

## МЕНИДЖМЪНТ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО MANAGEMENT IN HEALTHCARE

### ЗАЩО Е НЕОБХОДИМ УПРАВЛЕНСКИЯТ ПРОФЕСИОНАЛИЗЪМ В МЕДИЦИНАТА И ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО?

Е. Възелов

Клиника по диализно лечение, УМБАЛ „Александровска” – София

### WHY MANAGEMENT PROFESSIONALISM IS NEEDED IN MEDICINE AND HEALTHCARE?

E. Vazelov

Clinic of Dialysis, UMHAT “Aleksandrovska” – Sofia

<p><b>Резюме:</b></p> <p><b>Ключови думи:</b></p> <p><b>Адрес за кореспонденция:</b></p>	<p>Здравеопазването е важна част от социалната система на обществото и като колективна дейност в неговото ръководство по принцип е заложено екипното начало. Индивидуалният професионализъм в медицината, който е безусловно важен, трябва да бъде ръководен също професионално в една система, която все повече се регулира в съответствие с правилата на икономическата дейност. Изменящите се условия в България през последните 20 години, свързани с изграждане на функционираща пазарна икономика, създават необходимост науката да отчита променените условия и да формулира нови, съответстващи на тях концепции. В статията се дискутира необходимостта от управленски професионализъм както в сферата на практическата медицина – болнична и извънболнична, така и в медицинското образование.</p> <p>медицински професионализъм, управленски екип, менажирани здравни грижи, медицинско висше образование</p> <p><i>Доц. д-р Евгений Възелов д.м., Клиника по диализно лечение, УМБАЛ „Александровска”, ул. „Св. Г. Софийски” № 1, 1431 София, тел. 02 9230 515; e-mail: estev@abv.bg</i></p>
<p><b>Summary:</b></p> <p><b>Key words:</b></p> <p><b>Address for correspondence:</b></p>	<p>Healthcare is an important sphere of the social system of society and the team concept of leadership is truly justified in its governance due to the fact, that healthcare is a collective activity. The individual professionalism, which in medicine is unconditionally a prerequisite, should be managed also professionally in a system, which is already controlled according to the regulations of the economic activity. In Bulgaria, the changing conditions in the last two decades, connected with the evolving function of market economy, create the need of considering the newly occurred conditions and, respectively, of formulating new concepts by the science. In the article, the need of management professionalism in the field of clinical medicine – hospital and outpatient, as well as in medical education is discussed.</p> <p>medical professionalism, management team, managed healthcare, medical education</p> <p><i>Assoc. Prof. Evgenii Vuzelov, M. D., Clinic of Dialysis UMHAT “Aleksandrovska”, 1, Sv. G. Sofiyski St., Bg – 1431 Sofia, tel. +359 2 9230 515; e-mail: estev@abv.bg</i></p>

## ВЪВЕДЕНИЕ

Здравеопазването е важна част от социалната система на обществото. Изменящите се условия в България през последните 20 години, свързани с изграждане на функционираща пазарна икономика, създават необходимост науката да отчита променените условия и да формулира нови, съответстващи на тях концепции. Промените в структурата на медицинското обслужване имат за цел да го направят икономически по-ефективно, поради което навлизането на здравния мениджмънт става една важна, сравнително нова негова характеристика, която има своите многопосочни аспекти.

### МЕДИЦИНАТА И ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО – ЕКИПНА ДЕЙНОСТ

Здравеопазването е колективна дейност и в неговото ръководство по принцип е заложено екипното начало. Индивидуалният професионализъм е от безспорно значение, но той трудно би могъл да се реализира, ако не съществува екип. Управленският екип е реален интегрален субект, чието създаване е ключ към ефективния мениджмънт, но за пълното реализиране на неговите възможности са необходими и познания, и опит в изграждането на организационна култура и организационно поведение на екипа. Досегашният опит в тази насока обаче дава основание за извода, че организационното поведение и свързаната с него организационна ефективност засега не са приоритетни за ръководните екипи, което неминуемо дава отражение върху цялостния резултат от дейността.

