането на стратегическия мениджър е глобално системно и дългосрочно, а на оперативния мениджър – краткосрочно и частично (само за част от цялата организация).
3. Фокусът на стратегическия мениджмънт е към дългосрочни цели, а на оперативния мениджмънт към краткосрочни и средносрочни цели..

36. Принципи на стратегически стил на мислене

Основните принципи на стратегическия стил на мислене са:

Приоритетност (всяка стратегия се основава на добре очертани приоритети).

Прогностичност (всяка стратегия се нуждае от добри прогнози)

Плуралистичност (всяка стратегия трябва да предвижда наличието на варианти-алтернативи за бъдещото развитие на дадена организация).

Съчетанието на тези три принципа се означава като **триада “Трите П”**.

Здравната реформа в България, започнала 2000 г., претърпя очевиден неуспех главно, поради липсата на компетентно стратегическо мислене, върху което да се изгради система от адекватни действия за промяна.

37. Стратегическо прогнозиране. SWOT-анализ

Дългосрочното виждане в бъдещето е главна характерна черта на стратегическия мениджмънт. Затова дейността на стратегическия мениджър трябва да се основава на надеждни прогнози за бъдещата промяна и развитие на дадена здравна организация – болница, медицински център и т.н.

Методите на прогнозирането са широко изяснени в литературата. В тази книга виж допълнително в раздела Маркетинг главата за конкуренция и маркетингово прогнозиране.

Специално внимание при стратегическото прогнозиране се отделя на методичния подход, известен като SWOT-анализ.

Методът **SWOT-анализ** е ориентиран към анализиране на четири аспекта (критерия) за бъдещото развитие и промяна на дадена организация – болница, ДКЦ и т.н.

SWOT-анализ изяснява силните страни /Strengths/ и слабите страни /Weaknesses/ на дадена организация, както и възможностите /Opportunities/ и заплахите, рисковете /Threats/ в нейното бъдещо развитие.

Този управленски подход по същество е една от разновидностите на конкурентния анализ в пазарни условия.

□ □ Повод за размисъл

- ☉ Нарисувайте портрета на вашата болница или медицински център съобразно четирите критерия на **SWOT-анализ**

38. Стратегии и методи на промяната.

Организационно развитие

Организационната промяна не може да бъде спонтанен процес, плод само на горещо желание. Наложително е да се провежда планирана промяна, управлявана промяна. В този смисъл се говори за **мениджмънт на промяната**.

Основните методи на организационната промяна са четири:

1. Организационно развитие:

- а) Формиране на работен екип;
- б) Непрекъснато обучение;
- в) Групи на качеството;
- г) Управление чрез индивидуализирани цели.

2. Социална промяна.

3. Консултиране и съучастие.

4. **Външен натиск**, “възпламеняване на бомба” и други варианти на силовата стратегия.

Тези методи се прилагат едновременно и с различна относителна тежест съобразно особеностите на промяната. Водещо място заема първият метод - организационно развитие.

Организационно развитие. Тази методическа концепция бе развита от американския автор R.Beckhard. Чрез термина "организационно развитие" той обобщи процеса на подготовка на хората в организацията за промяната и за нейното управление.

Организационното развитие е процес, чрез който принципите и методите на поведенческите науки се използват планово и системно за постигане на по-висока организационна компетентност, водеща до подобряване статуса на организацията, подобряване качеството на работната среда и повишаване на организационната ефективност.

Както се вижда, фокусът на организационното развитие е насочен към организационната култура, към мотивацията, към използването и интегрирането на човешките ресурси.

Организационното развитие трябва да се основава на предварителна глобална концепция за перспективите на организацията (стратегически мениджмънт).

От тази гледна точка заслужава най-обстойно осмисляне и оценка доколко извършващите се в нашето здравеопазване процеси на организационно развитие (под рубриката на здравна реформа) са в строгия смисъл на думата системни и целенасочени процеси. Именно тук е възелът на множеството управленски трудности по пътя на нашата здравна реформа.

Организационните промени се предшества от написани планове и стратегии, но проблемът е доколко тези планове и стратегии са цялостни и интегриращи потребностите на цялата здравеопазна система. Особено внимание налага **рискът от фрагментарен или моментен подход** при планиране на организационното развитие.

При реализирането на програмите за организационно развитие се използват редица **специфични техники**, улесняващи промяната. Тук посочваме четири от тях, особено полезни за здравните организации.

1. Формиране на работен екип. Здравните организации са съставени от два типа екипи - за обслужване на пациенти и управленски. Тези екипи най-често не работят заедно, а това би било особено нужно в някои от фазите на промяната. Без формирането на стабилни екипи организационното развитие не може да бъде пълноценно реализирано.

2. Перманентно обучение (Continuing education). Решаваща роля за успеха на промяната има наличието на персонал, добре информиран за най-новите тенденции в дадената сфера. Такъв персонал е по-вероятно да не резистира на промяната и дори да бъде неин инициатор.

Особено остра е необходимостта от перманентно обучение на управленския персонал в здравеопазването по въпросите на съвременната здравна политика и здравния мениджмънт.

Виталното значение на перманентното обучение е очертано синтетично от С. Houle:

Най-големият урок от непрекъснатото обучение е да се очаква, че неочакваното ще продължи да се появява.

3. Групи на качеството. Тази концепция и техника е развита в Япония и адаптирано се прилага в САЩ. Чрез нея се улеснява промяната главно на оперативното ниво.

Чрез редуциране на грешките на работа в болниците се повишава качеството на здравното обслужване. В същото време цикълът се затваря: като се повишава качеството, се редуцират грешките, подобряват се комуникациите и екипната работа.

Според оригиналното определение групата на качеството представлява *малка група работещи, която се събира регулярно на проблемно ориентирани срещи (съвещания) и обсъжда промените, нужни за подобряване на морала, производителността и качеството на здравното обслужване.*

Групата се състои от 3 до 12 членове с лидер и с постоянно място и постоянно време за срещи. Специална ревизионна група от мениджъри систематизира предлаганите промени от групата на качеството и приема решения за разпределението на ресурсите: материали, нов щат, осигуряване на резерви от работно време и т.н.

Процесът на качеството е цикъл, включващ:

- определяне на проблемите и задачите;
- критичен анализ на инциденти;
- изработване на варианти на решения;
- препоръчване и приемане на конкретните решения;
- изпълнение на решенията;
- оценка;
- документация на цялостния процес;
- текуща комуникация с други групи, участващи в процеса на качеството, със съсловни организации и др.

4. Управление чрез индивидуализирани цели (Management by Objectives - MBO). С този метод мениджърът и подчинените му определят и постигат взаимно съгласие за специфичните работни цели на всеки член на колектива.

Всеки здравен професионалист трябва да има **специфични, измерими и реално достижими** цели, които произтичат от общите цели на здравната организация. Това не означава, че всички индивидуални цели трябва да бъдат еднакви - те трябва да са съвместими.

Индивидуалните цели трябва да са съвместими **в два аспекта**: с общите цели на организацията и с целите на другите членове на колектива.

Без да се надценява, този метод се приема като несъмнено полезен за организационното развитие. Установени са следните **полезни ефекти** от управлението чрез индивидуализирани цели:

1. Работещите знаят какво се очаква от тях.
2. Подобряват се комуникациите между мениджъри и подчинени.
3. Работещите стават по-съпричастни към организационните цели.
4. Индивидуализира се оценката на дейността съобразно предварително определените цели.
5. По-реалистично се оценяват плюсовете и минусите на промяната.

Социална промяна. Тя е ориентирана главно към човешкия потенциал на организацията, към персонала. Обхваща широк спектър от промени: в мотивацията и поведението на персонала, в квалификацията, промени в системата на възнаграждение, кадрови размествания, съучастие на подчинените във вземането на управленски решения и др.

Неотменен елемент на социалната промяна е създаването на възможности за перманентно професионално обучение и професионална кариера на всеки член на организацията. Трябва да се преодолее *ограниченото виждане*, че квалификацията и професионалната кариера на

отделните здравни работници са само техни лични проблеми. Подобно виждане, за съжаление, не е рядко сред здравните ръководители.

Квалификацията и професионалната кариера на здравния персонал са не само лични, но преди всичко организационни проблеми. Грижата и отговорността за решаването на тези проблеми лежат върху управлението на здравната организация.

Консултации и съучастие. Използват се многостранни консултации при планирането, при самата реализация на промяната и при оценката на резултатите. Ролята на консултанти могат да изпълняват както външни (независими) експерти, така и мениджъри, стоящи “отгоре” или “отдолу”, а също и хора от персонала.

Външен натиск. Силовото въздействие за промяна в дадена организация може да идва от различни страни и фактори - от държавата, от синдикатите, от политическите сили, от други партниращи организации.

Прилагането на външния натиск като изолиран подход за промяна е знак за **пасивност и инертност** на управлението на дадена организация, което чака само външни инициативи, в това число и принудителни.

Един от неблагоприятните варианти на този подход е т.нар. **възпламеняване на бомба** като израз на силова стратегия. При нея засегнатите от промяната не се включват нито в подготовката, нито в осъществяването на промяната, а се поставят пред свършените факти на определени директиви за промяна.

В отделни случаи “възпламеняването на бомба”, макар и стресогенно, може да изиграе терапевтична роля за инертността на мениджърите и техните организации. *в отделни случаи* Също така този подход може да бъде оправдан при промяна, изхождаща от свръх високо приоритетни цели.

И така, в сравнение с рутинната управленска дейност мениджмънтът на промяната изисква по-сериозен **аналитичен подход** и **нестандартни творчески решения**, свързани с регулирането на отношението на персонала към промяната и организационното развитие.

В заключение ще посочим няколко важни **предпоставки**, които всеки мениджър на промяната следва да съобразява:

1. Нещо трябва да отключи и ускори промяната - случай, събитие, сигнал или индивид трябва да постави организацията върху релсите на промяната.

2. Самата организация трябва да бъде готова за промяна или някой вътре в нея (агент на промяната) да убеди другите, че старите удобни пътища трябва да бъдат заменени с нови неизвестни досега пътища.

3. Предлаганите нови пътища трябва да са свързани с установената ценностна система и да не я разстройват дълбоко.

4. Агентът на промяната трябва да избере ефективен подход за убеждаване на другите относно нуждата от промяна (напр. посяване идеите за промяна в процеса на обучение или чрез използване на различни средства за създаване на идейни коалиции и др.).

5. Агентът на промяната създава система от ценности и отношения - **нов консенсус**, в който ключовите личности в организацията взаимно ще се подтикват в търсенето на нов път, срещу инерцията, неохотата и откритата съпротива срещу промяната.

Изложеното по-горе показва, че промяната в **желана** по-сока (подчинена на целта) не може да бъде спонтанна дейност. Тя предполага целенасочен мениджмънт, умело мотивиране на хората, прогнозиране на вероятните

положителни и отрицателни ефекти и постоянен **анализ** и **оценка** на новополучените резултати.

39. Общи грешки на промяната

1. Мъгляви, неконкретизирани или двусмислени цели . Например едва ли би била мотивираща прекалено общата цел “Подобряване на здравето обслужване”. Подобно формулиране буди двусмислия и може да затрудни сериозно по-нататъшната оценка на степента на постигане на набелязаната цел.

2. Липса на прецизно обоснована и дефинирана стратегия. В този случай най-често няма виждане за очакваните резултати, няма избор на алтернативи за пътища към промяната и др.

3. Ограничен набор от техники за промяната. Тук се среща липса на адекватно обучение, липса на достатъчно умения за преодоляване съпротивата срещу промяната или използване в тази насока единствено принудата.

4. Липса на оценка на ситуацията и главно липса на обратна връзка за първите резултати от промяната (желани, нежелани), за реакция на общественото мнение и т.н. Добре известен резултат от този пропуск е комфортната самозаблуда на мениджърите, че видимото спокойствие е знак на успешна промяна. Всъщност, тук нерядко е налице феноменът “виждане само върха на айсберга”.

5. Недостатъчна и неадекватна подготвеност за предстоящата промяна. Типичен пример за подобна грешка е стартирането и реализацията на здравната реформа в България. недостатъчната и неадекватна подготвеност на ресурсите, на управленския персонал, на организационната култура в здравната система и на общественото мнение са едни от главните причини за общопризнатия провал на здравната реформа в нашата страна.

40. Здравните реформи - трудности и рискове. Минимизиране на риска

Във всички европейски страни се наблюдава интензивно реформиране на националните здравни системи. Това са планирани **макропромени** на здравната организация на ниво висш (политически) мениджмънт.

Здравните реформи се основават на стратегическо виждане, фиксирано в съответни национални концепции за развитие на здравеопазването.

