

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ

АЛЕКСАНДРИНА ЦЕКОМИРОВА ВОДЕНИЧАРОВА

НОВИЯТ СТИЛ НА УПРАВЛЕНСКИ
ПРОФЕСИОНАЛИЗЪМ В ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

ДИСЕРТАЦИОНЕН ТРУД
ЗА ПРИСЪЖДАНЕ НА ОБРАЗОВАТЕЛНА И НАУЧНА СТЕПЕН
“ДОКТОР”

Област на висше образование: 7. „Здравеопазване и спорт”

Професионално направление: 7.4. „Обществено здраве”

Научна специалност „Социална медицина и организация на
здравеопазването и фармацията”

НАУЧНИ РЪКОВОДИТЕЛИ

ПРОФ. Д-Р ВЕСЕЛИН БОРИСОВ, ДМН

ПРОФ. Д-Р РАЛИЦА ЗЛАТАНОВА ЗЛАТАНОВА, ДМ

София, 2016г.

СЪДЪРЖАНИЕ

ВЪВЕДЕНИЕ.....	5
ГЛАВА ПЪРВА. ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР.....	8
1.1 Предизвикателства на системата на здравеопазване- необходимост от нов управленски професионализъм. Структурни проблеми на здравната система.....	8
1.2. Здравният мениджмънт като наука, практическа дейност и професионална реализация.....	30
1.3. Факултетите по обществено здраве - школа за нова генерация здравни мениджъри.....	40
1.4. Професионалният управленски стил – необходимост от ефективно лидерство.....	45
1.5 Ключови лидерски компетентности в сферата на здравеопазването.....	61
1.6. Теоретични подходи към моделиране на ефективни мениджърски профили.....	70
1.7. Медицинската етика и здравния мениджмънт.....	75
ГЛАВА ВТОРА. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДИКА НА ИЗСЛЕДВАНЕТО.....	81
РАБОТНА ХИПОТЕЗА.....	81
ЦЕЛ.....	81
ЗАДАЧИ.....	81
МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИКА НА ПРОУЧВАНЕТО.....	83
Обект.....	83
Логическа единица.....	84
Техническа единица.....	84
Време и място на наблюдението.....	85
Документи на проучването.....	85
ГЛАВА ТРЕТА. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ.....	87
АНАЛИЗ И ОЦЕНКА НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ ПРОВЕДЕНОТО АНКЕТНО ПРОУЧВАНЕ СРЕД ЗДРАВНИ МЕНИДЖЪРИ.....	87
Изследван контингент.....	87
Образование и професионална квалификация.....	88
Мотивация за професионална реализация и внедряване на професионален мениджмънт в управлението на здравната система.....	89
Препоръки за усъвършенстване професионализма на здравния мениджър...	105
Роля на основните фактори на базисните мениджърски компетенции за успешна кариера на здравни мениджъри.....	106
Лидерски компетентности в сферата на здравеопазването.....	110
Удовлетвореност от работата.....	114
Умения на здравния мениджър.....	117
АНАЛИЗ И ОЦЕНКА НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ ПРОВЕДЕНОТО АНКЕТНО ПРОУЧВАНЕ СРЕД СТУДЕНТИТЕ МАГИСТРИ ПО ОБЕЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ И ЗДРАВЕН МЕНИДЖМЪНТ.....	125
Изследван контингент.....	125
Образование и професионална квалификация.....	126
Мотивация за професионална реализация и потребност от квалификация на обучаващите се магистри по ОЗЗМ във ФОЗ.....	127

Внедряване на професионален мениджмънт в управлението на здравната система.....	134
Актуални проблеми на професионална реализация на дипломираните здравни мениджъри- бариери и стимули.....	141
Препоръки за усъвършенстване професионализма на здравния мениджър.....	144
Организация и качество на образователния продукт във ФОЗ.....	145
СРАВНИТЕЛЕН АНАЛИЗ И ОЦЕНКА НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ ПРОВЕДЕНОТО АНКЕТНО ПРОУЧВАНЕ СРЕД ЗДРАВНИ МЕНИДЖЪРИ И СТУДЕНТИТЕ МАГИСТРИ ПО ОЗЗМ.....	162
Слабости на здравната система в България според изследваните групи.....	162
КОНЦЕПЦИЯ ЗА ДЕМОНОПОЛИЗАЦИЯ НА ЗАДЪЛЖИТЕЛНОТО ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ.....	171
Определения.....	171
Основни акценти.....	173
Общ дизайн (системен подход) на демонополизацията на задължителното здравно осигуряване.....	175
Финансиране на задължителното здравно осигуряване.....	184
Основни предимства и ползи от демонополизацията на задължителното здравно осигуряване.....	191
Основни трудности при демонополизацията на задължителното здравно осигуряване.....	194
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	196
ИЗВОДИ.....	197
ПРЕПОРЪКИ.....	201
ПРИНОСИ.....	203
ЛИТЕРАТУРА.....	204
ПРИЛОЖЕНИЕ 1. Анкетна карта за здравни мениджъри.....	211
ПРИЛОЖЕНИЕ 2. Анкетна карта за студенти.....	221

СЪКРАЩЕНИЯ

БАН- Българска академия на науките

БВП – Брутен вътрешен продукт

БЛС – Български лекарски съюз

БЗС- Български зъболекарски съюз

БФС- Български фармацевтичен съюз

ДОО – Данък общ доход

ДМСГД – Домове за медико-социални грижи за деца

ЕК- Европейска комисия

ЕС – Европейски съюз

ЗАД- Застрахователно акционерно дружество

ЗЗ - Закон за здравето

ЗЗО- Закон за здравното осигуряване

ЗЛЗ - Закон за лечебните заведения

ЗЗОЛ- Задължително здравно осигурено лице

ИАЛ – Изпълнителна агенция по лекарствата

ИАМО - Изпълнителна агенция „Медицински одит”

ИАТ - Изпълнителна агенция по трансплантация

ИИИ – Институт за икономически изследвания

ИСП - Институт на сертифицираните професионалисти

КЗ- Кодекс на застраховането

КЗП- Комисия за защита на потребителя

КФН- Комисия за финансов надзор

КСО- Кодекс за социално осигуряване

МЗ – Министерство на здравеопазването

МРЗ- Минимална работна заплата

МОД- Минимален осигурителен доход
МС- Министерски съвет
МФ- Министерство на финансите
МТСП- Министерство на труда и социалната политика
НАП- Национална агенция за приходите
НБУ- Нов Български Университет
НЕЛК – Национална експертна лекарска комисия
НЗОК – Национална здравноосигурителна каса
НС- Народно събрание
НСЗПМ – Национално сдружение па здравна политика и мениджмънт
НСИ- Национален статистически институт
НОИ- Национален осигурителен институт
НЦ – Национални центрове
ОЗЗМ – Обществено здраве и здравен мениджмънт
ОПЛ – Общопрактикуващ лекар
РЗИ – Регионална здравна инспекция
РЗОК – Районна здравноосигурителна каса
РЦТХ – Регионални центрове по хемотрансфузиология
СЗО - Световна здравна организация
СИМП- Специализирана извънболнична медицинска помощ
СПИН- Синдром на придобита имунна недостатъчност
СРЗ- Средна работна заплата
ФОЗ – Факултет по обществено здраве
ЦПОК - Център за професионално оценяване на компетентност
ЦСМП – Център за спешна медицинска помощ
ЦФЛД – Център „Фонд за лечение на деца”
ЦФАР – Център „Фонд за асистирана репродукция”

ВЪВЕДЕНИЕ

Здравният мениджмънт е специфичен раздел на общата теория и практика на мениджмънта. Той навлезе широко в управленската практика на развитите европейски страни и през последните десетилетия се обособи като самостоятелна автономна функция и професионална кариера.

В нашата страна процесът на реално внедряване на професионалния здравен мениджмънт е изключително бавен. Системата не работи ефективно, липсва държавна политика, която да осигури ново отношение към здравето на хората, което да мотивира и осигурява високо качество на живот. Липсва концепция за радикални промени в системата на здравеопазването, която да обединява усилията на държавата, всички заинтересовани страни и населението. Проблемите, свързани с опазването на здравето на населението, не са водещ приоритет на обществото. Тежките и задълбочаващи се демографски процеси и особено продължаваща емиграция поставят в особена острота този проблем.