Прилагането на идеи за поведение, присъщи на културния човек в организациите – “организационна култура”, се превръща в стил на поведение – “организационно поведение”, в САЩ в годините непосредствено след Втората световна война. Тази тенденция в развитието на организациите става особено популярна през последните двадесет години и се приема за фактор с ключово значение за дейността на организацията.

Съвкупността от модели с различна степен на общност и на различен етап от еволюцията, практикувани масово в организацията, съставлява нейната организационна култура. Културата внася структура в организационната среда, еднообразие в смисъла и модела на поведение, като абсолютно необходима предпоставка за координацията на съвместните усилия на работещите в един екип. Организационната култура до известна степен се предопределя от вида бизнес и дейността на организацията и в такъв смисъл е различна при търговска фирма, университет или болница. Регистрирането на последната обаче, освен по Закона за лечебните

заведения и по Търговския закон, поражда както правни, така и етични въпроси и като цяло прави нещата още по-сложни в теоретичен, а най-вече в практически план.

### МЕНИДЖМЪНТ В ПРАКТИЧЕСКАТА МЕДИЦИНА

Защо е необходим управленският професионализъм в здравеопазването? Тази важна сфера от човешката дейност е преминала дълъг път на усъвършенстване и като е запазила хуманната си същност, се е превърнала и в сериозна финансова дейност, управлявана от икономическите закони. Историческата връзка лекар–пациент, за която той полага грижи в съответствие с принципите, формулирани още от Хипократ, е претърпяла промени в ерата на менажираните медицински грижи. Медикът трябва да осигури най-подходящата възможна профилактика и лечение за своя пациент в съответствие с непрекъснато появяващите се и периодично променяни правила за добра практика, алгоритми за диагностика и терапия, консенсусни правила и т.н. Същевременно обаче неговата дейност се осъществява и според изискванията за икономическа ефективност на диагностичния и лечебния процес, където той е отговорен пред организацията, на която е част. В такъв смисъл лекарят е принуден да се съобразява не само с нуждите на пациента, а и с тези на институцията, в която работи, както и със своите собствени. Връзката лекар–пациент се видоизменя, тъй като в нея се включва и трета страна – организации, осъществяващи снабдяването с лекарства, консумативи, допълнителни услуги и управлението (менажирането) на медицинските грижи.

Управленският професионализъм в менажирането на здравните грижи е именно тази сила, която може да осигури удовлетворяване на здравните нужди на пациента (обществото) при добри условия за професионалистите (съсловието) и институцията, за която те работят (държавна или частна). Това означава, че отговорът на въпроса от заглавието би могъл да бъде: Управленският професионализъм в здравеопазването е необходим, защото осигурява еднопосочност в реализацията на интересите на общество–медици–здравни институции.

Трябва да се има предвид, че управленският професионализъм трудно реализира своите възможности в условията на една недостатъчно финансирана от дълги години сфера, каквато е здравеопазването. През последното десетилетие, независимо от промените в начина на финансиране (включване на задължително здравно осигуряване – НЗОК, и създаване на допълнителни частни здравноосигурителни фондове), частта от БВП, на която здравеопазването разчита, се движи в тесни граници – между 4 и 5%. Сравнението по този по-

казател с развитите европейски страни (7.5-10.5%), САЩ – 14%, а дори и с някои северноафрикански страни (6-8%) не е в полза на финансовия ресурс, предоставен на националното здравеопазване. Този малък процент от brutния вътрешен продукт, който се отделя у нас, за жалост, е и един от най-ниските в Европа БВП.

При условия на недофинансиране е предизвикателство за управленския персонал да провежда реформите, които стартираха в здравната сфера през последните години. Обект на първия етап от реформата беше реструктурирането на първичната медицинска помощ и създаването на институцията общопрактикуващ лекар – ОПЛ, която да е основата на извънболничната медицинска помощ. Заедно със специалистите, осигуряващи специализираната извънболнична медицинска помощ (СИМП), общопрактикуващите лекари работят в различни по големина структури, най-често наречени диагностично-консултативни центрове (ДКЦ) или медицински центрове (МЦ).

