



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

ЦЕНТЪР ЗА ДИСТАНЦИОННО ОБУЧЕНИЕ

КАТЕДРА „ОБЩЕСТВЕНОЗДРАВНИ НАУКИ”

ЛЕКЦИЯ № 5

**ЗА ДИСТАНЦИОННА САМОПОДГОТОВКА ПО УЧЕБНА ДИСЦИПЛИНА
„ОСНОВИ НА УПРАВЛЕНИЕТО В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО”**

**ЗА СТУДЕНТИ ОТ СПЕЦИАЛНОСТ
„ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ И ЗДРАВЕН МЕНИДЖМЪНТ”**

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

РАЗРАБОТИЛ: доц. Жасмин Караджа, дм

Гр. Плевен

2017 г.

Лекция 5

Здравен мениджмънт – теория и основни концепции. Здравна политика и стратегии (лекция 2 часа)

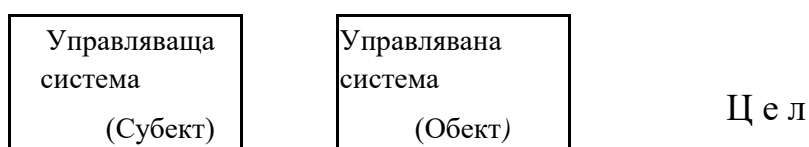
Изучават се спецификите на мениджмънта в здравеопазването. Дефинират се основни понятия като здравеопазване, здравна политика и стратегия. Разглеждат се основните модели на здравна политика – либерален и социален. Обсъждат се принципите на здравната политика – справедливост, информираност, етичност, промоция на здравето, междусекторно сътрудничество.

Специфичното приложение на общите познания от теорията на управлението обуславя обособяването на **здравния мениджмънт**. Той е приложна наука, в която се създават знания за подобряване дейността и ефективността на здравните системи. Учените го определят като гранична наука. От една страна здравният мениджмънт търси и открива проблемите по управлението на процесите в здравните организации, от друга – привлича общите системни и управленски принципи към решаването на тези проблеми. Като познание това е сфера на интердисциплинарно въздействие на редица обществени науки (теория на мениджмънта, информатика, психология, социология, икономика, право) с медицината.

Споделяме вижданията на водещи български учени в областта на здравния мениджмънт, които го определят като интегративен феномен на границата на науката, изкуството и практиката. В него се включват, особено при приложението му, както знания, така и умения. Здравният мениджмънт като изкуство означава умение за общуване. А хората, които упражняват тази професия, несъмнено трябва да съчетават висок професионализъм и дарбата да общуват с хора, да ги управляват.

Най-синтетичното определение, което се издига над замъгляващите подробности, е следното: „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.



Субект означава активно действащ и познаващ човек. Това е мислещият и можещият човек, от когото тръгват и зависят нещата. Субектът е двигател на промяната. Въпросът за субекта и обекта не е чисто теоретичен. Той се проявява в ежедневната практика. Особено важно е дали един мениджър или неговият екип наистина е СУБЕКТ на управленско въздействие, а не пасивен ОБЕКТ или пък трансмисия, предавател на друго въздействие (в такъв случай мениджърът по-скоро приема ролята на стандартен администратор).

Например, ако един директор на болница само възприема и предава нареждания от Министерство на здравеопазването или НЗОК, той е по-скоро в ролята на администратор, а не на реален мениджър. Аналогична ситуация има, ако директорът на болница е непрекъснато под диктата на началник отделенията, главният счетоводител или другия персонал и не може да прояви достатъчно лична активност, сила и автономност.

Ако системата на здравеопазване се представи като управлявана система - обект на управление, то в този аспект здравеопазната реформа е едно целенасочена въздействие в следния схематичен вид:



Управляващата система трябва да притежава достатъчно сила, за да може да промени състоянието на управляваната система от А в Б, т.е. да се премине от монополистично към плуралистично здравеопазване.

Редица автори разглеждат същността на мениджмънта от гледна точка на понятието **ентропия**, което е мярка за безпорядък, хаос, дезорганизация, неопределеност. В тази насока интересен е следният факт. Авторитетният американски специалист Tom Peters известно време е търсил подходящо заглавие за своя фундаментална монография по мениджмънт. Накрая 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”. Според David Hunter хаосът и неопределеността ще си останат ключов признак на мениджърския живот в здравеопазването. Следователно, мениджмънтът е дейност за преминаване на системата от

състояние на ентропия, неопределеност, хаос, в състояние на регулираност, определеност.

В своето ежедневие мениджърът е изправен пред хаоса, пред неопределеността и несигурността, чиято степен той, чрез конкретни управленски въздействия, трябва да намали и да превърне в състояние на определеност и сигурност. Динамичното равновесие между тези две състояния - неопределеност и определеност, хаос и регулираност - е конкретната реалност, в която работи мениджърът.

Теорията на мениджмънта разглежда хората като основен ресурс на здравеопазването. Мениджмънтът на човешките ресурси е система от дейности, чрез които се постига ефективно използване на персонала за постигане целите на дадена организация и същевременно се удовлетворяват потребностите и очакванията на работещите хора. Идеалният случай е, когато едно лице успява едновременно да изпълни ролята на *официален ръководител* (мениджър) и на *неофициален водач* (лидер). В реалния живот, обаче, това почти не се случва.

Стилът на мениджъра отразява общият му подход, типичното му поведение и отношение към подчинените в процеса на вземане на решение и упражняването на власт. Той може да бъде автократичен, консултативен, съпричастен, демократичен, саморегулиращ. Въпреки необходимостта от гъвкавост, стилът на мениджъра не е автономна величина и е подчинен на преследваната цел на организацията. Затова плуралистичният подход се приема за ценно качество в стила на съвременния мениджър. Това качество корелира с изискването за ориентацията на мениджъра към различните степени, форми и нюанси на управленския стил.

За да удовлетвори очакванията на обществото, добрият здравен мениджър трябва:

- да може да управлява себе си и другите;
- да може да управлява чрез другите;
- да бъде личност високообразована, с широка култура и въображение.

Развитието на здравния мениджмънт като теория и практика закономерно доведе до обособяването на самостоятелна професия - тази на здравния мениджър. В съвременното здравеопазване се създава възможност определен тип професионалисти да се посветят не “между другото”, а цялостно на сложната, нетрадиционна и нестандартна дейност по управление на здравната организация. Здравният мениджмънт става професионална кариера, когато в ясно регламентиран порядък той реализира стремежа на личността за самоутвърждаване и търсене на лична позиция в живота (виж и главата за управление на кариерата). В развитите европейски страни и в САЩ управленската дейност в здравеопазването е професионална дейност с регламентирано ниво и тип на квалификация в областта на здравния мениджмънт.