Не се осигурява реален и равен достъп до качествено здравеопазване на почти една-трета от българите. Осигурителната система е силно деформирана и натоварена с несвойствени функции, нейното управление е одържавено. Националната здравноосигурителна каса (НЗОК) се е превърнала от здравна каса, обслужваща осигурените лица, в орган, който финансира медицинското обслужване на цялото население, без оглед на осигурителния му принос.

Всичко това обуславя необходимостта от нов стил на управленски професионализъм в здравеопазването, за да може здравната ни система да се модернизира и да функционира ефективно.

В общата проблематика на управленския професионализъм в здравеопазването нарастващо значение придобива въпросът за професионалната кариера на здравния мениджър и спецификата на управленския стил. Тези аспекти все още не са обект на специално внимание, анализи и изследвания. Тяхното изясняване е обективна потребност на теорията и практиката на съвременния здравен мениджмънт. То ще допринесе за по-ясно очертаване на сложните и често противоречиви професионални перспективи на днешните и утрешните здравни мениджъри в нашата страна и по този начин ще ускори регламентирането и утвърждаването на професионалния здравен мениджмънт.

Изучаването на професионалната кариера и управленския стил на здравния мениджър наред с другото ще допринесе и за оптимизиране на процеса на подготовката и за формирането на по-адекватна професионална мотивация на новата генерация здравни мениджъри. По-ясната професионална кариера и по-ефективния управленски стил са абсолютно необходима предпоставка за преодоляване на бюрократично-административния подход в здравната система и за реално внедряване на съвременния управленски професионализъм в нея. На този фон се очертава нарастващата обективна потребност от един цялостен подход за оценка и управление на кариерата на здравните мениджъри в интерес на ефективността на здравеопазната дейност [Борисов В. 2006].

В контекста на тези общи идеи бе обоснована темата на настоящето изследване и бяха определени неговите цели и задачи.

ГЛАВА ПЪРВА. ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

Анализът на професионалния здравен мениджмънт в България има пряка връзка с проблема за общото развитие и управление на националната здравна система в нейната цялост. Този общ проблем ще бъде обект на по-нататъшни наши изследвания. В настоящата работа фокусираме вниманието си конкретно върху здравният мениджмънт в България като наука, практика и професионална реализация.

Като предварително становище ще изтъкнем, че още в периода на капиталистическа България (до 1944 г.) има серия исторически примери за достойно национално и държавническо отношение към здравето на нацията и относително рационално управление на националното здравеопазване. Затова съвременните здравни политици и законодатели на България трябва да преодолеят своето самонадеяно преклонение пред фалшиви идеологеми и недостатъчно проучени чужди модели, като умело използват редицата **полезни уроци от изминатия исторически път** и най-добрите национални традиции на здравеопазването в България.

1.1. Предизвикателства на системата на здравеопазване - необходимост от нов управленски професионализъм. Структурни проблеми на здравната система.

В последните две десетилетия провежданите частични, палиативни реформи в здравната система, в т.ч. въведените мерки – икономически, организационни, социални и психологични, не са подчинени на обща концепция, която да обединява усилията на държавата, работодателите,

населението и медицинския състав за осигуряване на висок здравен статус на населението и съответно по-високо качество на живота. В резултат на провежданата политика бяха натрупани структурни проблеми, които са в основата на критичното състояние на системата на здравеопазването.

Структурните проблеми могат да се дефинират в следните пет основни направления [[www.bia-bg.com/ Zdraveopazvane-2014](http://www.bia-bg.com/Zdraveopazvane-2014)]:

1. Финансиране на системата;
2. Организация на системата;
3. Технологична и кадрова обезпеченост;
4. Нормативна недостатъчност;
5. Ефективност на здравната система.

Финансиране на системата

Липсата на последователна политика в системата на здравеопазване позволи да се формира псевдопазар на здравни услуги, в който ежегодно се разходват между 7 и 9 млрд. лв. Това са преобладаващо публични средства от осигурителни вноски, процентно намаляващи средства от републиканския и общинските съвети, средства от регламентирано заплащане на населението за медицински услуги и лекарства, частни инвестиции за лечебни заведения, закупуване на здравни застраховки и значителни средства от населението за т.нар. неформални плащания за медицински услуги.

Този пазар не се регулира, не се управлява, не се анализира и не се отчита ефектът от инвестирането на заплатените от населението огромни средства за подобряване здравето на нацията. В него не са ясно

идентифицирани участниците, липсва координация, съгласуваност и отчет за размера на вложените средства, както на национално, така и на регионално равнище. В резултат на това са огромните деформации в качеството и ефективността от дейността на системата, дисонанс в качеството и обхвата на медицинското обслужване в центъра и в регионите.

Публичните разходи за здравеопазване като дял от БВП са около 4 на сто, при средно 7 на сто за страните в ЕС (Фигура 1., Таблица 1.).

Таблица 1. Разходи за здравеопазване в страните от ЕС, като % от БВП

2011г.	% от БВП
ЕС-27	7,3%
ЕС-17	7,4%
Нидерландия	8,5%
Дания	8,4%
Франция	8,3%
Обединено кралство	8,0%
Белгия	7,9%
Австрия	7,8%
Финландия	7,8%
Чешка република	7,8%
Ирландия	7,5%
Италия	7,4%
Германия	7,0%
Швеция	7,0%
Словения	6,9%
Португалия	6,8%
Испания	6,3%
Словакия	5,9%
Малта	5,6%
Литва	5,2%
Естония	5,1%
Унгария	5,1%
Люксембург	4,8%
Полша	4,7%

България	4,3%
Латвия	4,1%
Кипър	3,4%
Румъния	3,4%

Фигура 1. Разходи за здравеопазване в България като % от БВП за периода 2008-2014г.



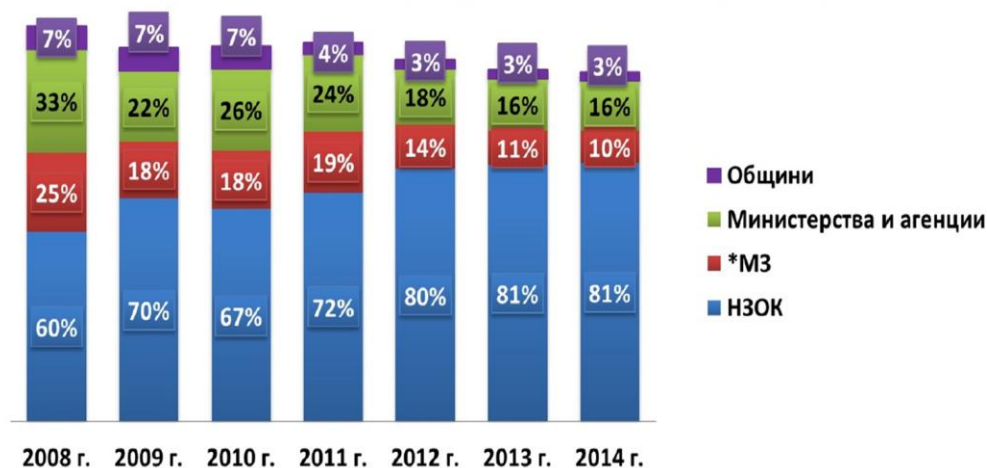
Финансирането на входа на системата се извършва от два основни източника:

- Осигурителни вноски – от работодатели, работници и служители, самоосигуряващи се лица, но около 1.2 млн. души не плащат здравноосигурителни вноски.
- Републиканския бюджет – министерства, ведомства и общини;

В последните 10 години структурата на приходите за системата се променя съществено. Трайна е тенденцията държавата да се оттегля последователно от финансирането на системата.

Делът на бюджета на НЗОК в общите разходи за здравеопазване се увеличава от 60 на сто през 2008 г. на 81 на сто през 2014 г. (Фигура 2.).

**Фигура 2. Публични разходи за здравеопазване по източници
(дялове в %)**



Голяма част от дейностите, които държавата плащаше през бюджета на Министерство на здравеопазването (МЗ), са пренасочени за плащане чрез бюджета на НЗОК, без съответните промени в бюджета на касата. Поради необосновано прехвърляне на дейности от МЗ в НЗОК, за периода 2008-2013 г. бюджетът на МЗ е намалял с 51% – от 698,9 млн.лв. на 359,0 млн.лв.

Има постоянен необоснован натиск за непрекъснато увеличаване на основния пакет от дейности, които се покриват от бюджета на НЗОК, в т.ч. лечение на редки болести, скъпоструващи консумативи и др. Особено силно влияние оказва прехвърлянето на хемодиализата и реимбурсирането на всички лекарствени продукти (без ваксини и лечение на СПИН и туберкулоза) в бюджета на НЗОК.