Здравните реформи преследват следните **генерални цели**:

- осигуряване на по-добри възможности на пациентите за избор на здравни услуги с високо качество;
- по-ефективно управление на относително все по-ограничените здравни ресурси;
- по-справедливо възнаграждение в зависимост от ре-алния принос на всеки здравен професионалист за подобряване здравните показатели на населението.

Досегашният опит показва някои характерни **рискове** и трудности на здравните реформи. Защо е нужно да се анализират и прогнозираат рисковете?

Най-неприятният риск е непредвиденият риск

В светлината на теорията на организационната промяна могат да се очертаят редица рискове и трудности, съпровождащи здравните реформи:

1. Подмяна на целите със средствата. Тук могат да се посочат редица примери като свободен пазар в здравеопазването, механизъм на възнаграждение на лекарите, превръщането на Националния рамков договор (НРД) във възлова тема на реформата, преобразуването на болниците в търговски дружества и др.

Често се забравя, че здравето на пациентът е генерална цел на всяка промяна в здравеопазването.

Заслепеното преследване на средствата вместо на целите е типична проява на бюрократично администриране.

Този тип риск е по-вероятен там, където липсва ефективна система за публичен контрол върху хода и резултатите на здравните реформи.

2. Диктат на моди и “магически” рецепти. David Hunter подчертава, че здравните мениджъри са особено чувствителни на изменящите се капризи и моди в медицината. Притиснати от високите отговорности за промяна, те търсят готови модели на здравеопазване или рецепти за светкавични решения.

3. Фрагментирано и погрешно фокусирано здравно законодателство. Този риск особено нагледно се прояви в българската здравна реформа. Приети са многобройни, но откъснати един от друг здравни закони. Дори така нареченият “рамков” или “обобщаващ” Закон за здравето не можа да изпълни интегрираща функция на множеството законови актове. Главната трудност е да се определят водещите приоритети, на които е подчинен всеки един отделен закон и общата съвкупност от закони.

Множеството самостоятелни закони фрагментират здравната проблематика и застрашават интегритета на здравната система. Опитът на редица напреднали страни показва, че здравеопазването се нуждае от един или минимален брой закони, последвани от серия подзаконови яктори.

4. Ограничаване индивидуалните права на пациента. В търсенето на икономически по-изгодно здравно обслужване (ограничаване на разходите) е възможно да бъдат игнорирани потребностите и интересите на редица социално уязвими пациенти. За преодоляване на този риск законово се въвежда харта на пациента (Великобритания, Швеция).

5. Дестабилизация на здравната организация. Стремещът за бърза едноактна промяна може да наруши за дълъг период системната стабилност на здравеопазването. Дестабилизацията може да бъде краткотрайна или дълготрайна. Пример за дълготрайна дестабилизация е досегашният ход на здравната реформа в България.

6. Неадекватно оптимистични и максималистични очаквания от реформите. Тук рискът е от последващи разочарования с двупосочно негативно отражение: върху професионалната мотивация на медицинския персонал и върху поведението на пациентите (неверие и бягство от услугите на професионалната медицина).

7. Недостатъчен баланс на националните традиции и промяната. Прекомерен е акцентът върху чуждия опит и догматичното му внедряване без детайлен анализ и съобразяване с културните, социалните, психологическите и икономическите реалности в страната, както и с позитивните традиции.

8. Криза в достъпа на населението до здравни грижи. Среца се при шоково внедряване на пазарни механизми в здравния сектор в страни без реално развита пазарна система. Въвеждането на свободен пазар в

здравеопазването на Източноевропейските страни, съчетано с бързата смяна на обществените отношения, поражда *конфликт между интереси и здравни потребности*.

9. Увлечение към високите технологии и стандарти. Нужен е реалистичен подход, основан на проверени във времето и практиката организационни методи. В източноевропейските страни този риск се подхранва от традиционния стил на медицинализация, свръхтехнизация и свръххоспитализация.

10. Конфликт между клинична свобода и здравен мениджмънт. Касае се за свръхдоминиране и монопол на лекарите в цялата здравна система, включително и в управлението на ресурсите.

Конкретна илюстрация на феномена медиакрация е когато лекар, без гарантирано доказана управленска квалификация, става шеф на здравно-осигурителна каса, на болница и др.

11. Недостатъчни гаранции за ефективността на частния сектор. Често реформите не създават надеждна база за публично-частно партньорство в здравното обслужване. Специалната конференция в Маастрихт отбеляза, че все още няма подходящи регулатори да се гарантира, че частният сектор ще подлежи на контрол и ще служи на обществените здравни интереси. Пазарът и конкуренцията не трябва да подлагат на риск здравните цели на обществото в неговата цялост.

12. Взаимно дистанциране или конфликт между различните категории здравни професионалисти (лекари, медицински сестри, фармацевти, здравни мениджъри и др.). Фактори на този риск могат да бъдат: прибързано или неумело внедряване на пазарни механизми в здравеопазването; нерегулирана конкуренция между публичния и частния сектор; рязко доминиране на лекарите при вземане на управленски решения за реформата; непропорционално мотивиране за професионален труд у лекарите и сестрите и т.н. Например, фактическото *изолиране* на медицинските сестри от вземането на управленски решения може да засили съпротивата им срещу промяната.

При здравните реформи са възможни и други рискове, трудно поддаващи се на класифициране. Важното е да се осъзнава възможността за подобни нежелани ефекти и да се търсят техните причини с оглед да се предотвратяват.

За практически цели могат да се използват три методични подхода за минимизиране на рисковете на промяната:

- * екологично (качествено) прогнозиране;
- * SWOT-анализ;
- * мониторинг с оценка на резултатите от промяната.

Динамичната оценка на появяващите се резултати от ре-формите е мощно средство за **минимизирането** на риска.

61. Стари и нови нерешени проблеми на здравния мениджмънт

Старите проблеми винаги ще си остават нови, докато не бъдат решени

Н. Амосов

Като сфера на науката и практиката здравният мениджмънт все още не е достигнал своята зрялост. В неговото развитие и сегашен статус има **противоречиви тенденции**, основани на разнопосочни виждания на различни специалисти.

Съществени проблеми на здравния мениджмънт, които ще се решават в бъдещото му развитие, са следните:

1. Въпреки значителното ѝ развитие, все още липсва интегрирана обща теория на здравния мениджмънт. Продължават *различията във вижданията* за неговия предмет, граници и интердисциплинни връзки. Не е рядко едностранчивото становище за здравния мениджмънт като здравна администрация или здравна икономика. Подценява се мястото и фундаменталната роля на социално-медицинското знание за развитието на здравния мениджмънт.

2. В образователен аспект все още не е изградена единна система за *университетско обучение* по здравен мениджмънт както в международен, така и в национален мащаб. В решаването на този проблем следва да се съобразява, че сега водещи са образователните системи по здравен мениджмънт в САЩ (родина на мениджмънта), Великобритания и Холандия.

3. В практически аспект е нужно много по-широко и реално **внедряване** на принципите и технологиите на **професионалния здравен мениджмънт** в здравеопазването. Честа е имитацията на здравен мениджмънт или пълна управленска безпомощност. Това се илюстрира, например, в начините на провежданите конкурси за директори на болници и други управленски длъжности. Среща се дори открит антимениджмънт в здравеопазването, който обявява всеки стремеж към научно управление за “книжна работа”. Сериозна бариера за практическото внедряване на здравния мениджмънт е честото разноезичие между лекари-клиницисти и здравни мениджъри.

4. В здравеопазването е наложително да се разграничи ясно компетентността за изпълнителска (производствена, клинична) дейност от управленската компетентност. Това от своя страна налага обособяване и регламентиране на *самостоятелна професионална кариера* по здравен мениджмънт.

5. Необходима е нова управленска култура в цялата здравна система, която изисква определена степен на базова подготовка в областта на здравния мениджмънт за всички категории медицински персонал.

6. Специфичен проблем ще бъде преодоляването на конфликта “клинична свобода - здравен мениджмънт”, свързан с феномена **медикрация**. Трябва да се премахне лекарския монопол в управлението на здравната система, а нерегулираната клинична свобода да бъде компетентно управлявана с оглед ефективно и приоритетно използване на здравните ресурси.

7. Слабо развито в научен и практически план е политическото ниво на здравния мениджмънт. В нашата страна изключително тревожен е дефицитът на експерти здравни политолози. Това затруднява приоритетният подход в управлението на здравеопазването.

В тази насока все по-голяма е потребността от творчески стратегически виждания в областта на здравния мениджмънт в периоди на промяна. Решаващо е умението да се вижда здравната организация глобално и в дългосрочна перспектива. Нужно е да се преодолее разноезичието между мениджърите от различните нива на здравеопазването - политическо, координационно и оперативно. *Стратегическият стил* на управленско мислене ще стане ключ към просперитета на здравната система в нейната цялост.

Мениджмънтът на идеите в здравеопазването е по-труден мениджмънта на ресурсите.

David Hunter

Литература

1. Борисов, В. Синтетична социална медицина. II изд., 2003, 132 с.
2. Борисов, В. Здравен мениджмънт с основи на здравната политика. 2003, 248 с.
3. Борисов, В. Стратегически здравен мениджмънт – философия и практика. 2006, 320 с.
4. Борисов, В. Здравната реформа на кръстопът – хаос или мениджмънт. 2008, 140 с.
5. Борисов, В. 13 години здравна реформа с нейните две лица. 2013.
6. Воденичаров, Ц. Седем разлики между медика и мениджъра. 2003, 80 с.
7. Воденичаров, Ц., В. Борисов. Феноменът обществено здраве в променящия се свят – пътят към една нова наука. 2017.
8. Воденичаров, Ц., В. Борисов. Доброволното здравно осигуряване - стратегия на избора. 1999, 150 с.
9. Борисова, Б. Извънболничната помощ – функции и тенденции. 2014.
10. Борисова, Б., Р. Златанова. Необходимост от мениджмънт на времето в общата лекарска практика. – сп. Медицински мениджмънт и здравна политика, 2012, 1, 3-7
11. Василев, С. Младите лекари като приоритетен проблем на болничния мениджмънт. – Здравна политика и мениджмънт, 2008, 6.
12. Веков, Т. Обществена и професионална оценка на здравната реформа (сравнителен анализ). Дисертация, 2008, 140 с.
13. Лалев, Н. Маркетинговата култура като управленски проблем на болницата. Автореферат на дисертация, 2009.
14. Маринова, П. Конфликти в здравеопазването. 2002, 90 с.
15. Петрова, Зл., К. Чамов, Ст. Гладилов. Качество в здравеопазването – съвременни измерения и тенденции. С., 2008, 270 с.
16. Попова, С. Социалноетични измерения на здравния мениджмънт. С., 2004, 140 с.
17. Т. Черкезов, Б. Борисова. Регионалните здравни приоритети. – Медицински меридиани, 2013, 3..
18. Шопов, Д. Приоритети на болничния мениджмънт. 2009, 140 с.
19. Docteur, E. Health Care Systems: Lessons from the Reform Experience. - www.oecd.org. 2003.
20. Cost Containment and Efficiency in National Health Systems - A Global Comparison. Edited by John Rapoport, Philip Jacobs, and Egon Jonsson, 2009 WILEY-VCH Verlag GmbH & Co. KGaA.
21. Grannemann, T. Priority setting: A sensible approach to medical policy? - Inquiry, 1991, 28, 300-305.
22. Mullins, L. Management and Organizational Behavior. Pitman Publishing, London, 1991, 545.
23. Weis, R. Service can be the best marketing tool. – Health progress, 2003, 4, 19-50.
24. WHO. Interim report Supporting Health 2020: governance for health in the 21st century. World Health Organization, Regional Office for Europe. 2012.

1. Стратегия за управление и развитие на лечебно заведение*Примерно съдържание*

ПРОЕКТ
ЗА РАЗВИТИЕ и УПРАВЛЕНИЕ
на МБАЛ - АД, гр Н.

Съдържание**1. Въведение****2. Потребности от болнична помощ в региона на обслужване**

- 2.1. Географска и демографска характеристика на региона
- 2.2. Анализ на заболяемостта

3. Ситуационен анализ - анализ на сегашното положение (ресурси, структура и дейност на болницата)

- 3.1. Финансови ресурси и механизъм на финансиране
- 3.2. Материални ресурси
- 3.3. Човешки ресурси
- 3.4. Структура на заведението
- 3.5. Показатели за дейността на болницата- оценка на медицинската ефективност.
- 3.6. Основни икономически показатели

4. Стратегия за бъдещото развитие и управление на болницата в условията на реформа

- 4.1. SWOT анализ
- 4.2. Организационно-управленски цели и приоритети
- 4.3. Маркетингова прогноза и план на болницата
- 4.4. Непосредствени задачи, стоящи пред управлението на болницата
- 4.5. Програма за управление на качеството на медицинската помощ
- 4.6. Програма за финансово и информационно осигуряване дейността на МБАЛ - гр. Н.