Управленският професионализъм в менажирането на този род структури е от особено важно значение за обществото, тъй като те трябва да удовлетворяват 85-95% от здравните нужди на населението. За съжаление, мениджмънтът на ДКЦ (заместили бившите поликлиники и помещаващи се в тях) не е особено ефективен, което контрастира с обичайно доброто управление, каквото се наблюдава в нововъзникналите частни центрове. В част от ДКЦ се помещават структури с конкурентна дейност, лаборатории и други звена, които намаляват ефективността на приелата ги гостоприемно основна структура. Неизгоден лизинг на апаратура, завишени цени на договори за външни услуги, остаряла медицинска и комуникационна техника, енергийна неефективност са част от причините, които са в основата на неефективното функциониране на ДКЦ. Освен описаните обективни предпоставки съществуват и субективни фактори – липса на управленско поведение или разнопосочност в действията на екипа, недостатъчна квалификация на членовете му и други.

Управленски професионализъм е необходим и в ръководенето на лечебните заведения за болнична помощ. Проблемите в сравнение с тези, съществуващи в ДКЦ, са значително многобройни. На преден план излиза недофинансирането, тъй като средствата, постъпващи под формата на „клинични пътеки“ и „клинични процедури“, не покриват изцяло разходите, които са необходими за диагностика и лечение. Разходите за капитално строителство са съвсем ограничени и не дават възможност за своевременен ремонт на сградите и за строеж на нови.

Лошите битови условия за работа на персонала от своя страна стават и важна причина част от медицинското съсловие да търси реализация за своите знания и умения в чужбина.

Въпреки изброените затруднения, както и под въздействието на редица обективни фактори, здравните мениджъри развиват корпоративно управленско мислене и се стремят към развитие и усъвършенстване на институциите, които ръководят. В условията на предимно държавно регулиран пазар на медицинските услуги, при наличието на плетора от регулаторни и инспекционни механизми, мениджърите засега в по-голяма степен са служители на държавата, отколкото на интересите на потребителите и медицинското съсловие.

Съществуват много начини лекарите да бъдат ангажирани по-пълно с управленски дейности, включително и с нормативно уредените длъжности като „медицински директор“ или „управител по медицинските дейности“, както и подобните „клинични директори“ по конкретните специалности. Участието на медиците в мениджмънта не се осъществява особено лесно и пред медицинските директори стоят сериозни предизвикателства, стрес и разочарования. Независимо че съществува разпределение на ресурсите на управление между мениджърите немедици и лекарите, често и в двете групи остава усещането, че истинската власт и решенията се вземат някъде другаде.

Напрежението, което понякога се поражда в процеса на управление между мениджъри и медици, е възможно да се дължи на важни различия във възприятията им на собствените роли и отговорности по отношение на отчетност, използването на алгоритми, правила, цели (таргетиране), финансиране. Несъгласията са вероятно в резултат на различните философии, заложи в образованието, което получават мениджъри и доктори, които впоследствие и практиката е утвърдила. Има ли възможност за успешен диалог в процеса на управление между медици и мениджъри?

Един от възможните отговори е мениджмънтът да не се занимава с решаването на клиничните въпроси. В този случай обаче трябва да бъде пренебрегната увеличаващата се информация, че лошо управляваните здравни организации демотивират персонала, предоставят нискокачествени грижи, отблъскват пациентите и не могат да се адаптират към променящите се условия. Както обществото, така и политическата класа проявяват нетърпимост към изразходването на средства без строга отчетност и към лошите резултати, дължащи се на некомпетентност и нисък управленски професионализъм от страна на оперативния мениджмънт. Обратно, директо-

ри на болници и ДКЦ могат да осигурят условия, при които добрият клиницист и високото качество на здравните дейности да се реализира.

Съвременното управление е невъзможно без компютърната обработка на данните, която позволява както много по-големи възможности за натрупване на информация, така и нейното по-бързо анализиране. За съжаление, няколко години след старта на реформата в извънболничната помощ НЗОК все още не разполага с действаща информационна система, която би създала условия за по-ефективно управление.