Управленският професионализъм предполага балансирано (интегрирано) познаване методите на мениджмънта и спецификата на здравната система. В този смисъл здравният мениджмънт по същество е пресечна точка и обединяващ фактор на теорията на мениджмънта и теорията на здравеопазването (социалната медицина).

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 заемащите 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 мениджмънтът 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.

Класификацията на мениджърите е в зависимост от мястото им в йерархията на дадена организационна структура. Най-общо се различават три нива на управление, респективно три основни типа мениджъри:

1. Висш мениджмънт (мениджмънт на политическо ниво).
2. Координиращ мениджмънт (средно или административно 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) и едновременно - на висшия мениджмънт (в структурата на болницата).

Главните различия между отделните типове (нива) мениджъри се свеждат до: а) обхвата на тяхната власт и отговорности; б) степента на определени, необходими за ръководните им функции умения. Мениджърите от всички нива трябва да имат развити следните типове умения:

1. Концепционни - умения за разработване на концепции по управлението и развитието на дадената организация. Решаваща роля в тези умения имат вижданията на мениджъра (виждане на проблемите, на причините им и на пътищата за решаване).

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, работа с компютър и др.
4. Съставяне на екип - умения за подбор на подходящи хора за помощници и за съвместна дейност по различни задачи.

Типове умения	Висш мениджмънт	Координиращ мениджмънт	Оперативен мениджмънт
Концепционни	70-80 %	25-30 %	5-10 %
Технически	5-10 %	10-30 %	45-60 %
Комуникационни	20-25 %	30-40 %	40-50 %
Съставяне на екип	10-20 %	20-30 %	30-40 %

Управленската дейност в здравеопазването е съпроводена със специфични трудности:

- здравеопазването е сложна динамична система от смесен тип;
- невъзможност за точна предсказуемост на резултатите от конкретната здравеопазна дейност;
- трудности при количествената оценка на ефекта от дадени управленски решения в здравеопазването;
- неадекватни очаквания, претенции и оценки за здравеопазната дейност от страна на обществото.

Ще отделим специално внимание на особеностите на болничния мениджмънт, тъй като болничното здравеопазване консумира около и над 50% от общия бюджет на здравеопазването, в него работят най-голям брой медицински специалисти, през болниците преминава огромен пациентски поток. Като обект на управление, болницата е система със сложна,

специфична структура и функции. Доброто познаване на системата “болница”, на механизмите на нейното функциониране, са предпоставка за организиране на ефективен болничен мениджмънт. За управлението на болничната дейност са характерни трудностите, които са специфични за здравеопазването. Тези трудности подчертават зависимостта на проблемите и дейностите на болничния мениджър от много външни фактори. Анализът им и съответното обратно въздействие върху тях са приоритетни принципи и изисквания за болничното управление.

Болницата е най-сложната институция в съвременната здравеопазна система. За нейното функциониране са необходими огромни ресурси. Болничното обслужване е най-скъпото в сравнение с другите видове обслужване. Съвременната болница изпълнява широк комплекс от функции:

- диагностика, лечение и рехабилитация;
- промоция на здравето, профилактика и здравно възпитание на пациентите;
- социална и психологическа подкрепа на хоспитализираните пациенти;
- обучение и квалификация на специалисти и на собствения персонал;
- изследователска дейност;
- технически, стопански, транспортни и други дейности.

Болницата заема много важно място в обществото. На първо място, мисията ѝ е да лекува пациентите, обърнали се за медицинска помощ. Болницата съдейства за непрекъснато подобряване качеството на грижите, също така осигурява възможност и условия за научни изследвания и преподаване, участва активно в технологичното обновяване и повишаване квалификацията на медицинските специалисти на всички нива. Болницата спомага за динамизиране на икономическия живот. Тя е място, където се

създава заетост за медицински и немедицински специалисти (лекари, медицински сестри, лаборанти, биолози, химици, икономисти, санитарни и много други). Болницата консумира медикаменти, медицинска апаратура и консумативи, с което стимулира развитието на съответните производства. В страните от Европейския съюз (15-те първи членки) разходите за болнично здравеопазване възлизат на около 45% от общите разходи за здравеопазване.

Оценката на болничната дейност се извършва текущо (чрез серия от натурални статистически и икономически показатели, експертни оценки) и периодично (акредитация – през 3-5 години). Акредитационната оценка става по определени критерии и показатели чрез сравняване на данните от отделната болница с възприети национални стандарти. *Акредитацията* е основно средство за определяне на рисковите места в болницата и за постигане на по-ефективно управление на болничните ресурси. Чрез нея се цели да се направи оценка на мисията, работния капацитет и излявата на здравното заведение и да се утвърди нов модел на това вече реструктурирано заведение, който ще му позволи да съществува в новите социално-пазарни условия. В процеса на акредитация здравното заведение се освобождава от ненужни мощности и персонал. Самата акредитация е сериозен изпит за ръководния състав на здравното заведение, като паралелно с медицинския анализ се прави и сериозен икономически анализ на дейността на здравното заведение.

Акредитацията е процес, насочен към осигуряване качеството на здравните услуги, оценка на базовите възможности за обучение на студенти и специализанти, за постигане на по-добри резултати и информиране на медицинските професионалисти и гражданите. Критериите, показателите и методиката за акредитация се определят с наредба от Министъра на здравеопазването. Критериите и показателите съдържат условията, на които

трябва да отговарят структурата и организацията на дейността и лечебното заведение, необходимото оборудване, квалификацията на персонала, като и стандартите за качество на медицинските услуги. Методиката за акредитация съдържа правилата за дейността на органа, който я извършва, оценъчна скала и стандартен протокол за решение. Критериите и показателите за акредитация се актуализират на всеки пет години.

Друг подходящ инструмент за оценка и самооценка на капацитета на здравни заведения, който дава насоки за намиране на вътрешни и външни резерви за оптимизиране на дейността е **Матрицата на Маккинзи**. Методът е разработен в края на 90-те години за целите на оценка на организации от сферата на третичния сектор (здравеопазване, образование, култура, спорт, туризъм).

Матрицата на Маккинзи съдържа въпроси за мисията, целите, организационните умения, човешките ресурси, системите и инфраструктурата, организационната структура и културата на институцията. По всеки показател са възможни четири отговора (4-бална система на оценка): 1 – явна нужда от увеличаване на капацитета; 2 – основно ниво на капацитета; 3 – средно ниво на капацитета; 4 – високо ниво на капацитета.