5. Обобщение и заключение**Препоръки за изготвяне на проекта**

1. Глави 2 и 3 са анализ на съществуващата ситуация и проблеми. Данните се анализират в динамика поне за тригодишен период. Изясняват се възможните причини за повишаване или намаляване на показателите.

Основни показатели на МБАЛ - гр. Н. (примерна таблица)

Показатели	2015 г.	2003 г.	2004 г.
Брой легла (общо и по отделения)			
Персонал общо (брой по щат) В т.ч. Лекари			

Медицински сестри и т.н.			
Брой преминали болни			
Използваемост на леглата			
Оборот на леглата			
Среден престой			
Болничен леталитет			
Специфични показатели (среден предоперативен престой и др.)			
<i>Икономически показатели:</i> Разход на един легло-ден Разход на един лекарство-ден			

Най-съществен дял в анализа заемат показателите за дейността на болницата (виж за тях по-подробно в следващото изложение). Честа **грешка** в проектите е формалното представяне на изобилие от таблици и числови данни без да се анализира какво се крие зад тях, какви са причините за дадената ситуация.

2. В глава 4 се формулират целите на управлението на болницата за предстоящия период (примерно 3 годишен). Тези цели се формулират в строго приоритетен ред.

3. В раздел 4.2 се излага визията за **стратегията за бъдещо развитие** като се прави **конкурентен анализ**. Специално внимание се отделя на анализа на възможните конкуренти, а също на рисковете и стратегиите за справяне с тях като се използва методът **SWOT-анализ**.

2. Анализ на болничната дейност

За целите на анализа важно умение на здравния мениджър е да може да “чете” таблиците, да вижда каква дейност се крие зад числата.

Основните статистически показатели за дейността на болницата са:

1. **Брой легла** - общо за болницата или по отделения.
Леглата биват: планови (действително разкрити) и временно закрити. Например, през 2008 г. плановите легла са били 400, но средногодишният брой легла е бил 370, тъй някои отделения са имали по 10-15 временно закрити легла.
2. **Брой постъпили** (хоспитализирани) и **брой изписани**. Важен показател за финансирането на болницата - от него значително зависи с каква субсидия ще финансира Министерството болницата. Модификация на този показател е брой преминали болни - изчислява се като средна аритметична (полусума) от постъпили и изписани.
3. **Брой легло-дни** - сума от всички дни, пролежани от всички болни. От броят на легло-дните зависи стойността на следващия показател.
4. **Използваемост (заетост) на леглата в дни** - показва колко дни *средно* едно легло е било заето от болен през годината. Теоретично леглото може да бъде заето 365 дни, но това почти никога не се постига. Все още съществува остарял **планов** норматив за използваемост от около 240 дни средно на легло през годината.
5. **Оборот на леглото в брой пациенти** - показва колко пациенти са преминали (лекувани) *средно* на едно легло през годината.
6. **Среден престой** на един пациент в дни (средна продължителност на болничното лечение) - показва колко дни средно е бил хоспитализиран един пациент.
7. **Леталност (или леталитет) в проценти** - показва колко болни (на 100) са починали от общия брой на лекуваните (постъпилите).
*Забележка: Ако в една клиника изписват (освобождават се от) тежко болните леталитетът ще бъде нисък, тъй като болните ще **умират извън болницата**. Затова при анализа този показател не трябва да се надценява.*
8. **Специфични показатели за хирургическа дейност:**
 - Среден предоперативен престой
 - Среден постоперативен престой
 - Оперативна активност (структура на оперираните по сложност на операцията)
 - Процент оперативни усложнения и нагноявания
 - Постоперативен леталитет

Тези показатели се изчисляват аналогично на изложените по-горе като средни аритметични или като проценти.
9. **Среден разход (или стойност) на един легло-ден в лева** - показва какъв финансов ресурс е изразходван средно за един леглоден през годината. У нас този показател постоянно се повишава.
* Среден разход на **един лекарство-ден** - сумата разходи само за лекарства се дели на легло-дните.

* Среден разход на **един храно-ден** - сумата разходи само за храна се дели на легло-дните.

* Среден разход на **един преминал (лекуван) болен** - сумата разходи се дели на броя на преминалите през стационара болни.

10. Оценка, удовлетвореност и препоръки на пациентите - серия от показатели, отразяващи мнението на лекуваните пациенти за болничната дейност.

Това са в пълния смисъл на думата качествени показатели.

→ Тези показатели са отразени във *въпросите* за анкета, примерно: ♦ “Доволни ли сте от сестринските грижи?”; ♦ “Как преценявате резултата от лечението си в болницата?”; ♦ “В каква степен ви удовлетворява продължителността на визитациите?” и т.н.

11. Индикатори-показатели за качеството на болничната дейност:

→ **Първа група** специфични индикатори за качеството на **процеса** на болничната помощ (качество на дейностите):

1. Брой пациенти, хоспитализирани с неспазени индикации за хоспитализация по съответните клинични пътеки.

2. Повторна хоспитализация по съответната клинична пътека.

3. Брой пациенти с отклонения по съответна клинична пътека (организационни и клинични).

4. Болничен престой.

5. Съответствие на диагнозите: между приемна и окончателна, между клинична и патоанатомична.

6. Наличие и управление на “Лист за чакащи” за планова хоспитализация и своевременност на хоспитализацията.

7. Брой пациенти с проведени контролни прегледи след дехоспитализация.

8. Хирургична дейност:

а/ предоперативен престой;

б/ пациенти с постоперативни усложнения;

в/ немативирано отлагане на оперативно лечение.

→ **Втора група** специфични индикатори - за качеството на **резултата** от болничната помощ:

1. Промяна в здравословното състояние след хоспитализацията: оздравели, с подобрене, без промяна и т.н.

2. Смъртни случаи по договорени клинични пътеки.

3. Постоперативен леталитет.

4. Основателност на жалбите.

★

Всички посочени показатели за дейността могат бъдат **общи** за цялата болница или **специфични** за конкретни отделения.

Някои показатели, например могат да се анализират и **по отделни диагнози**. Така по-конкретно ще се анализира при кои диагнози има завишен среден престой или ниска удовлетвореност от качеството.

Показателите могат да се изчисляват **по отделни месеци, сезони (тримесечия) и за цяла година**.

Като илюстрация за обема на болничната дейност даваме следната таблица:

Хоспитализирани болни в България – общ брой и процент

Година	Брой хоспитализации	На 100 жители
1985	1 588 695	17,7
1990	1 534 738	17,6
1995	1 283 472	15,3
2000	1 181 097	14,5
2005	1 614 313	20,8
2015	1 745 200	22,2
2017	1 891 100	23,4

Äàííè çà ñàííñòíÿòäëáí àíàèèç

Среден брой лекари на един жител в две страни

Ñíãöèàëííñò	Áúëãàðèÿ	Õíëáíàèÿ
Ëíðáðíëñòè	1 : 1 537	1 : 13 300 - íàä 15 ä.
Õèðóðçè	1 : 3 544	1 : 20 500
Íáãèàððè	1 : 479	1 : 9 400 - äí 15 ä.
Àéøáðäëíáêíëíçè	1 : 3 758	1 : 13 500 - 15-44 ä.
Ïñèèàððè	1 : 13 994	1 : 57 700
Íááðíëíçè	1 : 8 036	1 : 27 500
Îðàëíëíçè	1 : 13 114	1 : 44 300
Îðíëííëàðëíáíë.	1 : 14 282	1 : 51 000
Ääðíàðíëíçè	1 : 18 956	1 : 71 300

- Горната таблица показва, че в сравнение с Холандия в България има свръхнасищане с лекари тесни специалисти.

3. Здравният мениджър на кръстопът

Администраторът и мениджърът

Фрагменти от едноименната статия на В.Борисов

В здравеопазването много комфортно се е настанил и триумфира администраторът - негово величество Чиновникът.

Чиновникът все още е истинския господар на здравеопазването система.

Да погледнем отблизо портретите на администратора и на мениджъра.

Администраторът е внедрител на готови модели за дейност, а мениджърът е предимно *изобретател*. Затова предприемаческият дух е чужд на администратора. Той е любител на готовите рецепти, докато мениджърът търси трудните отговори на нерешените въпроси.

Като външен ефект администраторът изглежда по-подреден, по-изряден и по-организиран - всичко е в точно определени папки, всяко листче се поставя на точно място. Затова нерядко администраторът прави впечатление на по-уверен и по-дързък, а мениджърът - на по-колеблив и по-дилемен.

Администраторът е свързан главно с технологията и се вълнува от въпросите “Какво?”, “Как?”.

Мениджърът е свързан предимно с мисията и се вълнува от мотивите, от въпроса “Защо?”.

Болничният администратор разпорежда как да стане съкращението на персонала със 100 длъжности. А болничният мениджър ще се опита да ви отговори ЗАЩО е нужно това съкращение, дали изобщо е нужно и т.н.

Администраторът вижда пред себе си главно схеми, рамки, точно очертани пътеки. Мениджърът вижда през себе си **хоризонти**. Затова силата на администратора е в краткосрочните цели, а на мениджъра - в дългосрочните. Изкуството на мениджъра е стратегическото мислене.

Администраторът не обича риска. Той няма да ви реши проблем, който не е “вписан” в нормативния документ. Мениджърът поема риск, тъй като е вгледан в бъдещето, а то винаги крие рискове. Но и шансове.

Администраторът е кабинетна птица. Той се опива от дъха на папките и бюрата. Мениджърът се задушава в тази атмосфера, той е в движение и рядко се затваря в кабинет. Привлича го живия живот, хората и с тях той търси отговор на трудните въпроси.

Зрителното поле на администратора е вертикално.

Веруюто на администратора е “Началникът знае повече” и затова чака правилни указания “отгоре”. Пита за всичко - да не сгреши. И не греши - пред началниците. Всъщност той е изключително удобен за всякакви началници, за всички властимащи. Защото не им създава главоболия. И е предпочитан.

Зрителното поле на мениджъра е хоризонтално.

Веруюто на мениджъра е “Имам идея - търся партньори”. Той търси колегиален форум и в ролята си на шеф се възприема като “пръв сред равни”. Тъй като идеите нарушават традицията и комфорта на навика, мениджърът често е неудобен за висшестоящите, създава главоболия и често е недолюбван от всякакви властимащи, които не отричат качествата му, но предпочитат да го държат в сянка.

Мениджърът владее изкуството за вземане на решения в **нестандартни ситуации**. Администраторът владее наредбите и ги прилага буква по буква в **стандартни ситуации**. Администраторът е безпомощен в непрекъснатите нестандартни ситуации в изменящия се свят.

По отношение квалификацията си администраторът очаква да го обучават. Някои други трябва да мислят и търсят - той само ще заучава. А мениджърът се самообучава. Тук Р. Drucker е категоричен:

*Мениджърите не се раждат, нито се създават,
те се самосъздават*

Когато администраторът и мениджърът работят заедно възникват трудни и даже конфликтни ситуации, тъй като те често говорят на различни езици. Администраторът гледа снизходително “фантазиите” на мениджъра. Мениджърът болезнено преодолява инерцията и съпротивата на администратора. Конфликтът се решава от позициите на по-силния.

В живия живот все още по-силният е администраторът. Затова е нужно мениджърът реално да става все по-силен. Не е достатъчно само да е интелектуално силен (като експерт). Трябва все по-често хора с духа на мениджъра да заемат сегашните места на администратора - все по-често хора с духа на мениджъра да стават министри, директори на здравно-осигурителна каса, регионални директори, болнични директори и т.н. Здравословно е мениджърът да се бори за позиция на реалната власт, за да има силата за управлява със своя нов стил.

Нужно е да се напомни, че **за администратора властовата позиция е цел, а за мениджъра - средство.**

Старият ореол на здравния администратор избледнява и отстъпва място на реалистичния образ на новия здравен мениджър.

Ето някои типични разлики между мениджъра и администратора:



Качества, нагласи	Администратор	Мениджър
Професионална квалификация	Строго фиксирана в тесни рамки	С широк кръгзор, отворен за иновации
Преследвани цели	Предимно краткосрочни	Предимно дългосрочни
Комуникативност	Ограничена	Широка
Отношение към промяната	Поклонник на традицията, не обича промяната	Разчупва стереотипите, постоянно променя себе си и методите
Стил на мислене и действие	Ориентиран към готови рецепти и стандартни решения	Ориентиран към търсене на нестандартни решения и подходи
Поведение при неочаквани ситуации	Безпомощен, чака указания	Активен, справя се с неочакваното
Въображение	Слабо развито или слабо използвано	Силно развито и активно използвано

Чувство за хумор	Бедно или липсва	Богато, стимулиращо
------------------	------------------	---------------------



4. Публична оценка и граждански контрол на медицинската дейност

Боряна Борисова, дм

Проблемът за общественото мнение, публичната оценка и гражданския контрол в здравеопазването стават все по-актуални в здравно-политически и организационен аспект.