Разходите за профилактика, превенция, промоция и контрол на общественото здраве, които по Конституция са задължение на държавата, постепенно се прехвърлят към бюджета на НЗОК – от 31.8 на сто през 2010 г. достигат 40.4 на сто през 2012 г., а дялът на разходите на

МЗ за тези дейности намалява от 68.2 на сто през 2010 г. до 59.6 на сто през 2012 г., т.е. с около 9 процентни пункта [ИИИ при БАН 2013].

През периода 2010-2012 г. държавата обезкърви системата чрез:

- Одържавяване на 1.400 млн. лв. под формата на излишъци от бюджета на НЗОК;
- Отклоняване от бюджета на НЗОК за бюджета на МЗ на 340 млн. лв. през 2011 г. и 100 млн. лв. през 2012 г.;
- Неефективна работа на приходната администрация, която не събира задължителните здравноосигурителни вноски от над 1.2 млн. души.

Държавата се опитва да компенсира намалените приходи чрез увеличение на прякото и косвеното облагане.

Трайна тенденция е ръстът на постъпленията от осигурителни вноски да е в резултат само от увеличението на средния осигурителен доход, средния размер за всички пенсии, минималната и средната работна заплата, минималния и максималния осигурителен доход, увеличението на ставката на вноската.

През периода 2008-2013 г. ставката за здравно осигуряване се увеличи с 33 на сто, таванът на максималния осигурителен доход – с 10 на сто, минималният осигурителен доход за самоосигуряващите се – със 75 на сто, средният осигурителен доход – с 30 на сто, средната работна заплата – с 48 на сто, МРЗ – с 41 на сто, и т.н. [Таблица 2.].

Таблица 2. Ключови показатели, влияещи върху приходите от здравни вноски

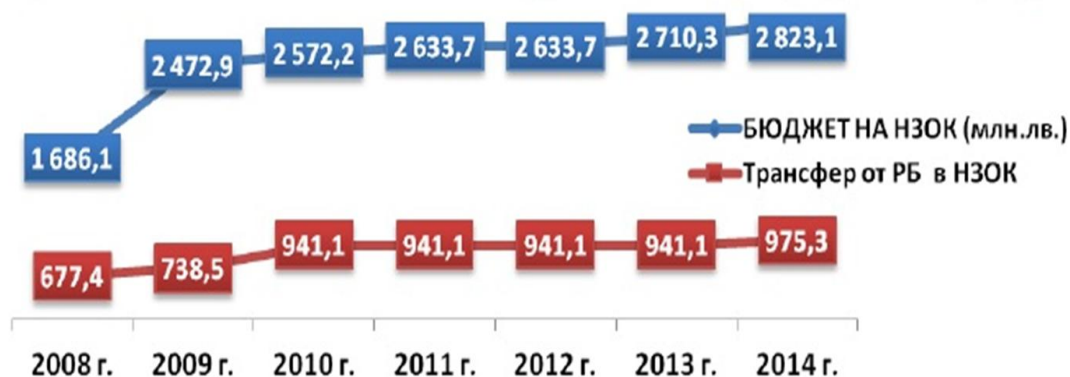
	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	<u>2008÷2013</u> изм. в %
МРЗ, лв.	220	240	240	270	290	310	40,9
СРЗ, лв.	545	609	647	686	766	808	48,3
Здравноосигурителна вноска	6%	8%	8%	8%	8%	8%	33,3
Средномесечен осигур. доход, лв.	501	555	570	594	618	649	29,6
МОД за самоосигуряващи се, лв.	240	260	420	420	420	420	75,0
Макс. осигурителен доход, лв.	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	2 200	10,0
Осигурени лица (хил.д.), вкл.:	2 866	2 830	2 831	2 766	2 770	2 730	-4,8
• Самоосигуряващи се	260	279	186	183	206	199	-23,7
• Земеделски производители	44	50	36	32	30	34	-23,5
Пенсии, хил.бр.	2 687	2 665	2 667	2 676	2 697	2 678	-0,3
Пенсионери, хил.д.	2 215	2 193	2 192	2 200	2 218	2 196	-0,9
Средна пенсия на 1 пенсионер,лв.	209	244	263	267	271	294	40,7
Средна пенсия за ОСВ, лв.	210	263	284	289	294	318	51,5
Максимална пенсия, лв.	490	648	700	700	700	753	53,6
Минимална пенсия за ОСВ, лв.	108	130	136	136	141	149	37,5
Социална пенсия, лв.	80	97	101	101	101	108	34,4
Регистрирани безработни, хил.д.	233,2	281,0	350,9	332,6	364,5	371,4	59,3
Безработни с право на обезщетение, хил.д.	67,5	121,0	136,8	106,6	117,7	115,3	70,9

Кумулативното въздействие на всички тези фактори не доведе до очакваното рязко нарастване на номиналната стойност на приходите от здравноосигурителните вноски, които през 2008 г. са в размер на 1 561 млн.лв., а през 2012 г. са 1 728 млн.лв., т.е. само с 11 на сто повече. Това е точна индикация за погрешната политика за формиране на приходи и за неефективността на данъчната администрация.

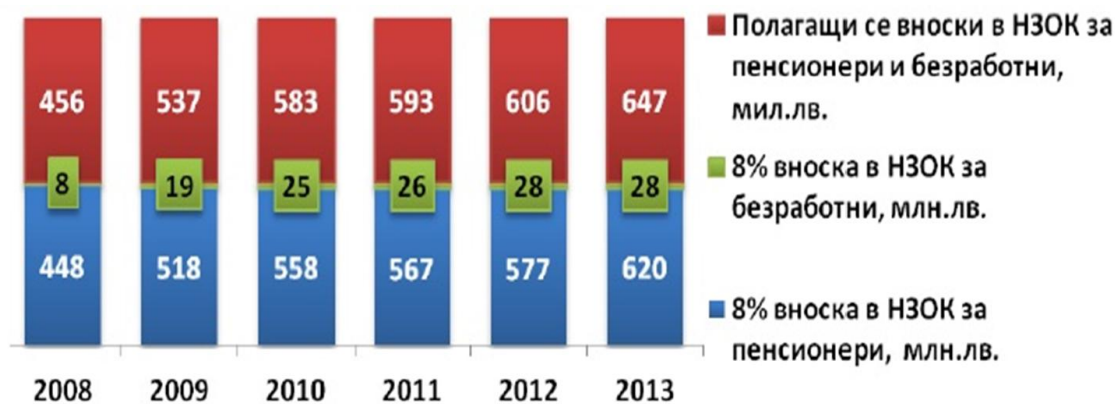
В продължение на четири години (2010-2013г.) общият трансфер от Републиканския бюджет към НЗОК за здравноосигурителни вноски на лицата, които се осигуряват от държавата (пенсионери, деца, ученици, безработни, студенти и др.), се запази в размер на 941.1 млн. лв., въпреки промените в показателите, на основата на които той се определя (Фигура 3.). Само от постъпления от увеличението на масата от изплатените пенсии в здравната система не са постъпили 62.207 млн.лв.

Така например, общият размер на средствата за изплащане на пенсии непрекъснато се увеличава през годините. Това води до увеличаване на средствата за здравноосигурителни вноски, които държавата дължи за пенсионерите. Подобна е и тенденцията със средствата за здравноосигурителни вноски за безработните, които получават обезщетение. (Фигура 4.)

Фигура 3. Трансфер от Републиканския бюджет към НЗОК и общ бюджет на НЗОК (лв.)



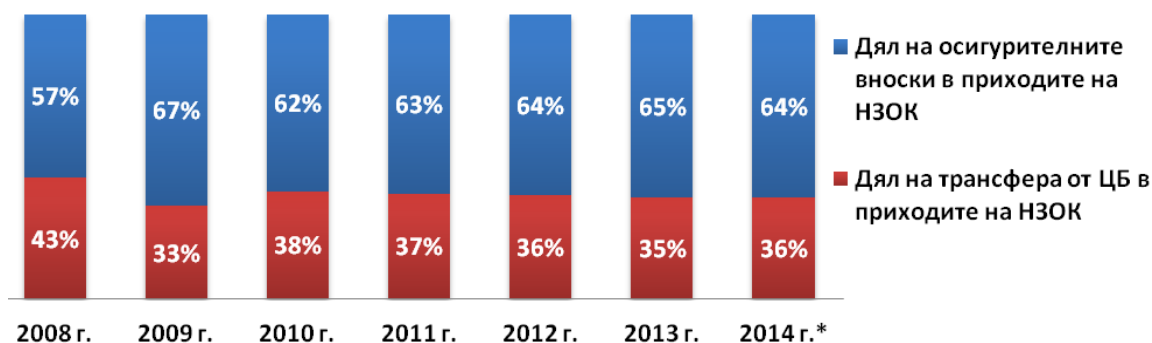
Фигура 4. Полагаща се вноска от Републиканския бюджет за НЗОК за пенсионери и безработни (в лв.)