Матрицата на Маккинзи може да се използва за самооценка не само на дадена болница, но и на отделни нейни структурни звена. Тя може да бъде използвана и от експерти за оценка на същите институции. Случаите на съвпадане на самооценката и оценката на експертите би следвало да се отчитат като най-успешни. (За повече подробности вж статията „Мястото на самооценката и оценката на капацитет в икономическото управление на болниците“ – приложена към материалите по дисциплината)

През последните години сме свидетели на процес на децентрализация в здравеопазването, респ. в болниците. Чрез този процес, който е израз на демократизъм и отказ от командно-административната система, се създават условия за предоставяне на правата на юридически лица на всяко здравно заведение. Здравните заведения са регистрирани като търговски дружества. По въпроса дали здравните заведения трябва да бъдат търговски дружества продължава да се води дискусия, в която привърженици и противници изказват своите съображения. Повсеместно се прилага системата на договорни отношения:

- договори с финансиращия орган (министерство, община, здравноосигурителен фонд);
- договори с персонала (трудови, граждански);
- договори с производители на стоки, услуги, търговци и други доставчици.

Промени се начинът на финансиране на здравното заведение от бюджетно към финансиране от фонд. При първото уважаващият себе си ръководител се стреми да изразходва всички средства по посочения параграф, даже ако това не е необходимо, защото обемът на изразходваните средства е база за бюджета за следващата година. При фондовото финансиране стремежът е към максимална ефективност и към разумни икономии. Това коренно променя начина на мислене и действие на здравния ръководител. Налага се търсене на допълнителни източници на средства за здравното заведение, което е свързано с проучване на пазара (търсенето и предлагането) на медицинска помощ.

Осъществяването на реформата в болниците изисква не задължително нови, но наложително добре подготвени специалисти. Процесът по

провеждането на атестация на служителите е много труден за всеки ръководител. Той трябва да реши следните задачи:

- процедурата да започне от самия него;
- да поеме моралната отговорност пред персонала, че процедурата по атестирането ще бъде справедлива;
- да внесе спокойствие и увереност в персонала, че високата квалификация и добрата работа на всеки един сътрудник ще бъдат оценени по достойнство;
- да убеди персонала, че тази оценка ще бъде обвързана със съответстващо трудово възнаграждение.

Опитът показва, че атестирането трябва да се извършва периодично на 3-5 години. Всяко атестиране трябва да бъде обявено предварително с точно определен въпросник и критерии за оценка.

За постигане на ефективно управление е необходим задълбочен *икономически анализ* на дейността на здравното заведение. Здравният ръководител и неговият екип следва да извършва както етапно, така и в края на всеки договор за финансиране, оценка, която да включва данни за обема дейност и постигнатите медицински резултати, а също и анализ на икономическите показатели (стойност на леглоден, храноден, лекарстводен, стойност на един преминал болен, по отделните нозологични единици и т.н.). Тези данни, след съпоставянето им с данни за други аналогични заведения или със средните за страната, позволяват на ръководния екип да вземе много добре аргументирани решения. В това отношение от голяма полза е осигуреността на здравните заведения с компютърна техника и програмни продукти за получаване на своевременно и точна информация. Създаването и

правилното функциониране на информационни системи е основна предпоставка и условие за ефективно управление на здравните заведения.

За нуждите на икономическия анализ на дейността на болницата следва да има известна яснота по въпроса за цените и ценообразуването в стационарните заведения. Ето някои дискуссионни методологични проблеми:

- Медицинските дейности, винаги имат определена стойност, доколкото за тяхното “производство” са вложени определени ресурси и направени определени разходи. Оттук нататък се поставят редица въпроси:
 - доколко и кои от направените разходи за дейност определят себестойността им;
 - доколко себестойността съвпада с цената на дейностите. Следващ въпрос е как се определя тази цена – пазарни принципи или административно.
- Проблемът за единиците за измерване на медицински дейности. “Класическите” единици, използвани в рутинната здравна статистика са: “преминал болен”, “леглоден”, “преглед” и др. От тях се образуват и икономическите показатели: “стойност на един преминал болен”, “стойност на един леглоден”, “стойност на един преглед” и др.
- В икономически план стои въпроса за състава на елементите на стойността, т.е. кои видове разходи ще се включват в тази стойност.
- Поставя се и изключително важният въпрос за какви цели и как ще се използват тези стойности. Единият подход е ориентиран към използването на тези стойности за целите на статистическата отчетност и икономически анализи. Другият подход е използването на стойностите в процесите на планирането, управлението и финансирането на здравните заведения и на здравната система като цяло.

В България екипи от учени работят в областта на управлението и икономиката на болниците. Разработват се методи за определяне на разходите за лечение на болни в стационара, ползва се опитът на развитите страни, адаптиран към нашите условия. Постиженията от такива проучвания имат своето отражение при планиране и прогнозиране на финансовите резултати. Изборът на адекватни показатели за измерване и характеризиране на медико-икономическите явления е един от въпросите, стоящи при оценка на ефективността на системата. От не по-малко значение е и въпросът за критериите, на които трябва да отговарят тези показатели. Тук е мястото да посочим, че методите за определяне стойността на болничния продукт трябва да са съобразени със спецификата на отделната дейност и същевременно да създават условия за сравнимост по звена, здравни заведения, региони, различни държави. Проучванията и анализите трябва да предоставят възможност за комплексна оценка както от медико-демографска гледна точка, така и от социално-икономическа. Научен колектив от бившия Национални център по здравна информация (понастоящем НЦОЗА) при Министерство на здравеопазването е разработил метод “Среден разход на изписан болен от общинските болници”, който се базира на първична статистическа и икономическа информация, събирана в общинските болници. Авторите стигат до изводите:

- методът може да послужи като критерий при оценка на медико-икономическите дейности в общинските болници от страната;
- най-скъпо е лечението на болестите на костно-мускулната система и съединителната тъкан. Болестите на ендокринните жлези, на обмяната и разстройства на имунитета са на трето място.

Необходимо условие за успешната реализация на болничната дейност е планирането ѝ на различни нива. При планирането на количеството

медицински услуги преди всичко трябва да се отчитат необходимите и наличните финансови средства, баланса между тях. Възможните подходи са:

1. определена сума за финансиране на болничните дейности (прилага се при ограничени финансови възможности и липсваща система на реални цени на болнични дейности);
2. определяне на потребностите на населението от болнични услуги, при изградена система на цени на тези услуги и на тази база планиране на необходимите финансови средства за здравно обслужване (прилага се при осигурен значителен финансов ресурс и реални цени на здравните услуги).