Необходимост от публичен дебат в здравеопазването

Някои анализи на обществената оценка за здравната реформа установяват доста ниска информираност на гражданите и на пациентите относно целите и средствата на здравната реформа. На този фон е установена доста ниска обществената удовлетвореност от промяната в здравеопазването. Това обосновава необходимостта от мониторинг на общественото и професионалното мнение за хода на здравната реформа като се дава приоритет на мнението на пациентите.

За тази цел е нужно стимулиране на обществения дебат относно цялостната организационна промяна в здравеопазването и в частност проблемите в дейността на общопрактикуващия лекар.

В крупната монография на А. Димова, М. Попов М. Рохова „Здравната реформа в България” специално се подчертава дефицитът на публичен дебат и оценка на процесите в здравната система в започнатата през 2000 година здравна реформа. Преди тази реформа в началото на 90-те години 64% от анкетираните пациенти оценяват първичната и специализираната медицинска помощ като „лоша” и „много лоша”. Обществото по това време има нагласата за кардинална промяна и очаква адекватна реформа в здравеопазването.

Авторите считат, че са били **пренебрегнати комуникациите** с гражданите. Това затруднява конструктивния здравно-политически, управленски и публичен дебат за подобряване на качеството на медицинската помощ.

Публичната оценка на ОПЛ в контекста на правата и задълженията на пациентите

Моделът за правата на пациента подчертава избора и свободата на човека като най-важните морални ценности за здравеопазването. Възможността на пациента сам да избира своя личен лекар, лекуващ лекар, болница, осигурителен фонд и др. се свързва с идеята за независимостта на потребителя на здравни услуги. (Ц. Воденичаров и С. Попова).

По данни на Ал. Пампоров според собствената преценка на пациентите едва 19,8% от тях са запознати с правата си. Авторът подчертава тревожният факт, че значителна част от изследваните лица (15,3%) изобщо **не се интересуват от информацията относно здравните си права**. Това налага разширяване на здравната просвета чрез проактивен подход на доставчиците на медицински услуги, съчетан с ефективен контрол за спазване на правото на информираност на пациентите.

Обстойното проучване на Ал. Пампоров показва, че най-често се нарушават онези права, които произтичат от здравеопазването като „услуга“ – персоналът е нелюбезен, хигиенните условия са лоши, а поради бюрократични пречки е затруднен достъпът до специалисти. От корупция се оплакват 15,7%. От

данните на автора се вижда също така, че хората са **неориентирани** относно това, какъв е стандартът за медицинската услуга, която получават, т.е. какъв е продуктът на здравноосигурителната система, срещу който те плащат своите здравноосигурителни вноски. Тук проблемът не е проблем на здравна просвета и култура. Той е преди всичко проблем на **противоречива и непълна законодателна рамка**, която не позволява да се очертае ясно кои са страните и какви са параметрите на здравноосигурителното правоотношение. На второ място, това е проблем на отсъстващ външен контрол върху стандартите за обслужване в здравните заведения и **изключване на пациентите/клиентите от преговорите** за съдържанието на НРД, т.е. вземането на основни решения за това, на каква цена и какъв пакет от услуги те могат да очакват от системата, за която плащат.

Мнението на пациентите – от подценен към първостепенен критерий за оценка та качеството

Липсата на социологическа информация за мнението на пациентите е едновременно причина и следствие на почти липсващия публичен дебат във всички етапи на здравната реформа – в нейния замисъл и концепция, в нейното реализиране и в оценката на нейните първи резултати (позитивни или негативни). Социологическата информация ще позволи да се регулират процесите на промяна в здравеопазването от гледна точка на обществените нагласи, очаквания, удовлетвореност и оценки.

Конкретните емпирични изследвания у нас върху общественото мнение за здравната реформа показват ниска степен на удовлетвореност и серия нереализирани очаквания от промяната в здравеопазването. Според сравнителния анализ на здравните реформи в България и Гърция, осъществен от К. Пасхалидис, обществената оценка за здравна реформа и в двете страни е крайно неблагоприятна, като по-силно изразена е в България.

Мнението на пациента може да бъде надежден инструмент за обосноваване на промяна в организацията на здравното обслужване. Затова то придобива все по-голямо значение.

Възможен ли е граждански контрол в здравеопазването?

Редица автори считат, че гражданското участие трябва да бъде задължителен компонент на либерализиращата се здравна система и основен фактор за нейното организационно и морално стабилизиране. Необходимо е нормативно и законово да се даде възможност на гражданите не само да изказват мнения, но и широко да участват и да съдействуват за решаването на здравните проблеми и за развитието на здравната система.

В този аспект нови, по-широки и мащабни измерения и насоки придобива дейността на **неправителствените и пациентските организации** (т.нар. трети сектор в САЩ).

В съвременните условия все по-голямо внимание се отделя на изследване мнението и отношението на пациентите към осъществяващите се здравни реформи. Ориентацията на нашето здравеопазване към пазарни механизми на управление и приоритетът на качеството на здравните услуги очертава в нова светлина ролята на пациента в цялостния процес на здравната реформа.

Според редица експерти трябва да се преодолее установеното **подценяване** на удовлетвореността на пациентите като критерий за оценка качеството на здравното обслужване и на ефекта от провежданите промени в здравната система.

Не е основателно разпространеното гледище, че мнението на пациентите има субективен характер и се отнася повече за междуличностни отношения,

поради което не е надежден критерий за качеството на медицинската помощ. Но обективен факт е, че възприятията и удовлетвореността на пациентите влияят върху тяхното поведение, например при избор на лекар, при „бягство“ от медицинските заведения и търсене на други средства за лечение – екстрасенци народни лечители, самолечение и други, при неизпълнение на предписан лечебен режим, подаване на жалби срещу медицински персонал и т.н.

Като потребители на здравни услуги хората в ролята на пациенти проявяват висок интерес към тези услуги, към тяхната организация и качество. Това обстоятелство може и трябва да се използва от здравните мениджъри за събиране на конкретна информация за характера и качеството на разнообразните здравни дейности и за нейното ефективно управление и целенасочване.

По този начин на практика общественото мнение, обществените нагласи и оценки могат да станат надежден и ефективен **инструмент на управлението** на разнообразните здравеопазни дейности.

Включването на гражданите в процеса на управлението и организацията на здравната дейност позволява да се интегрират по-добре ценностите, културата, стила на мислене и нуждите на обществото в областта на здравеопазването.

Проблемът за гражданското участие и контрол в здравеопазването все повече привлича вниманието на здравните политици и стратегии. Според т.нар. стълба на гражданско участие на S. Arnstein то се реализира в следните степени:

- манипулация (най-ниска степен),
- терапия,
- информиране,
- консултиране,
- спечелване на благоразположение,
- партньорство,
- делегиране на власт,
- граждански контрол.

Редица анализи показват, че прилагането на традиционните форми за демократична изява единствено посредством политически представители все повече изживява своето време и дава път на гражданското участие (Д. Атанасова).

Специално внимание в тази насока заслужава проучването на оценката и отношението на пациентите към дейността на общопрактикуващите лекари. Наличието на някои неясни регламенти в работата на ОПЛ, необходимостта от изпълнение на много административни дейности, наред с чисто лекарските им задължения, честите промени от страна на НЗОК и лошата информираност на пациентите за техните права води до едни или други **противоречия** между личните лекари и пациентите.

По данни от изследванията на Р. Златанова най-голям е относителния дял на анкетираните ОПЛ – 69.7% ($\pm 4.46\%$), които имат рядко конфликти с пациентите си. На второ място са тези, които нямат конфликти – 21% ($\pm 3.95\%$) и само 7.3% ($\pm 2.52\%$) от обхванатите лични лекари са често в противоречие с пациентите си. Като най-честа причина за конфликт анкетираните ОПЛ посочват липсата на направления за консултация със специалисти - 31.78%, последвана от недостатъчното средства за медико-диагностични изследвания – 13.2%. Недостатъчната обща и медицинска култура на пациентите е в основата на претенции от тяхна страна за неоснователни консултации със специалисти и

излишно назначаване на ненужни изследвания, според 7.33% от анкетиранияте ОПЛ (Р. Златанова, 2006).

Нерядко конфликтът е с другите пациенти (9,5%), докато чакат реда си да влязат в кабинета и 7.7% са имали пряк конфликт с личния си лекар. Липсата на направления за изследвания и консултации се посочва като най-честата причина за конфликт – 16.4% от анкетиранияте пациенти. На второ място е дългото чакане пред кабинета, последвано от липсата на осигурен ред за влизане при личния лекар (7.7%).

Първостепенно място при проучване мнението на пациентите има въпросът за тяхната удовлетвореност от общопрактикуващите лекари. Около половината от пациентите (53.2%) са напълно удовлетворени, удовлетворени отчасти са 30.1%. Само 3.9% не са удовлетворени от своите ОПЛ. Следователно в голямата си част пациентите одобряват получаваните услуги от личния си лекар.

Обобщената оценка на пациентите по отношение на оказаната медицинска помощ от техните лични лекари е следната: добра оценка дават 34.1% от анкетиранияте, много добра – 26.7% и отлична – 23.2% (фигура 1).

Оценката на пациентите за личния си лекар може да бъде представена и чрез доверието, което те му гласуват (фигура 2).

Установява се, че голямото доверие на пациентите към личния им лекар намалява с 10.9% след излизане от кабинета. Паралелно с това се увеличава относителния дял на хората (с 8.6%), които имат малко доверие към ОПЛ преди влизане в кабинета, след излизането им. Почти два пъти се увеличава и относителният дял на отговорилите, че нямат доверие на избраните от тях лични лекари след излизане от кабинета.

Като обобщение следва да подчертаем, че все още не се осъзнава приоритетната роля на публичната оценка и гражданския контрол в здравеопазването. В тази насока полезна информация може да се получи чрез мнението и удовлетвореността на пациентите по различни организационни проблеми на здравеопазването.

В хода на здравната реформа неоправдано бе **подценена ролята на обществения дебат** и в частност мнението и препоръките на пациентите. Необходимо е създаване на **система** за постоянно събиране и анализ на информация за мнението, очакванията и удовлетвореността на пациентите от медицинската дейност с оглед подобряване на нейното качество в интерес на общественото здраве.

5. Пропастите в управленското мислене

Всяка съзнателна практическа човешка дейност се предшества от мисловна дейност, от анализ на ситуации, идеи и намерения.

Това във висша степен е наложително в управленската дейност, в практическото ежедневие на здравния мениджър.

За съжаление, хиляди примери ни показват, че точно действията на здравния мениджър не винаги се предшестват от достатъчно задълбочена и широка мисловна дейност. Неговите действия все още са прекомерно **спонтанни**, често изхождат от елементарни мисловни процеси, от идеи и мотиви, които са неадекватни на върховната мениджъра – да обосновава значими цели от него институция и да организира тези цели.

Тези слабости са очевидни и на трите мениджмънта – политически (висш) координационен и оперативен мениджмънт.

Нерядко прибързано се вземат важни **едва след това** се търси аналитичното обяснение. *Ето примери:*

-приемане на нереалистични стратегии, книга;

-прибързано приемане на дефектни дългосрочен негативен ефект върху система;

-спонтанно въвеждане на неадекватни финансиране на лечебната дейност (напр. клинични пътеки);

-безкритично преобразуване на университетските болници в стандартни търговски дружества с последващи неочаквани тежки затруднения в организацията на академичната наука и на образователния процес на медицинските факултети и в крайна сметка рязко снижаване на тяхното качество.

-закупуване на скъпа апаратура, която не се използва рационално;

-прекомерно фрагментиране структурата на болницата в множество отделения, сектори и звена, самоизолирани в себе си;

-ликвидирането на поликлиниките като основополагащи институции в извънболничната площ;

-масово съкращаване на сестрински длъжности (през последното десетилетие);

-необосновано ликвидиране на фелдшерите... и редица други.

Ето защо нараства ролята на стила на мислене на здравния мениджър. При неговото професионално формиране би следвало по-специално внимание да се отделя на този фундаментален въпрос и да се формира съвременен стил на мислене, насочен към широката системна същност на здравната система.

Крайно необходимо става преодоляването на едностранчивото и опростенческо мислене в здравния мениджмънт. Този стил на мислене се изразява в множество „китайски стени“ и „пропасти“, стоящи между проблеми,



мисия на
на ръководената
постигането на

нива на
мениджмънт,

решения, за които
обосноваване и

които остават на

законови актове с
здравната

механизми за

дейности и структури, които би следвало да са в постоянна взаимовръзка и единство.