Продължава практиката размерът на здравноосигурителните вноски за осигуряваните от държавата лица да не съответства на разходите, които се правят за тяхното здравно обслужване. Средната

осигурителна вноска за тях е около 19.60 лв., при средна вноска за осигурените от реалния бизнес около 60.10 лв. При тази ситуация реалният сектор осигурява с внесените от него вноски 64 на сто от бюджета на НЗОК, при положение, че прави вноски за 33.4 на сто от всички осигурени лица. (Фигура 5.)

Фигура 5. Принос към общия бюджет на НЗОК (дялове, %)

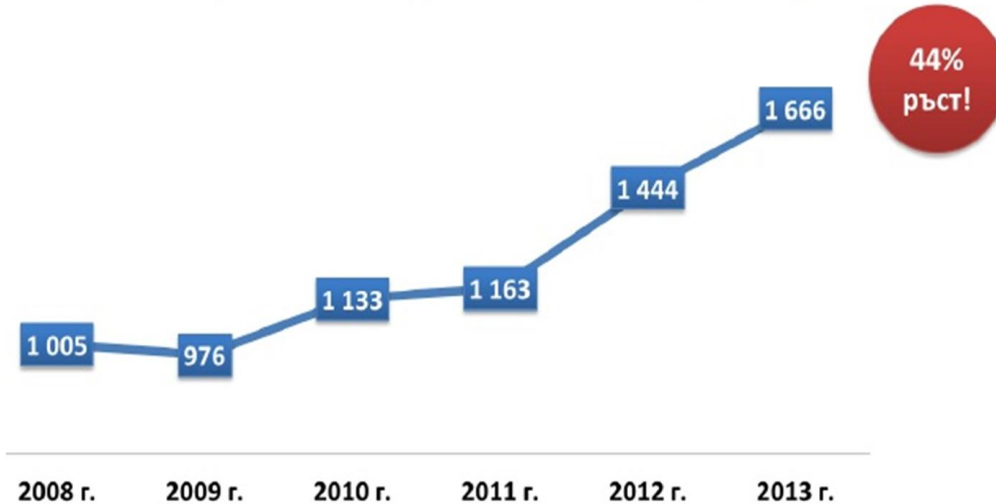


Трайна тенденция е увеличаващата се финансова тежест да е за сметка на потребителите, вместо да се поема от обществените средства, както е в развитите европейски страни. Според доклад на Световната банка, в България е най-висок делът на плащанията със собствени средства като процент от общите разходи за здравеопазване. Този факт, както и изключително ниските доходи на населението, поставят сериозни проблеми пред достъпа на гражданите до здравни услуги.

Организация на системата

Разходите за болнична помощ неоправдано се увеличават през последните години. За периода от 2008 до 2013 г. разходите за болнична помощ имат ръст от 65.7 на сто, което в номинално изражение е 661 млн. лв. повече, без да настъпят особени промени в здравния статус на населението. (Фигура 6.)

Фигура 6. Разходи за болнична помощ (в млн. лв.)



Необосновано се увеличава броят на лечебните заведения, което създава условия за свъхпредлагане на медицински услуги и дейности, за които се смята, че са печеливши и може бързо да се възстанови инвестицията (например, в София има 6 кардиохирургии, докато в Берлин са две, а във Виена една). За тях е въведен механизъм на автоматизъм за финансиране от НЗОК. Това доведе до рязко и неоправдано повишаване на размера на средствата, които се отделят от бюджета на НЗОК за болнична помощ. За 2013 г. около 30 на сто от ресурса на НЗОК за София е в полза на новооткритите болници.

Налице е свръхконцентрация на финансирането на болничната помощ. В резултат на това се задълбочават диспропорциите в разпределението на средствата за болнична помощ по региони и, оттам – в качеството на медицинското обслужване в тях. Около половината от общите средства за болнична медицинска помощ на НЗОК за 2013 г. са изразходвани в областите София-град и Пловдив - общо 48 на сто, като само за София-град са 32 на сто. В седем области (София, Пловдив,

Варна, Бургас, Плевен, Стара Загора и Пазарджик) са концентрирани 71 на сто от средствата за болнична помощ. (Таблица 3.)

Таблица 3. Изплатени средства от РЗОК през 2013 г.

		Лв.	Отн. дял
1	РЗОК София град	534 313 083	32%
2	РЗОК Пловдив	264 056 349	16%
	2 РЗОК	798 369 432	48%
3	РЗОК Варна	127 005 944	8%
	3 РЗОК	925 375 376	56%
4	РЗОК Бургас	70 793 774	4%
5	РЗОК Плевен	67 643 154	4%
6	РЗОК Стара Загора	60 925 371	4%
7	РЗОК Пазарджик	51 652 903	3%
	7 РЗОК	1 176 390 578	71%
8	РЗОК Русе	47 480 932	3%
9	РЗОК Благоевград	41 643 691	2%
10	РЗОК Враца	38 540 981	2%
11	РЗОК Велико Търново	37 134 073	2%
12	РЗОК Хасково	35 490 077	2%
13	РЗОК Сливен	30 060 025	2%
14	РЗОК Шумен	25 449 983	2%
14	РЗОК София област	24 840 048	1%
16	РЗОК Монтана	23 605 946	1%
17	РЗОК Габрово	21 859 318	1%
18	РЗОК Ловеч	19 232 025	1%
19	РЗОК Ямбол	19 078 410	1%
20	РЗОК Кюстендил	17 710 293	1%
21	РЗОК Търговище	17 683 412	1%
22	РЗОК Кърджали	17 111 722	1%
23	РЗОК Добрич	16 149 473	1%
24	РЗОК Разград	13 771 687	1%
25	РЗОК Силистра	12 589 005	1%
26	РЗОК Смолян	12 377 367	1%
27	РЗОК Перник	9 308 211	1%
28	РЗОК Видин	8 725 213	1%
	28 РЗОК	1 666 232 470	100,0%

Подобно е и положението с разпределението на разходваните средства на НЗОК по болници. През 2013 г. 10 на сто от бюджета на НЗОК за болнична помощ са изплатени на две болници от общо 367, с които касата е сключила договор. Една-четвърт (25 на сто) от средствата на НЗОК за болнична помощ са усвоени от 9 болници, една-трета (33 на сто) – от 14 болници, а по-малко от 10 на сто от всички болници (30 болници) са усвоили половината (51 на сто) от бюджета на касата за болнична помощ.

Въвеждането на регулативните стандарти в извънболничната помощ и особено на лимитите в болничната помощ, както и системата за специализация на медиците, създадоха условия финансовият резултат на лечебните заведения, а оттам и доходите на медицинския персонал, да не зависят от количеството и качеството на положения труд, от търсенето и предлагането на тяхната услуга.

Липсва прозрачност в дейността на здравната система. Няма практика да се представят анализи и информация за извършените разходи за здравното обслужване на различните групи осигурени лица, за приоритетите и възникналите проблеми в медицинското обслужване и резултатите от него. Липсва и адекватна отчетност за реалните разходи в сектора на здравеопазването, а оттук – няма данни за крайната себестойност на медицинската услуга за пациента.

Контролната дейност е регистрационна, липсва превантивност и не се отчитат ефектът и резултатите от извършената медицинска услуга.

Няма общоприети критерии за атестиране и оценка от качеството на работа и постигнатите резултати от лечението на отделните клиники, отделения и болници, както и на всеки специалист.

Липсва контрол при медицинската експертиза – особено при отпускането и определянето на инвалидните пенсии и болничните листа.

Забавя се въвеждането на електронното здравеопазване като решаващ фактор за подобряване на ефективността на здравната система, за осигуряване на по-голяма прозрачност в дейността ѝ, за повишаване на качеството и контрола върху оказваните медицински услуги. Отделени са значителни средства за електронизация на здравеопазването и осигурителната система без особен и видим ефект за обслужването на осигурените и за повишаване на качеството на работа на медицинските специалисти. Липсата на електронизация създава условия за развитие и благоприятна среда за корупционни практики.