В България прилагането на втория подход ще бъде възможно когато се натрупа достатъчно достоверна информация за реалните разходи и за реалните потребности от болнични услуги. Превръщането на болниците в търговски дружества ще ускори процеса на информационното им осигуряване, тъй като никой уважаващ себе си мениджър не би могъл да управлява сложна система, каквато е една болница без да разполага с информация за състоянието и развитието ѝ.

Планирането на болницата се подготвя и реализира от управленския екип по определена схема. Първоначално се определя мисията ѝ. Анализира се външната и вътрешната среда, посочват се слабостите и силните страни, както и възможностите за развитие, и заплахите, които трябва да посрещне и преодолее. След това се набелязват целите за изпълнение и стратегията как да се постигнат тези цели. За решаване на конкретните задачи със зададени срокове се изработват планове и мениджърският екип контролира изпълнението им на съответните равнища.

Изкуството на болничния мениджър се състои в способността да съчетава двата основни аспекта в дейността на болницата: медицинския и

икономическия. Намирането на баланс между тях е предизвикателство за учени, ръководители на болници и здравеопазването и политици.

Приложение на теорията на системите и информатиката в управлението на болницата.

Управлението на болницата не е самоцел за нейните ръководители. Крайната цел е запазване и подобряване здравето на обслужваното население. Общата теория на управлението и общата теория на системите намират широко приложение в болничния мениджмънт.

Основно понятие в теорията на управлението е понятието **система**. Основоположникът на общата теория на системите Л. Берталанфи (биолог по образование) дава следното определение за система: “всяко множество от елементи с произволна материална природа, които се намират в определени взаимоотношения” през 1960 г. Впоследствие много учени са допълвали и прецизирали това определение. В световен мащаб не можем да не споменем Н. Винер, баща на кибернетиката; Леви-Щраус (с приноса му в областта на теория на системите в антропологията), Дж. Милсум (теория на автоматичното регулиране), С. Шанон (теория на информацията), Х. Симон (нобелов лауреат по икономика за 1978 г. – през 1956 г. съвместно с А. Нюел създава първата информационна система с изкуствен интелект).

В България теорията на системите също бележи развитие и намира приложение в повечето сфери на знанието и практиката. В областта на медицинските информационни системи са дали своя принос Б. Байкушев, Н. Вrabчев, Г. Ранчов, М. Вуков, Ж. Винарова, А. Вълчев, Н. Малеев, М. Петров, П. Цонов, Д. Чаръкчиев и др.

Приемаме следното определение за система: “Това е целенасочено функционираща съвкупност от елементите и връзките (отношенията) между тях, както и връзките им с околната среда.” като най-синтезирано и пълно.

Системообразуващите компоненти са: елементи, връзки, околна среда, организираност, целенасоченост.

За съществуването на дадена система са необходими следните условия:

- обща цел и измерители на дейността;
- наличие на този, когото системата обслужва и установява измерителите на нейната дейност;
- наличие на този, който обслужва и оптимизира системата;
- наличие на среда, която взаимодейства със системата.

Системата като процес може да се дефинира чрез:

- *системни обекти* (вход, процес, изход, обратна връзка, външна среда);
- *свойства* (цялостност, структурност, йерархичност, активност);
- *връзки* (низходящи, възходящи, хоризонтални, обратна връзка).

Системите се класифицират на: статични и динамични; прости, сложни и много сложни; затворени и отворени.

Системата на **здравеопазването** е *динамична, сложна, вероятностна, отворена система*. Тя има голям брой елементи и разклонена структура. Поведението ѝ се характеризира с неопределеност. Резултатите от функционирането ѝ не могат точно да бъдат указани, а се предвиждат в най-общ вид. Въпреки това поведението ѝ подлежи на контрол и промяна. Прилагането на системен подход при управление на здравеопазването позволява да се вникне по-дълбоко в същността на явленията и процесите, по-точно да се разкрият взаимоотношенията и взаимовръзките на съставните елементи и на системата с околната среда. Основен елемент на технологията на системния подход е *системният анализ*. Той включва:

- определяне на проблема;
- получаване на информация;

- систематизиране на съществуващите операции, определяне на средствата за изпълнение на целите;
- оптимизиране при минимално време и разходи.

Системният подход и анализ предполагат конкретният случай да се разглежда в неговата среда.

Някои изследователи в областта на управлението разглеждат системата като съвкупност от ресурси, които постъпват на входа, циркулират и се преобразуват в нея, и я напускат през изхода. От тази позиция ресурсите се възприемат като носители на взаимодействието на системата с околната среда. Ресурсите в здравната система могат да се обособят в шест основни потока: материални, човешки, финансови, информационни, времеви и управленски решения. Първите три потока се отнасят към физическата част на системата. Тя се наблюдава и контролира от субекта на управление. С него е свързан потокът на управленските решения. Всички данни от входовете, процесите на преобразуване и изходите на системата се предават на информационната система (четвърти поток). Именно тя е отговорна за целенасочено получаване, съхраняване, обработване и предаване на информацията на специалисти, експерти и мениджъри.

От първостепенно значение в процеса на управление е *информацията*. Системата за информация на управлението има за задача да снабди всеки здравен ръководител с цялата информация, която му е необходима за вземане на решение. Благодарение на обмена на информация между системата и окръжаващата я среда, а също и между компонентите на системата, и възможността за осъществяване на взаимодействията между тях, се запазва устойчивостта на цялата система. Управляващата система осигурява поддържането на порядък в преработката и преобразуването на информацията, възприемане на информацията от обекта на управление,

преобразуването на информацията и придаването ѝ на вид, необходим за управлението.

Информацията е основен ресурс в управлението на здравните системи. Субектите на управление получават информация за процесите, протичащи както в самите системи, така и във външния свят. За да се оптимизира мениджмънтът в здравеопазването се оказва целесъобразно да се разработват и развиват информационни системи в тази област. Със създаването на медицински информационни системи се цели: автоматизиране на обработката на информацията, намаляване на възможните грешки, ускоряване и усъвършенстване процесите на вземане на управленски решения, осигуряване на достъп до информация на различни йерархични нива. Опитът показва, че това е сложен, продължителен процес, който обединява усилията на специалисти от много научни области.