В тази насока заслужава да се анализират някои тенденции и слабости в стила на мислене на здравния мениджър. Главната слабост е **фрагментираното мислене** без обобщаваща системност и интегритет, при което проблемите се дистанцират един от друг с непробиваеми стени, разглеждат се изолирано един от друг и се търсят частични моментни решения с крайно ниска ефективност.

Последна нагледна илюстрация за подобен стил на мислене са периодичните **ентузиастки намерения** на Българския лекарски съюз (БЛС) за протести без достатъчна цялостна концепция и организационна подготовка. В резултат на това тези „протести“ се превръщат в имитация на дейност за защита интересите на лекарите и на пациентите (*? - фалшиво и неубедително звучат призивите, че БЛС защитава интересите на пациентите, защото той е една чисто съсловна организация от синдикален тип*).

Необходимостта от интегративен подход и синтетичен стил на мислене в здравния мениджмънт става витална.

Без да влизам в детайли, ще маркирам няколко насоки за преминаването от фрагментираност и дистантност **към** синтез и интегритет в мисленето на здравния мениджър.

От дистантност към синтез

Преминаването от дистантност към синтез изисква да се премахнат следните седем пропасти:

- Между **К**линичното мислене и популационното (епидемиологичното) мислене;
- Между **О**перативното мислене и стратегическото мислене
- Между **Т**ехнологичното мислене и организационното мислене
- Между **А**налитичното мислене и фактологичното мислене
- Между **Б**юрокралично-догматичното мислене и иновативно-творческото мислене.
- Между **И**кономическото мислене и социално-етичното мислене
- Между **К**раткосрочното и дългосрочното мислене;

Читателят вероятно забелязва една интересно звучаща абревиатура - **КОТАБИК**.

Конкретният анализ на елементите на тази абревиатура (КОТАБИК-анализ) може да бъде полезен за всеки здравен мениджър. Подобен анализ може да бъде важен аспект на SWOT-анализа, разкривайки неизследвани **слаби страни и рискове** на управленската дейност.

Посочените пропасти и стени в управленското мислене съществуват обективно и те са тежка бариера за бъдещи целесъобразни промени в здравната система. Ефективният мениджмънт на здравната реформа изисква ново интегративно мислене, чуждо на фрагментиращите тенденции, синтезиращо проблемите в системна цялост.

Големият мислител Алберт Айнщайн пише: *„Проблемите не могат да бъдат решени със същото мислене, което ги е породило“*.

Фрагментираното затворено мислене, основано на пропасти и стени, трябва да отстъпи място на глобалното синтетично мислене, което е предпоставка за устойчиво развитие на здравеопазването като цялостно консолидирана, интегрирана система.

Без това условие, каквито и „модерни модели“ на мениджмънт да се внедряват, няма да има истинска Национална Здравна Система.



6. Здравните министри в България

До 1944 година България няма самостоятелно здравно министерство. Съществува *Главна дирекция на народното здраве* към Министерството на вътрешните работи и народното здраве (МВРНЗ). С Указ на регентите от 10 септември 1944 г. се създава Министерство на народното здраве, преименувано през 1990 г. в Министерство на здравеопазването.

Здравни министри са били следните лица:

1. Д-р Рачо Ангелов - от 1944 до 1947 г.
2. Трайчо Доброславски (журналист) - от 1947 до 1950 г.
3. Д-р Петър Коларов - от 1950 до 1962 г.
4. Д-р Кирил Игнатов – от 1962 до 1971 г.
5. Д-р Ангел Тодоров – от 1971 до 1977 г.
6. Акад. Радой Попиванов – от 1977 до 1988 г.
7. Д-р Минчо Пейчев – от 1988 до 1990 г.
8. Проф. Иван Черноземски – от януари 1990 до края на 1990 г. ↓
9. Доц. Никола Василев – от 1990 до 1993 г.
10. Д-р Танчо Гугалов – от 1993 до 1995 г.
11. Д-р Мими Виткова – от 1995 до 1997 г.
12. Д-р Петър Бояджиев – от 1997 до 1998 г.
13. Д-р Илко Семерджиев – от 1998 до 2001 г.
14. Доц. Божидар Финков – 2001 до 2003 г.
15. Славчо Богоев (икономист) – от 2003 до 2005 г.
16. Проф. Радослав Гайдарски - от 2005 до 2008 г.
17. Д-р Евгений Желев – от 2008 до 2009 г.
18. Д-р Божидар Нанев – от 2009 до 2010 г.
19. Проф. Анна Мария Борисова – 2010 г. (5 месеца)
20. Д-р Стефан Константинов – от 2010 до 2012 г.
21. Десислава Атанасова – от 2012 до 2013 г.
22. Д-р Таня Андреева – юни 2013 – август 2014 г.
23. Д-р Петър Москов – декември 2014 – януари 2017 г.
24. Проф. Николай Петров – май 2017 – октомври 2017 г.
25. Кирил Ананиев – след 25 октомври 2017 г.

Най-старият здравен министър е бил д-р Рачо Ангелов – става министър на 73 годишна възраст, затова лекарите са го наричали галовно „Дядо Рачо”. **Най-младият** е бил д-р Илко Семерджиев – поема министерския пост на 39 години.

Не са лекари двама от министрите (журналист и икономист).

Най-дълго е бил министър д-р Петър Коларов – 12 години, а **най-кратко** проф. Анна Мария Борисова – пет месеца.

Само трима министри са подали своята оставка пред премиера за напускане на министерския пост - проф. Радослав Гайдарски, д-р Божидар Нанев и проф. Анна Мария Борисова.

Най-радикални промени в здравеопазването са реализирани:

- при министър *Петър Коларов* - въвеждане на безплатна медицинска помощ, държавно финансиране на здравеопазването и всеобщ профилактичен принцип;
- при министър *Ангел Тодоров* – забрана на частната лекарска практика;
- при министър *Илко Семерджиев* – въвеждане на пазарни механизми и преобразуване на лечебните заведения в търговски дружества.

В допълнение към тази историческа справка ще добавим два интересни факта, които могат да породят размисъл за развитието на здравната система в България и днешното ѝ състояние.

От Освобождението през 1878 година до комунистическия преврат на 9 септември 1944 година здравният сектор в България е включен в състава на Министерството на вътрешните работи като **Главна дирекция на народното здраве**. Това е отразено и в самото име на министерството – МВРНЗ (министерство на вътрешните работи и народното здраве).

Прилагателното *народно* в името на здравното ведомство е поставено още в периода на капиталистическа България, а не е изобретение на социалистическата идеология, както мислят неинформирани днес хора.

В по-голямата част от периода между 1944 и 1989 г. здравното ведомство е интегрирано със социалните грижи – МНЗСГ (министерство на народното здраве и социалните грижи).

През януари 1990 г. **първата грижа** на първия наш демократичен здравен министър бе да промени името на здравното министерство – от Министерство на народното здраве в Министерство на здравеопазването. Досега никой историк на медицината не се е заел да анализира и изясни какъв е мотивът и смисълът на тази промяна, както и ефектът от нея.

За да улесним подобен анализ ще дадем примери с наименования на някои съвременни здравни министерства в една по-широка панорама:

Швеция – Министерство на здравето и социалното благосъстояние

Италия – Министерство на социалната политика, труда и здравето

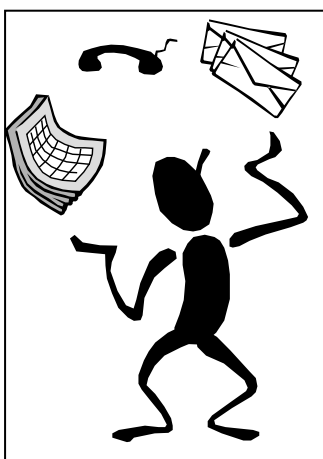
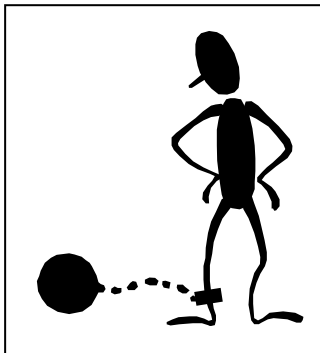
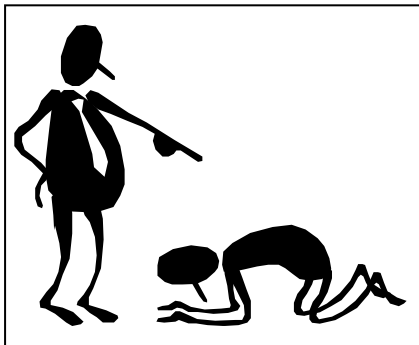
Испания – Министерство на социалната политика и здравето

Гърция – Министерство на здравето и социалната солидарност.

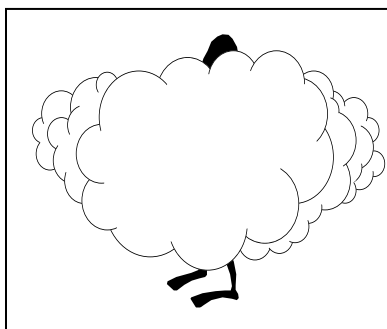
САЩ – Департамент на здравето и социалните услуги (U.S. Department of Health & Human Services).

Тези примери илюстрират **широк интегрален обхват** на здравната политика и здравното ведомство в някои страни – нещо, което е доста различно от ситуацията, установена в България през последните 24 години.

7. Асоциативен тренинг (мозъчна атака)



Тук виждате четири типични
картини от организационния
(учрежденския) живот



Опитайте се да дадете заглавие на всяка една картина. Напишете есе по една от картините със съответно заглавие.



Възможни заглавия: Стил на мениджмънт; Мениджмънт на промяната;
Жонгльорът администратор; Ясна концепция

8. Критични анализи на здравната реформа в България

Фрагменти от статия, публикувана през 2015 г. ↓

Финансовият хаос в здравеопазването – рожба на неолиберални заблуди

Парадоксът „недофинансиране”

Проф. Веселин Борисов, дмн,
Проф. Тихомира Златанова, дм
Доц. Боряна Борисова, дм
Доц. Петър Горненски, дм

Правителствата никога няма да избягат от отговорността за здравето на нациите си зад прикритието на приватизацията и пазара.

M. Vanoob,
американски експерт

Предисловие

Многобройните типове реформи могат да се класифицират в две основни групи – *деструктивни и конструктивни реформи*. Това са двете алтернативи, трета няма - изборът е ваш!

Вече две десетилетия у нас се дебатира (безрезултатно) каква здравна реформа е нужна на България. Този дебат не е завършен и с времето неговият фокус се размазва в омагьосания кръг на многословие и празнословие.

Зад многословието на безбройни официални интервюта се крие опасно, трудно видимо равнодушие и безгрижие за здравето на нацията... *Внимание!* Бъдете нащрек, когато чуете възторжени революционни призови за „здравна реформа”.

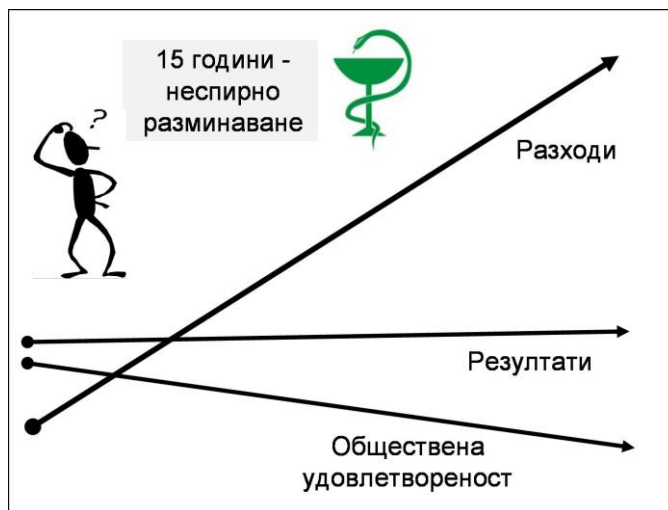
Защото тези призови не ви казват ще бъде реформата – деструктивна (разрушителна) или конструктивна (съзидателна), ситуация добре позната от близкото минало.

Митът „недофинансиране” – параван на управленска немощ

У нас множество политици, здравни мениджъри и експерти на БЛС постоянно ни обясняват всички неуспехи на здравната система с една удобна формула – недофинансиране. Всичко друго е наред, просто няма пари – това е стандартният отговор на болнични директори, когато някой постави въпрос за незадоволително качество и организация на болничната дейност. В случая може да парафразираме заглавието на прочутия роман на Богомил Райнов така: „Няма нищо по-хубаво от лошото финансиране”... То е удобно оправдание и защита за повсеместната управленска пасивност и неефективност.