Не е разработена държавна политика и конкретни действия за намаляване на броя на здравнонеосигурените лица. Липсват механизъм и условия за медицинското обслужване. Няма ясна регламентация за това кой ще поема разходите за тяхното лечение. Лечението на този контингент от хора продължава да се извършва за сметка на здравноосигурените лица. По тези причини здравните заведения постоянно натрупват сериозни задължения за доставка на консумативи, материали, лекарства и др. В Републиканския бюджет не са предвидени необходимите средства за покриването им.

Липсва достъпна и качествена спешна медицинска помощ. Повече от 50 на сто от дейността на централните за спешна медицинска помощ (ЦСМП) е свързана с оказване на медицинска помощ на пациенти, които трябва да се обслужват от лечебните заведения за първична и специализирана помощ и не са обект на спешна помощ. Това се утвърждава като практика за заобикаляне на осигурителната система от лицата, които не участват в нея (здравнонеосигурените лица). Основните

проблеми в спешната медицинска помощ са липсата на кадри, поради ниското заплащане на специалистите (екипите), и липсата на съвременно оборудвани специализирани автомобили.

Не са изградени хоризонтални връзки на НЗОК с фондовете на Държавното обществено осигуряване.

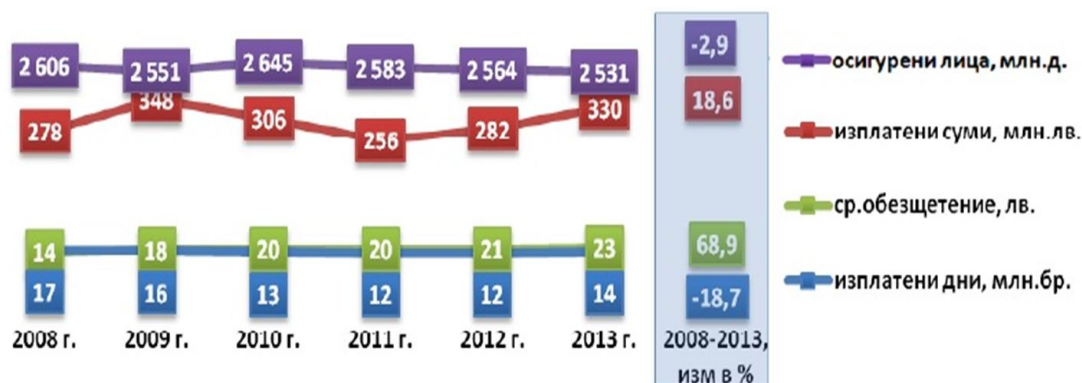
Не се отчита ефектът от качеството на медицинското обслужване върху оптимизирането на разходите на социалните фондове.

Не се осъществиха кардинални промени в реда, начина и контрола при отпускането на пенсиите за инвалидност за общо заболяване. Липсват радикални мерки за промени в организацията на дейността на системата на медицинската експертиза на работоспособността при определяне и отпускане на пенсиите за инвалидност и на тази основа да се повиши контролът от осигурителните институции върху нейната дейност. В дейността си тези органи не осигуряват максимална равнопоставеност и прозрачност с оглед да се ограничат злоупотребите и деформациите. Средствата, които се изплащат от фондовете на ДОО за инвалидни пенсии, за периода 2008-2013 г. са се увеличили с 51 на сто и са достигнали 1 253 млн. лв. Броят на пенсионерите за инвалидност се е увеличил с 9.4 на сто, като около половината от новоотпуснатите пенсии са за инвалидност. (Фигура 7. и Фигура 8.)

Фигура 7. Пенсии за инвалидност и обезщетения за заболяване



Фигура 8. Обезщетения за временна нетрудоспособност



Трайна е тенденцията да се увеличава размерът на обезщетенията за болнични, главно поради липсата на ефективен контрол от страна на публичните институции. Това допълнително натоварва пенсионната и здравноосигурителната системи. Изплатените обезщетения от ДОО за временна неработоспособност за периода 2008-2013 г. са се увеличили с 19 на сто и са достигнали 330 млн. лв. Работните дни, за които е изплатено обезщетение, са намалели с 19 на сто, като за същия период броят на осигурените лица е намалял с 2.9 на сто. През 2013 г. са изплатени общо 14 млн. дни болнични, т.е. по 5 дни средно на едно осигурено лице, като 34% от всички болнични листове са издадени от общопрактикуващи лекари.

Управлението на НЗОК не съответства на публичния характер на институцията – то фактически е одържавено. Липсва реално трипартитно управление на здравноосигурителната система, което да отговаря на реалния принос на страните във финансирането на системата.

Профилактиката се декларира като основен приоритет, а не се осигуряват необходимите финансови ресурси, организация и строга нормативна база, вкл. санкции за нарушителите.

Здравната система е силно бюрократизирана, особено при обслужването на населението. Нарушени са принципите на справедливост, универсален достъп и равнопоставеност при обслужването на пациентите.

Настъпващата бюрокрация в дейността води до ангажирането на огромен човешки ресурс за администриране на дейността на НЗОК, където са заети над 2500 души, както и в МЗ и агенциите към него. МЗ пряко финансира 114 юридически лица на бюджетна издръжка - самостоятелни административни структури, здравни и лечебни заведения. (Таблица 4)

Таблица 4. Разходи на МЗ за второстепенни разпоредители на бюджетна издръжка

Структурно звено	Бр. звена	Разходи за 2012 г., лв.
центрове по спешна медицинска помощ (ЦСМП)	28	90 664,7
регионални здравни инспекции (РЗИ)	28	42 396,9
национални центрове (НЦ)	5	15 477,4
домове за медико-социални грижи за деца в неравностойно социално положение (ДМСГД)	31	32 991,1
лечебни заведения за стационарна психиатрична помощ (ДПБ)	12	21 823,1
Регионални центрове по хемотрансфузиология (РЦТХ)	4	5 972,0
Изпълнителна агенция по лекарствата (ИАЛ)	1	4 225,9
Изпълнителна агенция по трансплантация (ИАТ)	1	482,6
Национална експертна лекарска комисия (НЕЛК)	1	1 105,0
Център „Фонд за лечение на деца“ (ЦФЛД)	1	10 606,5
Център „Фонд за асистирана репродукция“ (ЦФАР)	1	17 316,3
Изпълнителна агенция „Медицински одит“ (ИАМО)	1	1 101,4
ОБЩО РАЗХОДИ на второстепенните разпоредители с бюджетни средства, в т.ч.:		244 162,9
- текущи разходи		237 467,5
- капиталови разходи		6 659,4

Технологична и кадрова обезпеченост

Отлага се приемането на дългосрочна инвестиционна политика, с която да се осигури реализация на целите на реформата в здравеопазването.

Голяма част от болниците нямат необходимата съвременна апаратура и кадри за качествена и навременна диагностика и лечение. В резултат на това са налице много сериозни деформации в регионален аспект, което лишава населението от малките и средните общини от достъп до високоефективна апаратура, оборудване и качествена медицинска помощ.

Липсва единна държавна политика и прозрачни критерии при закупуване на високотехнологична техника, оборудване и здравни технологии с публични средства. Новите технологии и оборудване са концентрирани в няколко големи града.

Задълбочава се проблема с недостига на медицински кадри по отношение на структурата, броя и териториалното разпределение на специалистите по отделни специалности:

- Висококвалифицираните кадри намаляват, а броят на патологоанатомите, съдебните лекари, анестезиолозите, детските лекари, микробиолозите, хирурзите и др., е под критичния минимум.
- Голяма част от здравните специалисти (особено младите) напускат страната. В продължение на 6 години повече от 3000 лекари са напуснали България.
- Само 5 на сто от лекарите са на възраст до 30 години.
- Критично е положението с броя и възрастовата структура на медицинските сестри.
- Липсва стройна система за продължаващо медицинско образование. Повишаването на квалификацията е оставено на инициативата на съсловието.
- Липсват добре подготвени и мотивирани здравни мениджъри. Като правило, изискванията за тези, които заемат ключови позиции в системата, компетентността и професионализма са заменени от политическата принадлежност.

Нормативна недостатъчност

Много честа е промяната на нормативната уредба, свързана с проблемите на здравеопазването и здравното осигуряване, което говори за нейната нестабилност. Законът за здравното осигуряване е променян повече от 50 пъти. Подобно е положението и със Закона за здравето,

Закона за лекарствените средства и др. Като правило, предлаганите промени не се обосновават с оценка на въздействието им.

