



**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – ПЛЕВЕН  
ФАКУЛТЕТ „ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ”**

**ЦЕНТЪР ЗА ДИСТАНЦИОННО ОБУЧЕНИЕ**



**КАТЕДРА „ОБЩЕСТВЕНОЗДРАВНИ НАУКИ”**

**ЛЕКЦИЯ №3**

**ЗА ДИСТАНЦИОННА САМОПОДГОТОВКА ПО УЧЕБНА ДИСЦИПЛИНА**

**„ОСНОВИ НА ЗДРАВНИЯ МЕНИДЖМЪНТ”**

**ЗА СТУДЕНТИ ОТ СПЕЦИАЛНОСТ „МЕДИЦИНСКА РЕХАБИЛИТАЦИЯ И ЕРГОТЕРАПИЯ”**

**ОБРАЗОВАТЕЛНО – КВАЛИФИКАЦИОННА СТЕПЕН**

**„МАГИСТЪР“**

**ЗАДОЧНО ОБУЧЕНИЕ**

**ТЕМА : Здравен мениджмънт – теория и основни концепции. Здравна политика**

**РАЗРАБОТИЛ: доц. д-р Пенка Стефанова, дм**

**Гр. Плевен**

**2020 год.**

**МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – ПЛЕВЕН**  
**ФАКУЛТЕТ „ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ“**  
**ЦЕНТЪР ЗА ДИСТАНЦИОННО ОБУЧЕНИЕ**

**Лекция № 3**

**Здравен мениджмънт – теория и основни  
концепции.**

**Здравна политика и стратегии**

*Доц. Д-р Пенка Стефанова, дм*

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.**

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).

# 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 обществено здравеопазване” (Preventive Medicine and Public Health).

**Социалната медицина** изучава здравето на популационно, на *надиндивидуално*, на обществено 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.



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



# Здравна политология

## 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 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 възможна 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*.

**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 представлява система от дългосрочни законодателни и правителствени решения за опазване здравето на нацията чрез подобряване на здравеопазването.**

## Структурата на здравната политика включва две основни части:

- **Дескриптивна част** (описателна, аналитична, обосноваваща), която съдържа анализ на здравните детерминанти, здравните потребности и определяне на целите и приоритетите на здравната система.
- **Прескриптивна част** (директивна, приложна, интервенираща), която съдържа организационни модели за медицинска помощ, промоция на здравето и осигуряване на подкрепата за тези модели.

Здравната политика е тясно свързана с понятията **«здравна стратегия»** и **«здравен мениджмънт»**.

**Здравната стратегия** включва определяне на етапните и крайните цели, ресурсите и темповете за тяхното постигане, т.е дава отговор на въпросите: какво искаме да постигнем, с какви ресурси, къде да се насочат и как да се разпределят ресурсите във времето.

Израз на държавната здравна политика е **Националната здравна стратегия** и **План за действие** – документи, които всяко правителство приема в началото на своя мандат и реализира в различна степен.

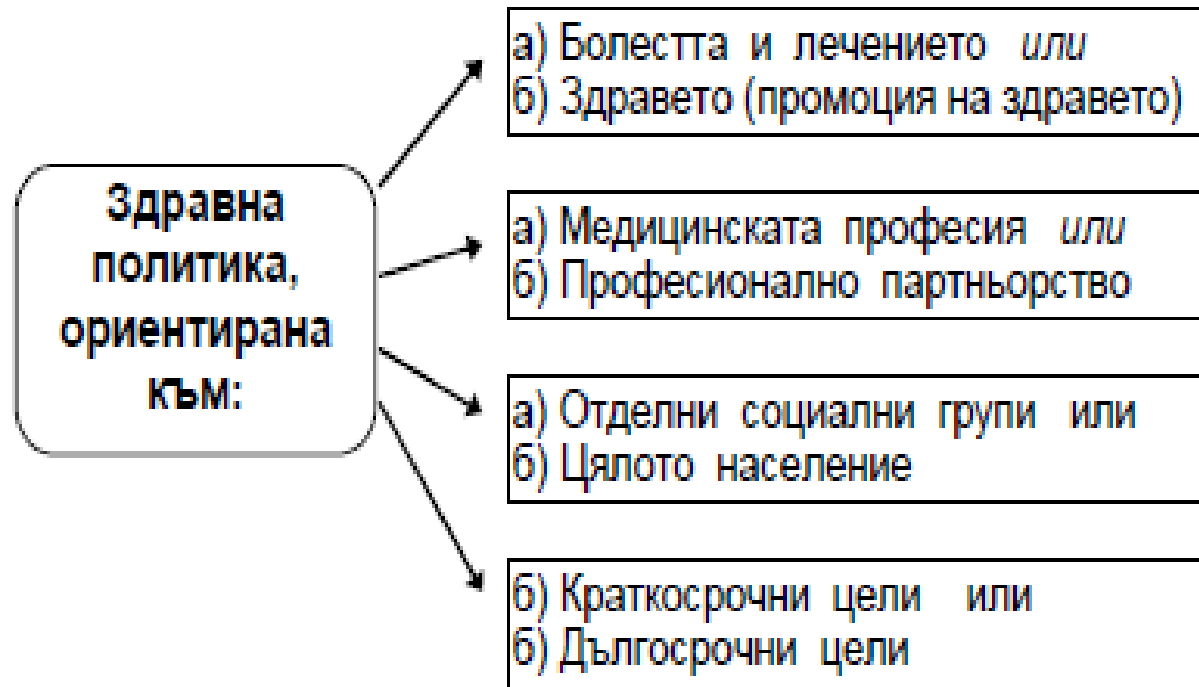
**Здравният мениджмънт** представлява конкретна реализация на здравната политика чрез специфични управленски технологии. Докато здравната политика е ориентирана към главните решения, здравният мениджмънт е насочен към ежедневната дейност на здравната служба.