В съвременното управление на здравните системи се използва различна по вид информация: *фактическа* (обобщени и систематизирани данни за системите; *аналитична* (резултати от аналитични разработки за системите; *оценъчна* (резултати от оценяване и сравняване с аналогични системи); *прогностична* (тенденции и прогнози за развитието на системите). Информацията е основа и предпоставка за управленския процес във всичките му етапи. В този аспект управлението може да се разглежда и като информационен процес. Без използването на пълноценна информация управленският цикъл е немислим. Информацията е тясно свързана с кибернетиката, като наука за начините на възприемането, запазването, преработката и използването ѝ. Като не третира съдържанието на информацията, нейния сигнал, ценности и значение за потребителя, кибернетиката разкрива формално-логическата, структурната страна на информацията, дава нейната статистическа интерпретация. Тя подчертава

единството на управлението и информацията, установява начините за измерване на информацията, формулира крайната цел на управлението в идеален вариант: обезпечаване оптималното протичане на процеса. Съдържателната страна на информацията е преди всичко предмет на науките, изучаващи конкретните обекти, в които протичат информационните процеси. При всеки информационен процес протича и така наречената обратна информация. Наличието на обратни връзки е закон на всяка самоуправляваща се система, независимо от качествена ѝ природа. Процесите на управление в обществото и здравеопазването се базират на дълбок социален анализ, изясняващ спецификата на отделните системи. Информацията се движи в системата като последователно предавани сведения (съобщения). За да могат те да се използват в управлението, трябва да придобият форма на *сигнали*. Сигналят е физически процес, носещ в себе си информация; той е енергично въздействие, необходимо и достатъчно, за да може самоуправляващата се система да функционира, да не се разрушава, да запазва съществените си особености. Значението на сигнала е в това, че носи управляващото въздействие и принуждава системата да се отзовава адекватно, да се преустройва по съответен начин. Сигналят носи команда в системата и ако командата е възприета, системата отвърща на нея с едни или други реакции. Системата реагира само на онези сигнали, които съответстват на природата ѝ, които са необходими на управлението ѝ в дадено време и при дадени условия.

От съществено значение за работата на информационната система е ***добре организираната обратна връзка***. Повечето специалисти в тази област посочват, че това е основният принцип на управлението. Обратната информация се получава посредством контролирането на системата и сравняването на резултатите от извършените от нея действия и плановите

задания. Обратната информация бива: неофициална (събира се от ръководителя чрез задаване на въпроси, наблюдаване хода на работата) и официална (събира се и се обработва от подчинените за ръководителя по определени процедури, видове и в дадени срокове).

Голямо предизвикателство при използване на информацията за целите на управлението на здравеопазването е да се изгради *единна информационна система*; на ниво болница – *болнична информационна система*. Тя позволява да се съчетават различните източници и типове информация и да се избягва едностранчивото обосноваване на управленските цели, решения и оценки. Системата на информационно осигуряване включва събирането на достоверна първична информация, нейното обработване със съвременни технологии и анализ на получените статистически показатели.

В медицинската практика като информационен носител се използват множество медицински, разпоредителни и административно-стопански документи. Те формират различни документални масиви. Тяхното архивиране е свързано с големи трудности (обем, различни срокове на съхранение и др.). Опитът на напредналите страни показва, че сериозно внимание се отделя на оргатехническите и компютърни средства. Приложението на компютрите в медицинските архиви се използва за създаване на масиви за наличните архивни единици и контрола по тяхното движение, създаване на картотеки, клинични регистри, формализирани реферати за епизодите на обслужване. Още през 1988 г. в САЩ 84% от отделенията и болниците ползват компютърно рефериране на историите на заболяване, а 64% от картотеките на пациентите им са автоматизирани. В съществуващите болнични информационни системи се включват външни връзки с регистратурите и централизирания архив. В България за създаването на болнични информационни системи работят от години учени и

специалисти медици, програмисти, инженери, икономисти и др. То е съпроводено с големи трудности от една страна поради финансови проблеми, от друга – поради ниско ниво на компютърна грамотност на персонала в редица болници, от трета – проблеми на ниво програмиране (множество фирми, предлагащи подобни услуги, използване на единни стандарти, но при отчитане спецификата на отделните болници). През последните години в някои болници се изградиха отделни модули на информационни системи.

По данни на специализирания периодичен печат (Cargemini) се очертават 5 приоритетни сфери на ИТ инвестиции за здравеопазването в световен мащаб:

- усъвършенстване на средствата, свързани с отчетността и осигуряването на информация за вземането на обосновани решения при дейности свързани с управление на разходите, заплащане на база на определени резултати, обучение;
- ускоряване на въвеждането на нови технологии. При нарастващата комплексност на клиничните и административните информационни системи, внедряването на ново решение може да продължи повече от година. Съкращаването на този срок е еквивалентно на намаляване на тоталната цена за притежание на новата система;
- здравните заведения увеличават инвестициите си за клинични информационни системи и изграждане на електронни досиета на пациентите. Електронните рецепти печелят все повече привърженици сред лекарите. Подобни форми на автоматизация са приложими при действащи здравноосигурителни системи;
- нараства достъпността и ползването на Интернет;
- информационните технологии са средство за осигуряване на пълни данни по дадена проблематика, което спомага за ефективно управление

на програми за борба с определени заболявания и с реализацията на продължителни клинични лечения.

В държавите с натрупан опит в областта на болничната информатика (ЕС – 15, САЩ) се заделят между 1,5 и 2 процента от годишния бюджет на болниците. Повечето са с изградени и функциониращи болнични информационни системи. Практиката показва, че инвестициите за информационно осигуряване са високоефективни, спестяват много необосновани разходи и способстват за добър болничен мениджмънт.

В нашата страна ускоряването на тези процеси зависи от създаването на дългосрочна стратегия и оперативни планове за електронно здравеопазване, адекватно финансиране, кадрово обезпечаване на концепцията.

Здравеопазване, здравна политика и стратегия.

Политиката е дейността на държавната власт и управлението, обусловена от определени обществени цели, потребности и интереси на отделни социални групи, класи или партии и се определя като система от дългосрочни стабилни решения, чрез които се мониторира и оценява, доколко многобройните по-специфични предложения, инициативи и действия са приемливи спрямо поставените цели, средства и времеви рамки за тяхното осъществяване.

Здравната политика е част от общата политика на държавата. Тя се обуславя от ясно определени обществени цели, потребности и интереси – здраве и здравно благополучие за населението, и се определя като система на дългосрочни стабилни решения, свързани с опазване и възстановяване здравето на населението, които са приемливи за всички социални групи,

класи или партии и съответстват на поставените цели, средства и времеви рамки за осъществяването им.