Липсва нормативна уредба за реда и условията на заплащане от пациентите на извършените за тях медицински услуги. Необходимо е на основата на реално остойносттаване на основния пакет от здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, да се определят регламентиранията плащания за дейностите, които не са включени в основния пакет. При сегашната законодателна рамка тези разходи не могат да се ограничават и да подлежат на контрол, както в частните, така и в държавните и общинските лечебни заведения. По същество, системата на кофинансирането е узаконена, без да има правила за това.

Създадени са законови положения в Закона за здравното осигуряване, които способстват за източване на НЗОК. Съществува голяма група от населението, която се възползва от облекчените законови условия за придобиване на права на осигурени лица като плаща еднократно здравни вноски за „влизане в здравната система” само при тежък и скъпоструващ здравословен проблем. След оказаното лечение те отново „излизат” от осигурителната система и престават да внасят здравни вноски.

Няма нормативен акт, с който да се определят ясни правила за реда и начина на медицинското обслужване на здравнонеосигурените лица и за финансирането на тази дейност. Това води до дефицити в лечебните заведения и ощетява осигурените лица.

Не е решен проблемът със статута на болничните заведения. Отлага се приемането на нормативни решения за подобряване на автономията на болниците и другите лечебни заведения по отношение на осигуряването на инвестиции. Липсата на решения за статута на

болниците, които са държавна собственост, води до натрупването на огромни дългове от тях, които периодично се покриват, без да се търсят причините за това и да се носи отговорност за допуснатите нарушения.

Ефективност на здравната система

Натрупаните дефицити в здравната система доведоха в последните години до изключително ниска ефективност. Като се отчита, че финансовите резерви в системата са почти нулеви, на практика годишните разходи са равни на годишните приходи.

Официалните публични разходи на системата за периода 2008-2014 г. са нараснали с 23 на сто – от 2 815 млн. лв. на 3 468 млн. лв. (Таблица 5.) За същия период са се увеличили с 58 на сто и разходите за сметка на едно лице от населението. За разглеждания период населението на страната е намаляло с около 400 000 души, т.е. увеличени са реалните разходи на едно лице.

Таблица 5. Публични разходи за здравеопазване(млн. лв.)

	2008г.	2009г.	2010г.	2011г.	2012г.	2013г.	2014г.	2008-2014 изм.в %
НЗОК	1 686	2 071	2 039	2 634	2 634	2 710	2 823	67,4
Министерства и агенции	921	649	796	878	580	547	543	-41,1
- <i>МЗ</i>	699	525	564	706	468	368	359	-48,6
- <i>Др.министерства и аг.</i>	168	124	85	98	112	178	184	8,9
Общини	208	219	216	134	95	96	102	-50,7
Общо разходи за здр.	2 815	2 939	3 051	3 645	3 309	3 353	3 468	23,2

Съотношението между публични и частни разходи за здравеопазване в БВП се променят в посока непрекъснато увеличаване на процента на разходите на частния сектор за сметка на публичните.

Разходите за лекарства, медицински материали, оптика и др. са почти изцяло (78%) за сметка на домакинствата. За периода 2006-2011 г. разходите на домакинствата за лекарства и др. медицински консумативи са се увеличили почти два пъти – от 1072.4 млн. лв. за 2006 г. на 1833.6 млн. лв. за 2011 г. (Фигура 9)

Фигура 9. Разходи за медикаменти и др. медицински продукти и консумативи, хил. лв.



По данни на НСИ средните разходи на семействата за здравеопазване за 10 години са се увеличили 3 пъти – от 176 лв. (2002 г.) на 501 лв. (2012 г.). Тази тенденция се отнася и за разходите на едно лице, които се увеличават повече от 3 пъти и достигат от 66 лв. (2002 г.) на 212 лв. за (2012 г.). Прогнозата е тази тенденция да се запази и през следващите години, като делът на частните разходи за здраве ще достигне 48-49 на сто, т.е. рисковете ще се покриват все повече от страна на домакинствата.

Липсва система за анализ и оценка на финансовата дейност в системата:

- Няма критерии за оценка на ефективността от използвания публичен ресурс, обвързване на предоставения ресурс с изисквания за определено качество на медицинско обслужване

и стимули за повишаването му. Практика е средствата, които предоставя НЗОК, да се „усвояват”, без да се следи и отчита постигането на предварително зададени изисквания и критерии за качество.

- Липсва значима корелация между крайните здравни резултати при обслужването на пациентите и направените за това разходи. Независимо от драстичното увеличение на разходите за здравеопазване на едно лице, здравният статус на българина не търпи съществени изменения.

Точен индикатор за ефективността на системата са данните за състоянието на здравния статус на населението. Тревожен демографски проблеми в България е високото ниво на смъртност:

- Коефициентът на смъртност достига до 15‰ през 2012 г. при 9.6‰ за ЕС-27. Средната смъртност е разпределена много тревожно – в София е 11.9‰, във Видин е 23.2‰, в Монтана е 21.4‰ и т.н. Демографските прогнози показват, че нивото на общата смъртност в страната ще остане високо и непроменено в периода до 2030 г.
- Коефициентът на детска смъртност е 7.8‰ при 3.9‰ общо за ЕС-27. Детската смъртност в София 4.4 ‰, а в Сливен е четири пъти по-висока.
- Запазва се структурата на смъртността по причини в последните години, като продължават да са водещи болестите на органите на кръвообращението (65.6%) и новообразуванията (16.7%).

За ефективното решаване на посочените структурни проблеми е необходима екипната работа на добре подготвени и мотивирани

професионалисти по здравен мениджмънт, които компетентно да анализират, оценят и предложат необходимите насоки за преодоляване на съществуващите проблеми в здравната система.

1.2. Здравният мениджмънт като наука, практическа дейност и професионална реализация

Мениджмънт (от английски *management*), на български означава *управление*, но има и други значения (синоними) като: справяне, надзор, власт, ръководене, съумяване, успяване, устройване, умело третиране, фин начин, средство, изхитряне .

В бизнес сферата и организационните активности е действието по "събиране на хората заедно" за извършването на определена желана цел. Това разнообразие от синоними е показателно. То ни показва, че се касае за понятие с широк обseg и многоплановост. Мениджмънтът обхваща планирането, организирането, управление на персонала, ръководството, насочването и контролирането на организация (група от един или повече човека или юридически субекта) или усилието за постигане на дадена цел. Също това е управлението на човешките ресурси, финансовите и технологични ресурси, както и природните ресурси. В своята най-синтетична дефиниция мениджмънтът се определя като **целенасочено въздействие**. Касае се 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.

Приложението на тези идеи, принципи и подходи в конкретната сфера на здравеопазването формират съдържанието и облика на здравния мениджмънт. Кое е специфичното за здравния мениджмънт?

Първо трябва да се подчертае, че здравният мениджмънт се различава от клиничната медицинска дейност, независимо, че има определени връзки с нея. Както подчертава Ц. Воденичаров „мениджърът е формиран да мисли **глобално**, а лекарят-клиницист е формиран да мисли **индивидуално**”.

Здравният мениджмънт по същество е **пресечна точка** и обединяващ фактор на теорията на мениджмънта и теорията на общественото здраве:



Дейността на здравният мениджър обхваща здравеопазването както и отделните негови сектори и институции като цялостна система. Затова за успешното управление на здравеопазването здравният мениджър трябва да има добре развито системно организационно мислене.

В този контекст според В. Борисов „медицината е професия, посветена на грижата за **отделния пациент**. Здравният мениджмънт е професия, посветена на управление и регулиране на **общите процеси** на здравеопазната дейност, на здравеопазването като цялостна система”.

Съществена особеност на здравния мениджмънт е неговият **интегративен характер**. Чрез процеса на мениджмънт усилията на

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

Трябва да се подчертае, че като наука здравният мениджмънт представлява сфера и резултат на интердисциплинното взаимодействие на редица науки: социална медицина, икономика, социология, психология, право, информатика, етика и др. Здравният мениджмънт представлява пресечна точка и обединяващ фактор на теорията на мениджмънта и теорията на здравеопазването (социалната медицина).