Че парите „не стигат” в здравеопазването (и не само в него) е повече от очевидно. Но къде, в коя здравна система те са „достатъчни”? Във всички страни на света здравният мениджър днес работи в условията на ограничени ресурси, което не означава, че трябва да оправдава и обяснява всичко с този факт... Как да си обясним, че световните експерти не са очаровани и не ни сочат като образец именно здравеопазването в САЩ – страната-рекордьор по здравни разходи (17% от БВП).

Оправдателната формула „недофинансиране” е изключително опасна за всеки здравен реформатор, тъй като отклонява фокусът единствено към пасивно изчакване на някакъв въображаем безконтролен приток на ресурси. Преекспонираната философия „недофинансиране” е насочена еднозначно към количествени аспекти (обем финансови ресурси, финансови дефицити и т.н.). Самият термин „недофинансиране” според някои експерти (Т.Златанова и др.) е непрецизен и непрофесионален, защото не отразява процеса на изразходване и конкретните здравни резултати от предоставените финанси (4).



По темата „недофинансиране” показателно е компетентното и категорично становище на **Стопанска камара**: „Липсата на последователна политика в системата на здравеопазване позволи да се формира **псевдопазар** на здравни услуги, в който ежегодно се разходват между **7 и 9 млрд. лв.** Това са преобладаващо публични средства от осигурителни вноски, процентно намаляващи средства от републиканския и общинските съвети, средства от регламентирано заплащане на населението за медицински услуги и лекарства, частни инвестиции за лечебни заведения, закупуване на здравни застраховки и значителни средства от населението за т.нар. неформални плащания за медицински услуги.

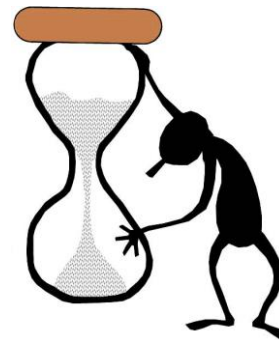
Този пазар **не се регулира, не се управлява, не се анализира** и не се отчита ефектът от инвестирането на заплатените от населението огромни средства за подобряване здравето на нацията. В него не са ясно идентифицирани участниците, липсва координация, съгласуваност и отчет за размера на вложените средства, както на национално, така и на регионално равнище. В резултат на това са огромните **деформации** в качеството и ефективността от дейността на системата, дисонанс в качеството и обхвата на медицинското обслужване в центъра и в регионите” (3).

Зад симптомите не виждаме причината

Посочените тъжни факти все повече се признават от анализаторите, които търсят всевъзможните им причини, без да стигат до „корена на злото”. Според някои трагедията е в това, че здравната реформа от 2000 г. не била „завършена”, а стопирана. Но самата тази реформа още в зародиша си е **генерирала** посочените тревожни симптоми, затова нейното „продължаване” и „надграждане” означава задълбочаване на рисковете...

Именно феноменът „изтичане” на публични ресурси е рожба на здравната реформа от 2000 година. Можем да се запитаме къде е коренът на милионите дългове на болниците, на казусите с наместване на частни структури в публични болници, паразитиращи върху тези болници и др. Ето как вестник Форум Медикус (бр.7, 2015) коментира нашумелия казус с оставката на Председателя на Здравната комисия в Парламента (бивш началник на ВМА): „Случилото се е само елемент от многото примери за „смешване” на частни сдружения, лаборатории и др., разположени в публични лечебни заведения, които формират печалба при **неясни обстоятелства**... Защото, ако един „разграден двор” ражда една оставка, какво предстои на всички други места, където съществуват подобни взаимоотношения?.. Случилото се **не е изненада**. То е тъжна констатация и ярко предупреждение”.

В самата идея на „здравната реформа” бе заложено неусетното **абдикиране** на държавата и на политиците от отговорността за здравето на нацията. Лоша шега изигра прокламираната след 2000 г. магическа формула за здравен просперитет: „*Повече пазар и по-малко държава в здравеопазването*”. Тази лекомислена **неолиберална заблуда** бе заплатена на скъпа цена със здравето на нацията, с дезорганизация и дестабилизация на здравната система и застрашителен финансов хаос в нея.



Но това не е най-страшното! Голямата опасност е, че съвременните ни здравни политици не вникнаха в дълбоките причини на хаоса, не пожелаха да видят и да признаят **несъвместимостта** на неолибералната идеология със специфичната мисия на здравната система и с приоритетните цели на националната здравна сигурност.

Тук не става дума за отричане позитивните аспекти на пазара изобщо или за противопоставяне между пазар и държава, а за **криворазбран** свободен пазар в нашето здравеопазване, прилаган в своя най-деформиран вариант. Много авторитетни експерти в чужбина и у нас (Евг.Делчева) продължават да подчертават, че в здравеопазването може да има само регулиран пазар и регулирана конкуренция, тъй като все още сме далеч от обективните условия за свободен пазар в социалната сфера.

Известният автор Ч. Улф посочва, че държавата допълва пазарната саморегулация и придава стабилност на икономическата система преди всичко като подкрепя развитието на социалните и културните дейности. Социалната държава е симбиоза между класически пазар и класическа държава (за съжаление ние сме далеч от понятието социална държава).

Като саморегулираща се система пазарът може да функционира без външна намеса, но това става **само при идеални условия**, каквито на практика няма. Пазарът в здравеопазването се натъква на редица трудности: „генетични дефекти” на пазарния механизъм, несъвършена конкуренция, конфликт на интереси, външни странични ефекти, монополизация на здравните услуги, несправедливо разпределение и други пазарни несъвършенства.

Разрушителната пазарна стихия в здравеопазването може да се елиминира чрез държавното регулиране. То не отстранява пазара като обществен феномен. Напротив, задачата е да се намери мярката между него и ефективността в здравеопазването. Пазарът е приемлив само, ако се повишава неговата социална ефективност (11). Но досега фактите за реалната ефективност на пазарните отношения в здравеопазването ни изобщо не са утешителни.

Проблемът е, че т.нар свободен пазар в българското здравеопазване се изяви като **имитация на пазар** (псевдопазар) със следните неочаквани деструктивни роли:

- Псевдопазарът стана главен канал за изтичане на финанси по всевъзможни механизми.
- Псевдопазарът позволи на държавата да се оттегли от отговорността за системен финансов контрол върху здравния сектор (МЗ, респ. Агенцията за медицински одит е безпомощна да извърши финансов контрол на лечебни заведения, защото били „независими“ търговски организации).
- Псевдопазарът породил и стимулирал неудържим финансов хаос в здравната система.

Недофинансирането е само видимият връх от огромния айсберг на общия организационен и финансов хаос в нашето здравеопазване през последните години.

Недофинансиране или неефективно финансиране?

Финансовите ресурси не са изолиран проблем сам за себе си, затова трябва да се анализират цялостно - в контекста на общия статус и управленски процес в здравния сектор. Проблемите с финансирането могат да се решат само **успоредно в хода на цялостното реформиране** на здравната система. Азбучна истина е, че в една неадекватно реформирана система *никога* няма да стигнат финансовите ресурси, защото ще бъдат нерационално разпределяни и изразходвани.

Призивът „*Пари, пари и пак пари*“ в конкретната днешна ситуация не само е непрофесионален, той е и наивен, и спекулативно несправедлив – той води в улица без изход. Като признаваме, че има финансов дефицит, още повече ще трябва да признаем, че има крайно неефективно финансиране и управление на здравеопазването. Примерите са на всяка крачка – от липсата на добро стратегическо планиране чрез национална здравна карта, довела до непропорционално регионално разпределение на ресурсите и до **необичайна концентрация** на тези ресурси в определени региони и привилегировани лечебни заведения, за сметка на други региони и лечебни заведения (неоправдано застрашени от фалит), до застрашаващата и невиждана в други страни дистанция в индивидуалните възнаграждения на лекарите. Например, само в една болница в определен момент е установена дистанция от минимално 900 лева до максимално месечно възнаграждение 61 хил. лева (!?). Удивително е за какво „недофинансиране“ може да става дума в случая?

Недофинансирането не е друго, освен симптом на крайно лошо управление на здравеопазването. Затова призивът трябва да бъде „*Управление, управление и пак управление!*“... Но как да реализираме този призив като в България няма професионален здравен мениджмънт?

А доброто управление изхожда от принципа „*Финансиране, базирано на доказателства*“. Досега нашата национална здравна система изобщо не се е докоснала до този принцип или примитивно го имитира, например като критерий за финансиране се използва нищо не доказващият показател „**брой преминали болни**“. Дори самото наименование на този показател е недоразумение – не „лекувани“ или „излекувани“, а „преминали“... Преминали - откъде закъде?

Финансирането е крайният етап от сложна верига управленски процеси от регулирането на **входа** (ресурсите) през **процеса** на дейността, до оценката на **изхода** (резултатите) на системата. У нас боравим само с входните параметри, а оценката на процеса и на резултатите остават извън вниманието.

Парадоксът „недофинансиране – нарастващи разходи“

Не е нужно да си суперикономист, за да ти е ясно, че ако имаш 10 лева не можеш да похарчиш 30 лева. Но при нашето „недофинансирано“ здравеопазване това е възможно.

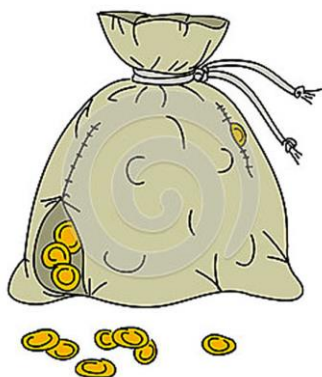
Ескалацията на разходите в здравеопазването е неудържима и факторите за това са множество – както очевидни, така и (повече) неочевидни. Ето само част от тях: силна мотивация за **свръхпотребление** на здравни услуги (и у пациенти, и у лекари), имитация на дейности, свръхрегистрация и фалшива документация, фиктивни договори, нелоялна конкуренция, монополен статус на привилегировани лечебни заведения, селекция на пациенти, бюрократично финансиране на лечебни заведения, дефектни клинични пътеки и неясни количествени показатели (брой „преминали“ болни?).

От 1997 г. до 2014 г. разходите за здравеопазване в България са нараснали повече от **пет пъти**. Увеличена бе здравната вноска на 8%, от което в здравната система не е отчетен положителен ефект.

Според анализ на Икономическия и социален съвет **неправилно е твърдението**, че разходите за здравеопазване в България са 4,3% от БВП (затова трябвало рязко да нараснат). Наистина, в България държавата отделя около 4,5% от БВП, но има и частен сектор, има лекарствен пазар, който е преобладаващо финансиран от пациентите («от джоба»), има и «черен пазар» под масата и пр. Като се включат всички тези разходи процентът за здравеопазване в България е се изчислява около и **над 10% от БВП** – т.е. повече, отколкото в ЕС (8,8% от БВП), което е един удивителен и необяснен досега *парадокс* (6).

Аналогични са данните на СЗО (за 2008 г.), според които в България са изразходвани **фактически 7,3% от БВП**, което е над средното за страните, присъединили се към ЕС след 2004 г. - 6,7%. Всъщност, проблемът е в пониския и понижаващ се процент на публичните разходи – средно 55%, докато за страните, присъединили се към ЕС след 2004 г. той е 71,5%.|

На този фон изключително обезпокояващи са реалностите в нашето здравно осигуряване, граничещи с абсурди. Ето някои акценти в телевизионно интервю на управителя на НЗОК от 27 февруари 2015:



„Няма институция, която да извършва ефективен контрол върху начина, по който болниците изразходват средствата си... **Всеки ден изтичат пари...** Трябва ежедневно да се проверява и да се следи къде отиват парите на здравноосигурените, защото доверието в НЗОК отслабва с всеки следващ ден. Хората не желаят да си внасят вноските точно заради това... Основният проблем, голямата бъркотия е в законодателството“ (9).

На въпроса дали настоящият здравен министър ще се справи с посочените проблеми управителят на НЗОК категорично отговаря: „Ще се справи, **ако му позволят**. Той има желание и наистина чисти намерения. Дано да му бъде позволено».

Нещо потресаващо – някои (не е известно кой?) може да позволи, но може и да не позволи на здравния министър да се справи с финансовата бъркотия в здравеопазването!.. Този удивителен факт за безсилието на един министър не е нов – ръцете на всеки здравен министър са като във вериги, той не може да

реши стратегически проблеми на системата, а само дребни ежедневни оперативни проблеми.

Горещата топка за позитивната промяна в здравната система е в ръцете на Здравната комисия в парламента, която в състояние на някаква летаргия продължава да имитира дейност чрез дребни редакционни промени на отделни изречения в дефектната законова база..