Когато говорим за здравна политика трябва да имаме в предвид, че тя включва: 1) приоритети; 2) цели и задачи и 3) средства (ресурси и инструменти за въздействие)

Инструментите, с които борави здравната политика са: информация, установяване на норми (законодателство), стимули и мотиви, учреждения.

Приоритетите могат да бъдат определени като следните типове:

- Значими здравни проблеми, изискващи предимствено решаване, напр. миокарден инфаркт;
- Значими сектори на здравеопазната система, изискващи предимствено развитие;
- Групи от населението, изискващи предимствено гарантиране на здравни грижи.

Главен критерий за определяне на приоритетите са здравните потребности на населението в тяхната динамика. Могат да бъдат използвани следните практически подходи при определяне на приоритетите в здравеопазването:

- Епидемиологичен подход – ориентация съобразно разпространението на различните заболявания
- Рисков подход – ориентация към групи от населението с повишен риск
- Възрастов подход – напр. ориентация към психичното здраве на подрастващите, превенция на миокардния инфаркт у мъжете от 30 до 60 години и др.
- Социална значимост – напр. промоция на здравето и здравно възпитание на населението, сексуално възпитание на учащите се, семейно здравно обслужване и др.

Индикатори за оценка на здравната политика са:

- Възможност: функционираща здравна служба и система за обществено здравеопазване при задоволително качество;
- Достъпност: без изключение, без физически, икономически, информационни бариери и прилагане на принципи, изключващи дискриминацията;
- Приемливост: културално приемлива и прилагане на медицински етични процедури и техники, повишаващи здравето;
- Качество: медицински и научно приемлива и с добро качество.

Основните **принципи**, на които трябва да отговаря съвременната здравна политика, са справедливост, информираност, етичност, промоция на здравето, междусекторно сътрудничество:

- ✓ държавна, обществена и лична отговорност за здравето, осъществена чрез: провеждане на адекватни здравни и социални дейности, осигурени ресурсно (отговорност);
- ✓ формулиране на национална политика, стратегии и планове за развитие, основани на научните доказателства (научно обоснована национална политика);
- ✓ оценка на потребностите на населението (услуги, свързани с потребностите);
- ✓ координация на дейностите с другите сектори на общественоекономическия живот
- ✓ укрепване и развитие на общественото здраве като съществен елемент от икономическото и социално развитие, допринасящо за повишаване качеството на живот на населението (медико-социален подход);
- ✓ активно участие на обществеността и индивидите в здравеопазното дело (обществена ангажираност);

- ✓ развитие на профилактиката – лична, колективна, обществена (профилактична насоченост);
- ✓ прилагане на практически научно обосновани и социално приемливи методи и технологии, универсално достъпни за индивидите и техните семейства (научна иновативност);
- ✓ осигуряване на социално равенство, адекватност, достъпност и приемливост на здравните услуги при високо качество (универсална достъпност);
- ✓ ефективно използване на наличните ресурси на всеки етап от националното развитие (ефективност);
- ✓ развитие на техническото сътрудничество в областта на здравеопазването на базата на националната независимост (сътрудничество – национално и международно);
- ✓ развитие на промоция на здравето, оценка на рисковете и работа с рисковите групи (рискосвободен подход и развитие на промоция на здравето).

Предизвикателства пред здравеопазвателната система и здравната политика в България в XXI век

От къде тръгнахме?

- екстензивно развит тип здравна система;
- ниска ефективност на всички нива;
- остарели медицински технологии;
- липса на мотивация сред работещите в системата;
- недостиг на средства за здравеопазване;
- ниско качество;
- заплащане от страна на пациентите без точен регламент предимно за манипулации изискващи скъпи консумативи и медикаменти.

Основни **цели** на здравната политика:

- повишаване на ефективността;
- регламентиране и разширяване на достъпа до медицинските услуги;
- осигуряване на по-високо качество;
- преодоляване на съществуващия дисбаланс – териториален и качествен;
- въвеждане на съвременни системи за финансиране и на “пазарни” механизми – здравно осигуряване ;
- повишаване на квалификацията на персонала;
- преодоляване на негативните тенденции в здравното състояние на населението.

С какви **трудности** се сблъскахме?

- създаване на нормативната база;
- медико-социални проблеми;
- финансови проблеми;
- организационни проблеми.

Предизвикателства пред законодателството:

- несъгласуваност между отделните закони;
- необходимост от промяна, поради отчитане на нововъзникнали обществени или неуредени такива отношения;
- преоценка на цялата подзаконова нормативна база с цел хармонизирането ѝ със законодателството;
- хармонизиране на всички законови и подзаконови нормативни актове с тези на ЕС;
- здравно –демографски проблеми
 - увеличаваща се смъртност;
 - спадаща раждаемост;

- застаряване на населението;
- вътрешна миграция с тенденция към урбанизация;
- емиграция;
- нарастване на относителния дял на сърдечно-съдовите заболявания;
- увеличаване честотата на онкологичните заболявания;
- нарастване на битовия, транспортния и производствен травматизъм;
- увеличаване заболяемостта от някои социално значими инфекциозни заболявания (СПИН, ТБК и др.)

Действия предприети от правителството:

Национални програми

- Национална програма за борба със ССЗ
- Национална програма за развитие на инвазивната кардиология
- Национална програма за превенция, лечение и рехабилитация на наркоманиите в Р.България
- Национална стратегия и работна програма за профилактичен онкологичен скрининг в Р.България
- Национална програма за психично-здравна реформа
- Програма за профилактика на самоубийствата в Р.България
- Национална програма по тъканна трансплантация
- Национална програма за костно-мозъчна трансплантация
- Национална програма за профилактика, ранна диагностика и лечение на туберкулозата в Р.България
- Национална програма за профилактика на наследствените болести, предразположения и вродени аномалии

- Национална програма за ограничаване на тютюнопушенето
- Национален план за действие околна среда- здраве
- Национална програма за профилактика на СПИН и полово предавани болести
- Национална програма медицински стандарти

Национални стратегии

Национална здравна стратегия - 2001 г.;

Концепция за реформа на болничната помощ – 2002 г.;

Стратегия по безопасност на храните – 2000 г.;

Национална лекарствена стратегия – 2004 г.;

Национална здравна стратегия 2008 – 2013 г.;

Национална здравна стратегия 2014 – 2020 г.;

Национална здравна стратегия 2020;

Здраве 2020. Европейска рамка за политики и стратегия за 21-ви век.