### МЕНИДЖМЪНТ В МЕДИЦИНСКОТО ОБРАЗОВАНИЕ

Тенденцията за миграция на медицинските професионалисти, дължаща се на съществени разлики в условията на труд, възможностите за специализация и заплащането, при условие че се запази през следващите години, ще доведе до липса на достатъчен брой квалифициран персонал за националната система на здравеопазване. Очертаващата се неблагоприятна тенденция може да се промени, в случай че се увеличи приемът на обучаваните студенти по медицинските специалности, но за да стане това, е необходимо да бъдат изпълнени и някои допълнителни условия. Важна предпоставка е увеличението от Министерството на образованието, младежта и науката на средствата за държавна субсидия в медицинското образование (в това число и като брой студенти), както и за създаване на достатъчни стимули за новозавършилите да останат на работа в страната. В САЩ за 25-годишен период (1975-2000 г.) по данни на Watson (2003) субсидията за всички медицински училища е нараснала – 374%, като за обществените процентът е още по-висок от средния – 405%. Същевременно е отчетено много малко увеличение в бройката на завързващите лекари американски граждани – 3.6%, при значително увеличение на завързващите чужденци – 161%. Подобни наблюдения в развита система на здравеопазване показват зависимостта от привличане на студенти чужденци, които да останат на работа в страната, където са получили медицинското си образование. Затова е честа практика младите медици непрекъснато да обновяват своето CV и постоянно да го изпращат на различни здравни институции. Съответно медицинските списания публикуват десетки страници с обяви на длъжности, които се заемат с конкурс – притурката на British Medical Journal (BMJ), съдържаща подобни съобщения, е значително по-обемиста от тази, в която се публикуват научни статии.

От друга страна, трябва да съществува и обвързаност между държавната институция, предоставила средствата, и студента, която да регламентира условията и задълженията на

двете страни по отношение на възможностите за специализация и осигуряване на работа.

Важният проблем за качеството на преподаването, който би трябвало основно да занимава управителните органи на висшите медицински училища, е свързан с разработване на съвременен курикулум за изучаваните специалности. Огромният обем информация, която се натрупва ежедневно в медицинската наука и практика, трябва да бъде систематизирана по начин, който да оценява съвременното и важното във всяка изучавана дисциплина. Според наблюдения на Whitcomb (2007) добавянето на нова тематика към приетите курикулуми не се възприема лесно, което влияе върху съвременното включване на нови теми в преподаването. Предвид растящия процент възрастно население с преобладаващи хронични заболявания подготовката трябва приоритетно да включва грижи за пациентите с най-разпространените хронични болести.

Въпросите на финансирането на медицинското образование е необходимо да се разглеждат в тясна връзка и с променените функции на медицинските висши училища. Без да подценяват основното си предназначение (подготовка на медицински специалисти), те са се превърнали в академични центрове с научно-приложна насоченост, както и в лечебни структури. За тези си дейности те получават допълнителни средства по програми, както и от договори с финансиращите здравните грижи институции.

### Библиография

1. Борисов, В. Здравен мениджмънт с основи на здравната политика. С., Филвест, 2003, 248.
2. Борисов, В. Управленският екип – нероденото дете на здравната реформа. – Здр. менидж., 5, 2005, № 1, 3-4.
3. Джонев, С. Организационна култура. – В: Социална организация. С., СОФИ-Р, 2001, 387-390.
4. Костадинова, Т. Маркетингови подходи в управлението на болницата. – Здр. иконом. менидж., 2, 2001, 3-12.
5. Сотирова, Д. Типология на организационната култура. – В: Култура и етика в организационното поведение. С., ЕОН 2000, 2003, 115-120.
6. Fairfield, G. et al. Managed care: implications of managed care for health systems, clinicians, and patients. – Br. Med. J., 314, 1997, 1895-1898.
7. Edwards, N. et al. Doctors and managers: a problem without a solution? – Br. Med. J., 326, 2003, 609-610.
8. Davies, H. T. O. et S. Nutley. Organisational culture and quality of health care. – Quality Health Care, 9, 2000, 111-119.
9. Hall, M. A. et R. A. Berenson. Ethical practice in managed care: a dose of realism. – Ann. Intern. Med., 128, 1998, 395-402.
10. Watson, R. T. Rediscovering the Medical School. – Acad. Med., 78, 2003, № 7, 659-665.
11. Whitcomb, M. E. Mission-based management and the improvement of medical students' education. – Acad. Med., 77, 2002, 113-114.
12. Whitcomb, M. E. More on the Education of Medical Students. – Acad. Med., 82, 2007, № 5, 433-434.