Гордиевият възел на здравната реформа

Оказва се, че организационната и финансовата бъркотия в здравната система е здраво заплетен възел, който години наред чака своето разплитане... Най-тежкият въпрос е кой, как и кога ще го разплете?

В разплитането на този възел **първо** трябва да се освободим от дълговременната неолиберална заблуда, че свободният пазар и нерегулираната конкуренция автоматично ще решат всички проблеми на здравеопазването, в т.ч финансови.

Второ условие за разплитането на възела е да надмогнем досегашната инерция на фрагментирани промени «на парче»: реформа на спешната помощ, после на извънболничната, после на болничната помощ, на лекарствената политика, после на финансовите механизми и т.н. до безкрая.

Фрагментацията е коварен капан за всеки здравен реформатор

Трето условие за разплитането на възела е да се простим с консумативния максимализъм и представата, че главно и единствено средство за стабилизиране на здравната система е *неограничаваният* финансов приток към нея. Първо, защото такъв приток е невъзможен и второ, защото световният и нашият опит не доказват пряка права корелация между количество ресурси и качество на медицинската дейност.

Финансовите проблеми на здравната система могат да се решат не чрез изолирани финансови манипулации и чрез екстензивен количествен растеж на финансови ресурси, а само чрез **финансиране, базирано на доказателства...** Доказана ефективност – друг път няма.

Една нова цялостна здравна реформа, една енергична обновителна организационна промяна на здравеопазването, следва да бъде базирана на пределно убедителни доказателства, а не на наивни мечти за «щастливо бъдеще», с каквито започна здравната реформа преди години.

Реформа без категорични доказателства ще бъде същият скъпо платен и неуспешен революционен социален експеримент от 2000 г.

Да сложим точка на мъглявите, двусмислени и уклончиви скловоизлияния за «нови модели», «структурни реформи», «нови финансови механизми» и т.н. Това са подробностите по пътя, без да сме уточнили посоката на самият път.



По-болезнено от всякога днес стоим пред вечният въпрос: *накъде?* Безспорно е, че трябва да се промени посоката, а не само отделни структури, методи и модели в здравеопазването.

Въпросът за **посоката (целите)** не е технологичен или оперативен, а е концептуално-стратегически и здравно-политически въпрос.

Една пределно ясна концепция трябва отговори на въпроса „Накъде да вървим?“:

Какъвто и да бъде вариантът, изборът на посоката е прерогатив на обществото. Интересите на обществото ще определят посоката на

здравеопазването. Не интересите на едни или други играчи в терена на здравеопазването, не интересите на отделни политически сили, не интересите на една или друга професия, включително лекарската (внимание, защото в момента БЛС е бариера за реална позитивна стратегическа промяна в здравеопазването).

Съдбата на здравеопазването е в ръцете на обществото. Ако парламентът е синтез на обществената енергия и интереси, именно той трябва да промени и определи новата посока на националната здравна система.

**Докато от Храма на Хипократ не бъдат изгонени търговците,
медицината няма да бъде истински Храм на Здравето.**

Това означава откровено признание за нуждата от радикална промяна в здравните закони, чиито *принципни дефекти* са очебиещи – Законите за лечебните заведения, за здравното осигуряване и за съсловните организации.

Усилията на новия министерски екип са похвални, но те ще срещнат **невидимите капани и бариери** на тези закони. Няма да можем да минем само с реструктуриране на болници или закриването им. Това ще бъдат фрагментарни, неинтегрирани и некоординирани промени.

Промяната в здравеопазването, трябва да има фундаментален принципен характер, за да повярваме, че наистина се касае за здравна реформа. Иначе и ние, подобно на една бивша министърка, ще намразим думата реформа.

Изводът:

Промяната в здравеопазването не може да е само редакционна, тя трябва да тръгне от болните корени на огромното дърво на системата - принципни промени в дефектната нормативна база, а не козметични разкрасявания в оутделни текстове на разпокъсаните помежду си закони.

Горещата топка на предстоящата здравна реформа е не другаде, а в ръцете на Здравната комисия на Парламента. Защото и най-виртуозното здравно министерство не ще може да изобрети или да компенсира неща, които тази комисия не е свършила или няма намерение да свърши в ускорен темп.

Гордиевият възел на здравната реформа може да разплете само Здравната комисия в парламента. Но при едно условие - да надмогне дългогодишното си полусънно бездействие и да осъзнае своята **съдбоносна отговорност** за националната здравна сигурност...

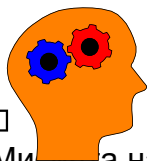
Спасение на българската нация от здравна катастрофа - това е днес неизпълнената мисия и върховен морално-исторически дълг на нашите здравни законотворци.



10. Големите идеи в мениджмънта

Афоризми

в помощ на ефективния мениджър



- Мисията на мениджъра е да преуспее върху хаоса (Том Питърс)
- Мениджмънтът на идеите е по-важен и по-труден от мениджмънта на ресурсите (Д. Хънтър)
- Принципите на управлението са универсални (Анри Файол)
- Двойната власт е вредна (Анри Файол)
- Пред общите цели на организацията всички други претенции трябва да се избягват фанатично (Анри Файол)
- В управлението въображението често е по-важно от разума (Г. Шакл, *из книгата му "Политика, поезия и успех"*)
- Нито една система на управление не е безупречна (В. Борисов)
- Ако сте лидер, за да водите хората, вървете зад тях. (Пао Дзъ)
- Ако си капитан на кораб и внезапно възникне опасност от сблъскване с друг кораб, ще свикаш ли съвещание, за да се определи работна група, която да да обсъжда един час как да се действа... Не забравяйте, че и здравната организация е огромен кораб. (С.Паркинсън)
- Добрият шеф се разтоварва от ненужните подробности (В.Грей)
- Мениджърите трябва да са мечтатели (П. Дракър)
- Клиницистите в мениджмънта: браконьерите стават лесничей (Дейвид Хънтър)
- Лекарят е естествения адвокат на бедните. (Р. Вирхов)

□
Колкото една страна е по-бедна, толкова по-голям дял здравни разходи идва от частни източници (А. Крииз, СЗО)

□
Все още има много неща от опита на Източните и Западните здравни системи, които те могат да научат едни от други
(Том Ратуел)

□
Задачата за мениджмънт на здравеопазването е пълна с парадокси, двусмислие, разбърканост и натиск на конкуренти
(Д. Хънтър)

□
Управлението е сложно изкуство - понякога математика, понякога поезия, понякога само здрав разум (Дж. Ричардс)

□
Водач, който не събира около себе си най-даровитите и достойни хора, е пълководец без армия. Й. Гьоте

□
Главната опасност в мениджмънта са готовите решения, рецептите.
(П. Дракър)

□
Един от сигурните ефекти на съвременните здравни реформи е, че те ще развенчаят ореола на медицината (В.Борисов)

□
Мениджмънтът е работа в лошо време, в буря, в хаос (П.Дракър)

□
Главни критерии за професионализъм на мениджъра: виждане, кръгозор, морална отговорност (П. Дракър)

□
При пълен консенсус фактически не вие вземате решение. Важното решение изисква дискусии, т.е. несъгласие. Нуждаете се от несъгласие, но трябва да го направите продуктивно (П. Дракър)

□
Общество, което подценява здравеопазването, надценява своите сили (В. Борисов)

□
Пациентите заслужават своите лекари и лекарите заслужават своите пациенти. Затова винаги ще има *пациенти без лекари* и *лекари без пациенти* (В.Борисов)

□

Медицината е социална наука и политиката не е друго, освен медицина от висок ранг (Р. Вирхов)

□

Ще дойде ден, когато лекарите ще бъдат ръководители на народите
(У. Гладстон)

□

Няма прости решения, няма един единствен най-добър начин да се ръководят хората (Л. Мълинз)

□

Едно от изискванията към ръководителя е безжалостност... към неизпълнителните и мързеливите. Иначе той става несправедлив - работата се стоварва върху истински работливите

(С. Паркинсън)

□

Комисиологията (науката за заседанията) е стар изпитан метод за игра с времето на хората (С. Паркинсън)

□

Здравният мениджмънт е средство против догадките, несигурността и безпомощното администриране в здравеопазването

(В. Борисов)

□

Има няколко "мита" за здравно-осигурителната система: - ще се повишат многократно средствата за здравеопазване; - ще започне заплащане според количеството и качеството; - ще се ликвидират подкупите и кражбите; - ще се увеличат видовете безплатни здравни услуги (Б. Давидов, 1977)

□

Важно е да се гледа на пазара и на управляваната конкуренция не като на панацея или доказано решение

Международна асоциация по здравно прогнозиране

□

Промяната е нашия начин на живот (Н. Рамини)

□

При нарастващата пропаст между икономически възможното и размера на търсенето е нужна по-активна политика към редуциране обема на здравното обслужване (Оле Борг)

□

Обществото има известна слабост към шарлатанията и често поощрява лекарите шарлатани (Проф. Ив. Москов)

□

Лидерите не се раждат, нито се създават - те се самосъздават

(П. Дракър)

□ Медикът е формиран да мисли индивидуално. Мениджърът е формиран да мисли глобално (Ц. Воденичаров)

□ Да сложим край на ситуацията, при която здрава икономика съществува само с цената на здравето на хората. Задачата е да създадем здрава икономика за здрави хора (Ерих Фром)

□ Проблемите на здравето са болни обществени проблеми (Асен Златаров)

□ Плаща се на лекаря не за излекуване, просто за лекуване. (В. Вересаев)

□ Не вярвам в колективната мъдрост на невежи индивиди (Томас Карлайл)

□ Секретът на успеха е да бъдеш готов за него, когато се появи на пътя ти (А. Дизраели)

□ Преклонението на обществото към саможертвената готовност на лекаря е понякога помрачавано от незаслужени укори, когато природата "изневери". В света на лекарите и пациентите и едните, и другите имат правото да бъдат разбрани и почувствувани (Хр. Христозов)

□ Вижданията по даден проблем се различават рязко. Например, за счетоводителя заплатите са разход, а за работника са приход (Ч. Бърнард)

□ Въображението е по-важно от знанията (А. Айнщайн)

□ Без въображение знанията са стерилни (П.Дракър)

□ Във всяка една страна задачата за мениджмънт на здравеопазването е пълна с парадокси, двусмислие, разбърканост и натиск на конкуренти (Д. Хънтър)

□ Медицината не е поле за ранни гении (Ф. Намора)

□ Всеки може да държи кормилото, когато морето е спокойно.
(Закон на Мърфи за мениджмънта на промяната)

□ Лошо е онова решение, което не може да се промени (Монтен)

□
Фамилиарността поражда неуважение. Ето защо лидерът не следва да се смесва твърде свободно и често с подчинените (Дж.Хомънс)

□
Колкото и да са кратки думите “да” и “не” те изискват най-сериозният размисъл. (Цицерон)

□
В лекар не се стреля и на бойното поле (Ал. Димитров)

□
Простите инструменти са за предпочитане пред сложните. Сложните анализи и прекомерната информация лесно заблуждават и затрудняват вземането на решения (П. Дракър).