Последващи стъпки

Мониторинг и отчитане ефективността на стратегиите и програмите;

Продължаване на доказалите своята ефективност;

Осигуряване на адекватно финансиране;

Преминаване към разпределение на средствата на базата на “грантове” за участие.

Организационни проблеми

- Недостатъчен административен капацитет;
- Ниско качество и ефективност на дейностите;
- Липса на ефективна система за контрол;
- Липса на единна информационна система;
- Недостиг на задължителни стандарти и правила за добра практика;

- Липса на мотивация;
- Недоверие на населението;

Необходими здравно-политически мерки

- Утвърждаване на принципа за свободен избор на лечебно заведение и лекар от пациента;
- Изграждане на система за предоставяне на информация на пациентите с цел осигуряване на свободния избор;
- Премахване на всички правни, финансови и организационни ограничения, възпрепятстващи свободния избор;
- Заплащане на все по-голям обем медицински дейности от НЗОК;
- Повишаване административния капацитет, както и мениджърските умения в здравеопазването;
- Анализ и преценка на системите за насочване на пациента между различните нива на здравната система;
- Правилно планиране при създаване на районните и национална здравни карти;
- Въвличане на обществеността при вземане на решения.

В Стратегията на СЗО – “Здраве 21” са заложили следните три основни ценности:

- Здравето като фундаментално човешко право;
- Равнопоставеност към здравето и солидарност в действията;
- Участие и отговорност.

Съществуващите процеси на дифузия и конвергенция на здравнополитически ценности и принципи в условията на глобализация водят до ускорен трансфер на здравни модели и технологии за управление на националното здравеопазване. Проведено от Европейската Обсерватория за

здравни системи и политика изследване показва, че от 40 държави-членки на Европейското регионално бюро на СЗО разработили национални здравни стратегии, 25 са включили здравето като фундаментално човешко право; 34 са включили ценности като равнопоставеност и солидарност; а 31 са включили здравнополитическите ценности - участие и отговорност.

Здравно законодателство. (изучава се в отделна дисциплина) Това са закрепени в определена правна форма и наложили се в обществото морални, етични и деонтологични норми, които са общоприети и трябва да се спазват от всички в интерес на обществото. Здравното законодателство е съвкупност от правни норми, регулиращи взаимоотношенията в обществото по въпросите на здравето и организацията на здравеопазната система и един от елементите от инструментариума на здравната политика за управление на здравеопазните процеси.

Основни аспекти на здравното законодателство:

- **Защитен** – формулиране на законови норми, очертаващи правата и задълженията на участниците в здравеопазния процес – държава, пациенти, лекари, здравни заведения и всички останали структури;
- **Превантивен** – отстраняване на конфликтите, които биха настъпили при взаимоотношенията на лица и организации в сферата на здравеопазването;
- **Организационен** – определяне на ясни и точни регламенти, задачи, права и задължения, организация на работа, взаимодействието и отговорността на отделните субекти.

Технология на разработването на здравна стратегия на различни нива. Стратегията е разработен и утвърден документ на дадена институция, който посочва как, чрез какви методи и средства следва да бъде постигната поставената цел и задачи, вземайки предвид наличните ресурси, които винаги

са ограничени. Стратегическото планиране се състои в осъществяване на четирифазния цикъл:

- 1) Разработване на стратегията.
- 2) Организация на планирането ѝ.
- 3) Контрол върху хода на изпълнението ѝ.
- 4) Оценка на постигнатите резултати.

Горепосочените фази на цикъла на прилагане на една стратегия следват в логическа последователност. Когато приключи прилагането на една стратегия, основните резултати, получени от оценката ѝ, служат като изходно начало за започване на цикъла на следваща стратегия.

Първата фаза на цикъла за прилагане на една стратегия е нейното разработване. То включва пет основни етапа или стъпки:

Ситуационен анализ. Анализ на съществуващото състояние, известен още като ситуационен анализ. Анализът на съществуващото състояние е основополагащ елемент при разработването на една стратегия. Най-широко използваният метод за ситуационен анализ в здравеопазването е системният анализ. Той е най-общ и дава най-голяма възможност за охарактеризиране на здравно-демографското състояние на населението, живеещо в своята окръжаваща среда, както и на състоянието на здравната служба, с която опазваме и укрепваме здравето на това население. От гледна точка на системния анализ анализът на съществуващото състояние включва:

1. Анализ на природните и социално-икономическите условия. Този анализ в аспекта на природните условия включва релеф, климат, подземни ресурси, огнищни заболявания (нозоарели), а в аспекта на социално-икономическите условия включва дохода на глава от населението, нивото на безработица, нивото на инфлация, основните видове производства с характеристиката на производствените им вредности и замърсяването на околната среда. Тези

данни следва да се анализират от гледна точка на възможното им полезно или вредно влияние върху здравното състояние на населението.

2. Анализът на демографското и здравно състояние на населението е необходим с оглед на установяване на най-правилното разпределение на силите и средствата на здравната служба. От гледна точка на демографското състояние на населението се правят изводи за развитието на: педиатрична, акушеро-гинекологична, гериатрична и други видове медицинска помощ, а от гледна точка на структурата на заболяемостта - за развитието на отделни видове специализирана медицинска помощ: хирургична, онкологична, нефрологична и т.н.

3. Анализът на състоянието и дейността на здравната служба дава възможност да се прецени необходимостта от развитието на отделни нейни звена след съпоставяне с потребностите на отделни контингенти от населението. Този раздел от анализа дава възможност да се анализира натовареността на отделните екипи, материалната база, наличната медицинска апаратура, наличните транспортни средства, а също и ефективността от тяхното използване.

Извеждане на приоритетните проблеми. Както е известно, винаги потребностите на населението от здравна помощ са по-големи от възможностите за тяхното задоволяване. Ето защо за всяка подобна разработка е правилно да бъдат определени приоритетите, които са предлага да бъдат разрешени с прилагането на дадена стратегия. Често пъти обаче в процеса на разработването на стратегията се оказва, че наличните здравни ресурси не позволяват да бъдат задоволени всички приоритети, произтичащи от ситуационния анализ. Налага се част от приоритетите да отпаднат. Ето защо след определянето им приоритетите следва да бъдат подредени в определен ред (ранжирани). Това позволява при недостиг на ресурси да бъдат

решавани с предимство приоритетите с по-висок рангов номер. Желателно е определените приоритети да не са повече от три, максимум четири.