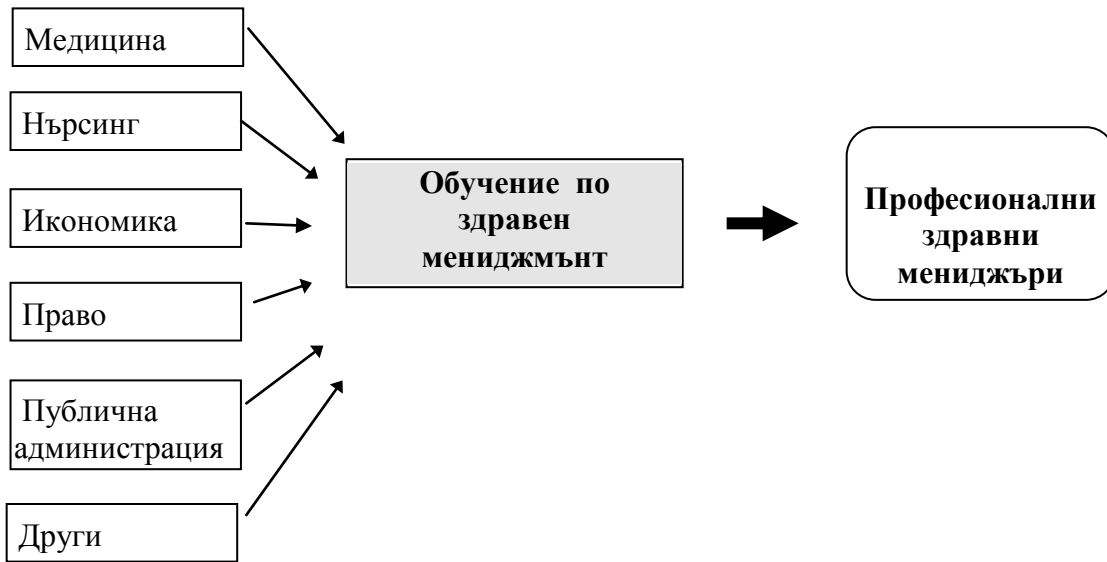
Здравният мениджмънт като практическа дейност и професионална реализация

В развитите страни здравният мениджмънт е обособен като самостоятелна (автономна) професия, което предполага и съответен процес на професионално развитие, реализация и кариера.

У нас този процес все още е бавен и труден. Независимо от известен напредък в тази насока все още професионалният здравен мениджмънт не е регламентиран чрез адекватна нормативна база (Ц.Воденичаров, 2014).

Съвременната професионална кариера в здравния мениджмънт е представена на следната схема (по В. Борисов, 2004). Критерий за получаването на професионална компетентност (диплома) по здравен мениджмънт е **не началната, а крайната точка в образователния процес**. Главно условие за това е да има създадена система на **университетско обучение** по здравен мениджмънт и адекватна нормативна база за професионална реализация на дипломираните магистри по здравен мениджмънт.

Фигура 10 .Професионална кариера в здравния мениджмънт



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

Съществуващата у нас медикрация поражда трудности в управленския процес и в професионалната кариера на здравния мениджър. Главната трудност е, че лекарят-клиницист навлиза в ролята си на здравен мениджър със стремежа да съчетава изпълнителската и управленската дейност. При това положение и двете дейности неизбежно снижават ефективността си.

Управленският професионализъм в здравеопазването изисква наличието на системно академично обучение по здравен мениджмънт.

В България подобно обучение съществува след създаването на първите факултети по обществено здраве, сред които водещо е мястото на ФОЗ-София.

Спецификата на решаваните задачи предопределя предимно умствения, творчески характер на управленския труд, в който формирането на целите, разработването на способите за тяхното постигане, а също организирането на съвместната дейност представлява главния смисъл и съдържание на труда на заетите с управленска дейност. Особен е и техният предмет на труда- информацията, въз основа на която те вземат решения, които реализират, за да осигурят необходимото изменение в състоянието на управленския обект.

Опитът показва, че управленският труд обединява елементите на мениджмънта с тези на специалността и професията. Интересни виждания за управленския труд има видният американски изследовател Хенри Минцберг, систематизирани в книгата му „Природа на управленския труд” (1973г.). Той разглежда работата на мениджъра като определена съвкупност от роли, които той поема върху себе си в процеса на осъществяване на целите на организацията. Ролята им на лидер се проявява най-често във взаимоотношенията им с техните подчинени (сътрудници). Пълноценното реализиране на лидерската роля осигурява активизиране, мотивиране и стимулиране на сътрудниците за изпълнение на конкретни задачи в организацията.

В цял свят съвременният мениджър се възприема като ръководител - иноватор. За да може пълноценно да изпълнява тази отговорна роля, той трябва добре да знае теорията и практиката на съвременното управление; теорията на организацията и методите на моделиране на организационните структури за осъществяване на стопанската дейност; формите и методите на мотивация на целенасочено поведение на хората в системата на управление и в цялата организация; системният подход при проектиране на пазарните структури и методите на системния анализ

на резултатите от работата на тези структури; действащото законодателство и основите на правното регулиране на управлението. Мениджърът трябва да има широк поглед върху нещата и системно нестандартно мислене, да може бързо и правилно да се ориентира във вътрешната обвързаност на факторите, действащи в организацията, и в тяхното взаимодействие с външната среда. Трябва да притежава доброжелателност, да бъде добър психолог, да рискува разумно и премерено, да умее да разработва бизнес план, да го коригира при нужда и да осигурява изпълнението му, да прави маркетингови проучвания, да прогнозира развитието на управляваната от него система, съобразявайки се с потребностите на пазара и със стремежа за заемане на нови ниши в него. В процеса на ежедневната си управленска работа, мениджърът осъществява редица конкретни функции, за които той трябва да има необходимите познания :

- организира и планира дейността на сътрудниците си като цяло и своята собствена работа;
- разпределя задачи, инструктира и контролира;
- оценява резултатите от работата;
- запознава се с новостите в професионалната си област;
- осъществява представителни функции;
- поддържа контакти и комуникира както с организацията, така и извън нея;
- води преговори и т.н.

Към особено значимите лични качества на мениджърите можем да причислим:

- стремеж към знания, професионализъм и творчески подход;
- упоритост, самоувереност и всеотдайност в работата;

- изобретателност, инициативност и способност да генерира идеи;
- комуникативност;
- амбициозност в преследване на успеха;
- емоционална стабилност , откритост, гъвкавост и адаптивност;
- енергичност и жизнена устойчивост;
- настъпателност (при нужда) и умения за успешна защита и аргументация;
- ситуационно лидерство в организационните структури;
- вътрешна потребност от саморазвитие и самоконтрол;
- организираност и пестеливост в използване на времето си;
- отговорност за работата и за взетите решения;
- потребност да работи в и с колектив;
- способност да създава сплотени, работещи екипи;
- бързо и ефикасно да разрешава възникналите проблеми и т.н.

Интерес представляват и деловите умения, които трябва да притежават мениджърите от различните управленски равнища. Уменията са способности, които могат да се развиват и които в една или в друга степен, ефикасно се проявяват на практика. Тези способности не идват по рождение, а се изменят през живота на хората и се използват като спомагателно средство за постигане на целите от страна на лицето, което ги притежава. Р. Кац твърди, че три типа умения имат важно значение за мениджърите :

- ✓ технически умения
- ✓ умения за общуване с хората
- ✓ концептуални умения

Съвременните мениджъри са прагматици с престижна работа и твърде удължен работен ден. Най-важните предпоставки за успеха на съвременните мениджъри са: образованието, личните им качества, опитът и доброто стечение на обстоятелствата.

Всички досегашни здравни министри посвещаваха почти изцяло времето си не на стратегически анализи, прогнози и решения, а на всевъзможни ежедневни оперативни проблеми на отделни болници, общини и т.н., които би трябвало да се решават на по-ниско институционално ниво. Такъв подход е не само нерационален, **той е вреден** за управление на системата. Обществото иска да види в здравния министър политическата и стратегическа фигура, от която зависи съдбата на здравната система, а не просто **високопоставен чиновник**, зает с нескончаеми ежедневни проблеми.

Стратегическият мениджмънт се занимава с генералните проблеми на здравната система, той е функция на висшия мениджмънт с фокус към управление на **организационната промяна**. Неговите главни особености са **две**:

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

Стратегическият мениджмънт е отговорен за определянето и постигането на крайната цел, неговата главна грижа е посоката на

развитието. Главните въпроси, стоящи пред стратегическия мениджър са: „Защо?“ и „Накъде?“.

Някои автори определят стратегическия мениджмънт като макромениджмънт.

Оперативният мениджмънт е фокусиран към процеса на дейността, към организационните методи и технологии. Той е изпълнител на стратегическите решения. Главните въпроси, стоящи пред оперативния мениджър са: „Как?“, „С какво?“.