## 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.



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.

## 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:

- 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.

## 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.





## 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 ангажменти 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 масмедииите;
6. Напрежение между традиционните централизирани и децентрализирани подходи;
7. Тесен обсег на власт на Министерството на здравеопазването.

## Системи на здравеопазване в съвременния свят

Здравните системи (здравеопазване) включват всички организации, институции и ресурси, които са посветени на извършването на здравни дейности.

Здравна дейност е «всяко усилие, независимо дали в областта на здравната помощ на индивида, или в областта на общественото здраве, или чрез инициативи на междусекторно сътрудничество, чиято основна цел е подобряване на здравето».

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.

- **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.

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.).

- **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. 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 застрахователни фондове** или чрез директно заплащане от самите потребители на медицинска помощ.

- Система на ограничена държавност и изявен плурализъм ( *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.

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.

## ЗДРАВНАТА РЕФОРМА В БЪЛГАРИЯ

В началото на 90-те години на 20-и век здравната система в България е от класически тип държавен монополизъм, изградена на следните основни принципи: монополно държавно финансиране и управление, универсален безплатен пакет медицински услуги за обществото, централно планиране, забрана за частна медицинска практика и териториален принцип на достъп до медицинска помощ без право на избор.

Поради отчетени негативи на системата като: неефективно разпределение на финансовите ресурси, липса на стимули за медицинските специалисти и др., които се отразяват негативно и на общественото здраве (като влошени редица здравни показатели: повишена обща смъртност, намалена СППЖ, висока заболяемост, болестност и смъртност от социалнозначими заболявания) и несъответствие на националното здравеопазване с общите тенденции и принципи на развитие на здравните системи в страните от ЕС, е взето решение за радикална реформа на здравеопазването в нашата страна, която стартира през 1998 г. С радикални промени в здравното законодателство (приемане на законите за Здравното осигуряване и за Лечебните заведения, а по-късно и Закона за здравето) се променя модела на здравеопазване в нашата страна, като се въвежда **Здравноосигурителния модел** (на ограничения етатизъм). Съгласно Закона за здравното осигуряване в България има две форми на здравно осигуряване – задължително и доброволно. Институцията отговорна за провеждане на задължителното здравно осигуряване е НЗОК, която има 28 поделения в областните градове – РЗОК. Органи на управление на НЗОК са Управител(избира се от Народното събрание с мандат от 5 години) и Надзорен съвет – който е колективен орган и се състои от 9 члена – 4-ма представители на държавата; 2-ма на работниците и служителите; 2-ма на работодателските организации и 1 представител на пациентските организации. Всички български граждани, както и постоянно пребиваващите на територията на страната са задължително здравноосигурени. Здравната вноска се определя ежегодно с приемане Закона за бюджета на НЗОК, като в последните години е 8% от облагаемия доход. Институцията отговорна за събираемостта на вноските е Националната Агенция по приходите (НАП). Независимо от личния принос при събираемостта на средствата за здравно осигуряване, всички осигурени лица получават еднакъв пакет здравни дейности, определени в ЗЗО и изрична Наредба на Министъра на здравеопазването.

Доброволното здравно осигуряване се осъществява от лицензирани застрахователни дружества.

## Приоритети на европейската здравна политика

Здравните политици 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.**
- 2. Промоция на здравето и по-конкретизирана профилактика на болестите.**

**3. Повишаване ефективността на здравеопазната система.** (задържане темпа на нарастване разходите за здравеопазване).

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.**

**4. Пазарна ориентация.**

**5. Осигуряване качеството на здравното обслужване.**

**6. Децентрализация и регионализация на здравната система.**

**7. Здравен мениджмънт и повишаване на управленската култура в системата на здравеопазване.**

**8. Интегрален подход в управлението и функционирането на здравеопазването.**



# Здравните закони като реализация на здравната политика

## Основни законови нормативни актове регламентиращи дейности в сферата на здравеопазването:

1. **Закон за здравето (приет 2004г., в сила от 01.01.2005 г.)** – устройствен закон, урежда широк кръг обществени отношения, свързани с опазване на здравето. На базата на основните принципи и положения застъпени в него, се разработват специфични законови и подзаконови нормативни актове за регулиране на конкретните дейности в областта на опазването на здравето, като:
2. **Закон за лечебните заведения (1999 год.)**
3. **Закон за здравното осигуряване (1998 год.)**
4. **Закон за лекарствата и аптеките в хуманната медицина**
5. **Закон за наркотичните вещества и прекурсорите**

За да влязат в сила всички законови и подзаконови нормативни актове трябва да бъдат публикувани в Държавен вестник.