□
Маркетингът е игра, от която се учиш. Вземаш решение. Наблю-даваш резултатите. После вземаш по-добри решения (Ф.Котлър)

□
Вземането на решение без дискусии, а чрез овации означава че някой не си е свършил домашната работа (П. Дракър)

□
Къде е мъдростта, която изгубихме в знание?
Къде е знанието, което изгубихме в информация?
Т. Елиот

□
Знаещ лекар и добър лекар не са синоними (Б. Вотчал)

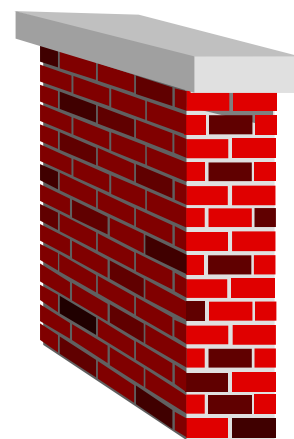
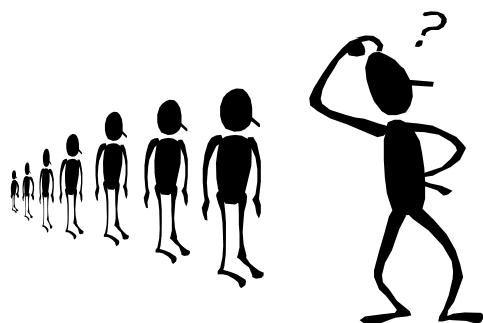
□
Не заслужава ли камшик онзи лекар, който желае да настане чума, за да упражнява своята лекарска професия (Монтен)

□
Всяка среща между лекаря и пациента се ознаменува с две диагнози - едната о лекаря за пациента, другата е от пациента за лекаря (В. Борисов)

□
Хаосът е порядък, който не сме успели да разберем. (Хенри. Милър)

□
Истинският мениджър има повече въпроси, отколкото отговори. Администраторът има само готови отговори (Т. Питърс)

□
Когато ми противоречат събуждат не гнева ми, а вниманието ми. (Монтен)



□
Упражняването на власт е неизбежно. Не е възможно всички да са доволни. Практически е изключено безкрайно да се обсъждат въпросите до постигане на консенсус (П. Дракър)

□
Човек, който властва над другите, губи своята собствена свобода (Фр. Бейкър)

□
Ако трябва да свалите от трона някой деспот, първо разрушете трона му, издигнат вътре в самите вас. (Дж. Джубран)

□
Обществото има известна слабост към шарлатанията и често поощрява лекарите шарлатани. (Проф. Ив. Москов)

□
Когато в една болница има диктат на завеждащ отделенията над директора, тази болница е застрашена от гибел (Дж. Ричардс)

□
Да управляваш значи да предвиждаш (Анри Файол)

□
Порядъкът е нужен на глупците, а геният властва над хаоса. (А. Айнщайн)

□
Мениджмънтът може и трябва да се разграничи от администрацията
(Л. Мълинз)

□
Има солидни доводи в полза на централизацията. Само хората от центъра виждат цялостната картина на нещата

(С. Паркинсън)

□

Една от функциите на мениджъра е уникална: да даде на другите виждане и възможност за дейност. (П. Дракър)



Мъдри мисли за промяната

- Когато се захващате с иновации, трябва да сте подготвени за всички, които ще ви нарекат глупаци. *Лари Елисън*
- Когато човек почувства вятъра на промените, трябва да строи не заслон, а вятърна мелница. *Стивън Кинг*
- Може да се провежда реформа само, докато народът все още е във форма. — *Жарко Петан*
- На дъното на пропастта хубавото му е само това, че не духат ветровете на промяната. — *В. Беднова*
- Днес премествам само облаци, утре ще опитам планини. — *Ашли Брилиант*
- Без предприемчивост, лидерите са просто работници на ръководни позиции. *Бо Бенет*
- Онези, които не са способни да променят мисленето си, не могат да променят нищо. *Бърнард Шоу*
- Ако постоянно си с новедена глава кога ще видиш слънцето? *Максим Горки*
- Някои виждат нещата такива, каквито са и питат «Защо?». Аз мечтая за неща, които никога не са ставали и питам «Защо не!». *Бърнард Шоу*
- Убежденията са затвори. *Ницше*



Мъдри мисли за лидерството

- Иновацията е това, което различава лидера от последователите. *(Стив Джобс)*
- Истинският лидер няма нужда да води – достатъчно му е да посочва пътя. *(Х. Милър)*
- Лидерството е добре обмислено влияние *(Том Питърс)*
- Мениджърът пита как, лидерът пита защо. *(У. Бенис)*
- Лидерът е търговец на надежда. *(Наполеон)*

- Армия от овни, оглавявани от лъв, винаги ще победи войска от лъвовете, оглавявани от овен. (*Наполеон*)
- Мениджърът приема статуквото, лидерът – предизвикателството. (*У. Бенис*)
- Една идея, която не е опасна за никого, не заслужава да се нарича идея. (*Оскар Уайлд*)
- Задачата на лидера е да преведе своите хора от мястото, където са сега към мястото, където никога не са били. (*Хенри Кисинджър*)

*Човекът не ще направи мъдър
житетски избор, ако няма смелостта
да се вслушва в себе си, в
собственото си Аз!*

A. Maslow

Съдържание

Новата азбука на здравния мениджмънт - 5

Част I.

Синтетична социална медицина **(Наука за общественото здраве)**

1. Социалната медицина като наука - възникване и предмет - 8
2. Социални фактори на здравето
3. Стил на живот - интегрален социален фактор на здравето
4. Общественото здраве като система
5. Промоция на здравето - нова парадигма на здравето

Част II.

Здравна политология **(Теория за здравната политика)**

Обща концепция за здравната политика - 14

1. Определение и същност на здравната политика
2. Типове и нива на здравна политика
3. Участници в определянето на здравната политика
4. Реалистичната здравна политика – фактори
5. Междусекторно сътрудничество в здравната политика
6. Системи на здравеопазване в съвременния свят
7. Приоритети на европейската здравна политика
8. Здравните закони като реализация на здравната политика

Част III.

Здравен мениджмънт **(Управление на здравеопазването)**

I. Същност и специфика на здравния мениджмънт - 29

1. Определение на понятието мениджмънт
2. Ентропия и мениджмънт
3. Концепции в развитието на мениджмънта
4. Интегративен характер на здравния мениджмънт
5. Здравният мениджмънт като професионална кариера -
6. Професионален портрет на здравния мениджър (атрибути)
7. Нива на управление и типове мениджъри

8. Понятие за организация
9. От здравна администрация към здравен мениджмънт
10. Оперативен и стратегически здравен мениджмънт

II. Управленският процес - 42

11. Основни функции (елементи) на мениджмънта
12. Определяне на цели
13. Управленско решение
14. Управленски цикъл - информационен модел
15. Системен модел на мениджмънта
16. Ресурси, преобразуване и резултати

III. Мениджмънт на човешките ресурси - 47

17. Същност на човешките ресурси в здравеопазването
18. Хората като елемент на организацията
19. Професионален спектър на човешките ресурси в здравеопазването
20. Формална и неформална структура
21. Стил на лидерство и мениджмънт
22. Роля на мотивацията в мениджмънта
23. Екипен подход в мениджмънта. Управленски екип

IV. Мениджмънт на финансовите ресурси - 55

24. Източници на финансиране на здравеопазването
25. Система на здравно осигуряване

V. Мениджмънт на времето - 60

26. Времето като ресурс на здравеопазването

VI. Маркетинг в здравеопазването

27. Понятие за маркетинг. Маркетингов мениджмънт 62

VII. Мениджмънт на качеството в здравеопазването - 63

28. Подходи за оценка на качеството
29. Критерии за качество на здравните услуги
30. Акредитация на лечебните заведения
31. Стандартите при оценката на качеството на здравните услуги
32. Клиничните пътеки като стандарт за качество

VIII. Стратегически здравен мениджмънт - 69

(Мениджмънт на организационната промяна в здравеопазването)

33. Типове организационна промяна

34. Роля на организационната култура
35. Стратегически здравен мениджмънт – същност и основни понятия
36. Принципи на стратегическия стил на мислене
37. Стратегическо прогнозиране. SWOT-анализ
38. Стратегии и методи на промяната. Организационно развитие
39. Общи грешки на промяната
40. Здравните реформи - трудности и рискове. Минимизиране на риска
41. Стари и нови нерешени проблеми на здравния мениджмънт

Приложения - 77

11. Стратегия-проект за управление и развитие на лечебно заведение (организационно развитие) - 82
12. Анализ на болничната дейност - 85
13. Здравният мениджър на кръстопът - 91
14. Публична оценка и граждански контрол на медицинската дейност (автор Б. Борисова, дм) - 89
15. Пропасти в управленското мислене - 98
16. Здравните министри в България - 100
17. Асоциативен тренинг (мозъчна атака) - 103
18. Критични анализи на здравната реформа. Финансовият хаос в здравеопазването - 99
19. Тринадесет години здравна реформа с нейните две лица - 105
20. Големите идеи в мениджмънта (афоризми за мениджъра и лидера) - 108

* * *

Кратки данни за автора: Веселин Борисов е доктор на медицинските науки, професор по социална медицина и здравен мениджмънт във ФОЗ-София.

Автор е на 43 книги, от които 37 научни и 6 художествени. Въвежда за пръв път в България академичното обучение по дисциплините „Здравен мениджмънт“, „Стратегически здравен мениджмънт“ и „Мениджмънт на времето“. Носител на академичната награда „Панацея“. Почетен лектор е на Университета в Лийдс, Великобритания.



[Приложение:](#)

[Списък на книги от същия автор](#)

↓ (на следващата страница)

[Контакт с автора](#)
за консултации и дискусии:

vesbor.ph@abv.bg

0899098860

Книги от проф. Веселин Борисов

Част 1: Монографии, студии, учебници

44. Алкохолът и учащата се младеж, 1972
45. Заболеваемост с временна нетрудоспособност, 1975
46. Медицина, общество, идеология, 1976
47. Медицина – наука - изкуство, 1979
48. В дар на здравето, 1981
49. Системи на здравеопазване, 1983
50. Здраве и здравеопазване на работниците, 1984
51. Методология на социалната медицина, 1990
52. Въведение в здравния мениджмънт, 1995
53. Здравна политика и мениджмънт, 1994
54. Здравна политика и мениджмънт, 1998, 2 изд.
55. Социална медицина, учебник, 1994
56. Мениджмънт на организационната промяна в здравеопазването, 1997
57. Ново обществено здравеопазване, 1998, два тома (колектив)
58. Промоция на здравето, лекционен курс, 1993
59. Промоция на здравето, 1998
60. Социална медицина – учебник за медицинските колежи. 1999.
61. Доброволното здравно осигуряване – стратегия на избора. 1999
62. Реалности на здравната реформа, 2000 (съавтор Ц.Воденичаров)
63. Синтетична социална медицина, 2000
64. Синтетична социална медицина, 2004, 2 изд.
65. Здравен мениджмънт с основи на здравната политика, 2003
66. Здравен мениджмънт – новата азбука на здравния мениджмънт, 2004
67. Здравен мениджмънт – новата азбука на здравния мениджмънт, 2005, 2 изд.
68. Здравен мениджмънт – новата азбука на здравния мениджмънт, 2008, 3-то изд.
69. Здравен мениджмънт – новата азбука на здравния мениджмънт, 2013, 4-то изд.
70. Стратегически здравен мениджмънт – философия и практика. 2006
71. Здравната реформа на кръстопът – хаос или мениджмънт, 2008
72. Управление на болнични ресурси – нов болничен мениджмънт, 2012
73. Въведение в специалността „Обществено здраве и здравен мениджмънт“, 2012
74. Тринадесет години здравна еформа с нейните две лица (критичен поглед), 2013
75. Мигове по пътя – щрихи от летописа на ФОЗ, 2014
76. Заболеваемост с временна нетрудоспособност в Пернишките рудници, 1971 (автореферат кмн)
77. Съвременни методологични проблеми на социално-медицинската наука, 1987 (автореферат дмн)
78. Феноменът обществено здраве в променящия се свят – пътят към една нова наука (в съавторство с Ц. Воденичаров)

Част 2. Художествени книги (поезия, есета, публицистика)

79. Кръговрати – стари и нови стихове, 1997
80. Джазът, есета, 2003
81. Между залеза и изгрева – свидетел на епохата. 1999, II изд. 2008.
82. Отвъд очевидното, 2002
83. Безкраят, стихове, 2008
84. Съмнението, есета. 2008, II изд. 2016
85. Шедьовърът на Бога – Белоградчишки видения, 2014
86. Откровения срещу съмнения (афоризми). 2016

Част 3. По-важни други публикации:

1. Здравният мениджмънт като професионално-творчески стил. – Асклепий, т.13, 1999/2000, 20-25.
2. Здравната глобалистика – зората на една нова наука. – Медицински меридиани, 2010, 2, 52-60.
3. Приоритети и псевдоприоритети – стратегически проблем на здравния мениджмънт. – (2009) zdraveonline.com
4. Новата епоха на медицината – здравен антропомениджмънт. – Медицински меридиани, 2011,3, 39- 49.
5. Лекарят между стандартите и призиванието. – Медицински меридиани, 2102,3 3-11.
6. Управленският професионализъм в здравеопазването – реалност или мит. - Медицински меридиани, 2013, 4, 3-9.
7. Здравната реформа – социално-етичен и управленски абсурд. – Зравна политика и мениджмънт, 2014, специален брой.
8. Между Бисмарк, Семашко и Бевъридж – нов прочит на статуквото в здравеопазването. – Медицински меридиани, 2014, 2, 52-60.
9. Нужна и възможна ли е национална академична школа по обществено здраве? – Здравна политика и мениджмънт, 2014, 2, 78-80.
10. Нов концептуален модел на науката за обществено здраве. – Медицински меридиани, 2016, 2, 3-16.
11. Ще има ли ренесанс на Хипократ в съвременната медицина (за един нов прочит на хипократовите послания). – Асклепий, 2016, т.1-2, 5-11.
12. Борисов, В. Мостовите между клиничната медицина и общественото здраве. – Медицински меридиани, 2017,1, 3-11.

.....