Определяне на целта и произтичащите от нея задачи. Това е третият етап от разработването на стратегията. Под **цел** на стратегията разбираме необходимостта от довеждането на здравния проблем до дадено равнище за определен срок от време. Оперативната **задача**, произтичаща от целта, включва конкретната оперативна дейност, необходима за довеждане на решението на здравния проблем до дадено равнище за определен срок от време. Така например ако целта на стратегията е да се снижи нивото на детската смъртност от 18 %о живородени деца до 16 %о живородени деца, то оперативните задачи, произтичащи от целта, включват: ежедневен патронаж на болните деца, задължително хоспитализиране на децата с температура, здравна просвета на майките и т.н.

Определяне на стратегията. Това е четвъртият етап от разработването на стратегията. Както е известно, заложената цел и задачи на стратегията могат да бъдат постигнати с различни подходи, методи и средства, произтичащи от конкретното състояние, от съществуващата организация и от наличните ресурси на здравната служба. Една от най-важните задачи на екипа от медици и икономисти е да определят най-рационалния начин за постигане на поставената цел и задачи, т.е. да определят най-рационалната стратегия за постигане на целта. Както вече посочихме, стратегията посочва как, чрез какви методи и средства следва да бъде постигната поставената цел и задачи, вземайки предвид наличните ресурси, които винаги са ограничени. За да се намери най-рационалната стратегия, се разработват и тестват, с оглед на тяхната приложимост в конкретните условия, няколко алтернативни стратегии. Накрая чрез комплексен анализ се стига до избор на най-адекватната и рационална стратегия.

Формулиране на конкретните мероприятия на стратегията. Това е петият заключителен етап от разработването на една стратегия. Той се заключава в определянето на конкретните мероприятия за изпълнението на всяка задача. Всяко от записаните конкретни мероприятия са посочва с конкретен изпълнител и конкретен срок на изпълнение. За да може мероприятията да бъдат изпълнени, се залагат и необходимите материални и финансови ресурси за това изпълнение. На този етап всъщност се изготвя **оперативният план** за осъществяване на стратегията. Той задължително се разработва за една календарна година.

Фокусиране на “зоните на сърцевината”. В редица случаи, когато се разработват отделни стратегии на здравните заведения, те се адаптират към конкретните природни и социално-икономически условия на дадения регион, обслужван от здравното заведение. Във всички случаи, обаче тези локални стратегии запазват в своята същност “сърцевинните” дейности, присъщи на националната стратегия.

Стратегическото планиране е непрекъснат процес, в който основните резултати, получени от оценката на стратегията, след като изпълнението ѝ е приключило, служат като изходно начало за започване на цикъла на следващата стратегия. По принципа на спиралата на развитието следващата стратегия заема следващото йерархично ниво.

Оперативният план е система от взаимно свързани планови задачи, в която се определят: редът, сроковете и последователността на осъществяването на отделните мероприятия, както и необходимите ресурси за достигане на основната цел на стратегията.

Прогнозата най-общо може да се определи като научно-аргументирано предвиждане за развитие на процесите и явленията във времето. Съвременната прогноза може да се представи единствено като система от

научни знания за прогнозирания обект. Прогнозата е синтез на нова научна информация, а прогнозирането е процес на получаване на тази информация. Прогнозата е научна информация без задължителен характер, докато оперативният план има директивен характер, т.е. прогнозата е носител на информация, а оперативният план - на директиви.

Оперативният план е детайлизиран, докато прогнозата посочва най-общите, глобалните проблеми на развитието. В този смисъл прогнозата посочва вероятността за сбъдването на целта, докато оперативният план набелязва конкретни мероприятия за реализирането на поставената цел. Прогнозата е многовариантна, почиваща на различни предположения за бъдещето, и е направена с помощта на множество успоредно прилагани методи. Оперативният план е конкретно решение, балансиран и аргументиран документ със задължителен характер.

Маркетинговият план на здравната институция може да се определи като документ, който на базата на анализ на здравния статус на населението и конкретната маркетингова ситуация в здравеопазването на дадена територия, определя подходите и мероприятията за най-ефективна реализация на медицинска помощ, медикаменти и медицински материали и най-целесъобразно разпределение на получените финансови средства.

Използвана литература:

1. Бенчева, Н. Основи на стопанското управление. Акад. изд., Пловдив, 2008 г.
2. Здраве 2020. Европейска рамка за политики и стратегия за 21-ви век. [http://www.ncphp.government.bg/files/nczi/Health2020_BG\(1\).pdf](http://www.ncphp.government.bg/files/nczi/Health2020_BG(1).pdf)
3. Кузманова М., М. Александрова, Мениджмънт. Теория и практика, Изд. „Везни-4”, 2013.

4. Национална здравна стратегия 2020.
<http://www.mh.government.bg/bg/politiki/strategii-i-kontseptsii/strategii/>
5. Нейкова Р., Основи на управлението. Изд. Св. Григорий Богослов, 2008.
6. Павлов, В. Място на управленските функции в управленския процес.
www.da.uni-vt.bg/u/1506/pub/6697/doklad%20mufup.doc
7. Проф. Петров, Ст. Основи на управлението. Лекционен курс.
<http://store1.data.bg/grupa53/2-ri%20semestur/>
8. Питърс Т., Р.Уотърман, Към съвършенство на фирменото управление.,
София, "Наука и изкуство", 1988.
9. Салчев, П., Социална медицина и здравен мениджмънт. София, 2009.
- 10.Petersen, Chr. The Practical Guide to Project Management. 2017,
www.bookboon.com.
- 11.Drucker, P. The Drucker lectures. McGraw-Hill eBooks, 2010.
- 12.Kotler, Ph. Et al. The Quintessence of Strategic Management. Springer-Verlag
Berlin Heidelberg 2010.
- 13.Porter's five forces. <http://www.free-management-ebooks.com/title-list.htm>
- 14.Robbins St., D. De Cenzo, M. Coulter, Fundamentals of Management: Essential
Concept and Applications , 9th Edition, Pearson, 2014.
- 15.Swayne, L. E., W. J. Duncan, P. M. Ginter, Strategic Management of Health
Care Organizations., 6-th edition, Wiley publ., 2010.

Въпроси за самоподготовка:

1. Каква е ролята и значението на здравния мениджмънт за съвременното здравеопазване?
2. Какво приложение имат теорията на системите и информатиката в управлението на болниците?
3. Кои са приоритетите в Националната здравна стратегия?

Тема за дискусия:

Разработете стратегически и оперативен план за развитие на Вашата организация.