Някои автори определят оперативния мениджмънт като микромениджмънт.

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

Необходимост от усъвършенстване професионализма на здравния мениджър.

Темата за управленския професионализъм в здравеопазването е подценявана, но продължава да е актуална, дори витална за съдбата на националната здравна система. Според В. Борисов управленският професионализъм е ресурс. У нас постоянно се говори за недостиг на ресурси. Но остава конкретният въпрос кои ресурси не достигат и как да ги подредим по значимост, по приоритетност, по съподчиненост. Това е ключов въпрос, защото във всяка система има субординация на елементите.

В повечето анализи темата за ресурсите се изчерпва с финансовите ресурси и се прави известният на всеки гражданин извод за недостига на финанси.

Глобалната ефективност на една здравна система не се свежда единствено до финансирането ѝ. И колкото по-бедна е една страна,

толкова това обстоятелство е по-значимо. В САЩ могат да си позволят лукса да изразходват „неразумно“ финансовите ресурси на здравеопазването, но в България това би било фатално и това става все по-очевидно.

Колкото по-малко са финансите, толкова повече компенсаторно трябва да се включват други ресурси и механизми, за да се постигнат определени резултати.

Затова изходен решаващ ресурс са човешките ресурси, те са номер едно - безусловен свръхприоритетен ресурс на здравеопазването. А ключов механизъм за ефективно използване на този ресурс и чрез него на всички други ресурси, е управлението, мениджмънтът на системата.

По този начин управленският професионализъм в здравеопазването, здравният мениджмънт се представя като базов ресурс, като неотменно условие за ефективно функциониране на здравната система.

Според проф. Воденичаров кризата в здравеопазването е преди всичко управленска криза. Нейните корени са в зле обоснованата, нестабилна здравно-политическа концепция, в така наречените „национални здравни стратегии“, в здравния мениджмънт, в криворазбраната започната реформа преди вече 20 години, в управленската некомпетентност. Наши експерти от Факултета по общественото здраве имат категорично становище: докато в България не се внедри професионален здравен мениджмънт, здравната система ще бъде в плен на моментни решения, на неочаквани рискове и на хаотично движение в непредвидени посоки.

Трябва да признаем, че в момента у нас **бюрократичната „визия“** е по-силна от творческия здравен мениджмънт. По европейската

практика нещата са ясни и опростени – необходимо условие, за да заемеш управленска длъжност е **завършено академично образование** Магистър по здравен мениджмънт (master of healthcare management). Образователният проблем у нас е отдавна решен – факултетите по общественото здраве обучават именно магистри по здравен мениджмънт по специално акредитирани програми.

Актуалното състояние на нашата здравна система обуславя необходимостта от нова генерация здравни мениджъри, които освен интеграция на логиката на икономистите с логиката на медиците, трябва да формират онези специфични качества, които ще им позволят да постигнат ефективност на управленските им решения в период на икономически затруднения. Най-прекият път към това са програмите за обучение във Факултетите по общественото здраве.

1.3. Факултетите по общественото здраве - школа за нова генерация здравни мениджъри.

Реномираното американско месечно списание за мениджъри и предприемачи Fast Company публикува класация на 25-те професии, които ще бъдат най-търсени зад океана в близките четири години. За база са използвани данни на Бюрото за статистика на пазара на труда в САЩ (Bureau of Labor Statistics - BLS), както и мненията на независими експерти. Една от тях е професията *Здравен мениджър*.

Какво прави професията актуална: Според анализаторите зад океана здравната индустрия се развива бързо и управлението ѝ става все по-сложно. Това обуславя растящото търсене на висококвалифицирани специалисти по здравен мениджмънт.

Професионалната кариера на здравните мениджъри в България среща редица трудности и препятствия от различно естество – нормативно, организационно, квалификационно, финансово и социално-психологическо. Така например д-р Димитър Димитров отбелязва, че значителна част от тези ръководители (24% от директорите и 33% от началник-отделенията – по данни от негово изследване) все още не са получили никаква управленска квалификация [Димитров Д., 2009]. Нещо повече, според него, голяма част от началник-отделенията не смятат управленските функции като важни. Значителна част от тях продължават да изпълняват чисто производствени функции като клиницисти, което затруднява едновременната им управленска дейност [Грийн Р., 2001; Димитров Д. и кол. 2008; Димитров П. 2007]. Според оценката на експертите компетентността по здравен мениджмънт на лицата с управленска функция в болниците е ниска или направо липсва [Борисов В и кол., 1998; Воденичаров Ц., 2003; Гаврилова Д. и кол., 2003; Димитров Д., 2008]. Те препоръчват въвеждане на определени (три) нива на управленските длъжности в болничния сектор и създаване на Единен национален регистър за професионална компетентност по здравен мениджмънт, който да се обновява ежегодно [Димитров Д. 2009]. За заемане на длъжностите директор и зам.-директор на болница да се регламентира образователно ниво “Магистър по здравен мениджмънт”, а за началник-отделения (клиники) и старшите сестри – изискване за квалификация по здравен мениджмънт. Участието в конкурси за управленски длъжности да става с дипломи и сертификати, получени само във Факултетите по обществено здраве, които са акредитирани специално за обучение на здравни мениджъри.

Въпреки че професионалната кариера на здравните мениджъри в България се съпътства все още от подобни препятствия, както отбелязва В. Борисов (2009): *„Времето на здравния мениджмънт дойде, въпреки бариерите, създавани от бюрократа-администратор и от депутата псевдозаконотворец. Нека бъдем оптимисти!“*.

Здравният мениджмънт е не само наука и практика, но и отделна самостоятелна професия. В съвременните условия са налице възможности за автономна професионална кариера и развитие в областта на здравния мениджмънт. Развитието на здравния мениджмънт като теория и практика закономерно доведе до обособяването на самостоятелна професия - професията на здравния мениджър. Възниква необходимостта управленската функция в здравеопазването от дейност „между другото“ да стане специфична дейност на определен тип професионалисти, които **да се посветят цялостно** на сложната, нетрадиционна и нестандартна дейност по управление на здравната организация. Тези професионалисти са именно здравните мениджъри.

В развитите страни официално е регламентиран професионалният здравен мениджмънт, т.е. управлението в здравеопазването е професионална дейност със задължителна квалификация по здравен мениджмънт. Тази квалификация се удостоверява с определени дипломи – по правило магистър по здравен мениджмънт.

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

Характерно е, че в развитите страни най-често пътят на професионален мениджмънт поемат не лекарите, а лица с друг профил на изходно висше образование - икономика, право и нърсинг. В България все още господства т.нар. **медикрация**. Трябва да се осъзнава, че медикрацията е бариера за развитието и утвърждаването на професионалния здравен мениджмънт в нашата страна. В тази насока съществена роля ще играе дейността на Факултетите по обществено здраве в нашата страна. В България засега ситуацията е двойствена. Вече са създадени условия за университетско обучение на здравни мениджъри във Факултетите по обществено здраве, но няма адекватна нормативна база за реализиране на подготвените здравни мениджъри – магистри и бакалаври.

В съвременна Европа здравният мениджмънт не е дейност между другото, а самостоятелна професия. Нормативно е реализирана необходимостта определен тип професионалисти *да се посветят* не временно и инцидентно, а **цялостно** на сложната, нетрадиционна и нестандартна дейност по управление на здравната организация.

Обучението по здравен мениджмънт в България не е в краткотрайни курсове, а университетско от типа на магистратура. Завършващите магистратура най-често имат и друго базово висше образование.

Системната университетска подготовка по здравен мениджмънт и регламентирането на магистратурата по здравен мениджмънт като условие за управленска кариера в здравеопазването ще се отрази благоприятно върху реализацията и професионалния маршрут на бъдещите здравни мениджъри. Ще се преодолее случайното попадане на некомпетентни лица на управленски позиции и ще се повиши

професионалната мотивация за развитие на нови управленски знания и умения сред действащите здравни мениджъри в практическото здравеопазване.

През последното десетилетие Факултетите по обществено здраве станаха много важен стимул за развитие на професионалния здравен мениджмънт в България, защото те формират **новия тип управленски професионалисти** и очертават насоките за реално утвърждаване на управленския професионализъм в здравната система на всички нива.

Както подчертават Ц. Воденичаров, Г. Грънчарова и В.Борисов, функциониращите Факултети по обществено в нашата страна са **нова реалност, нова концепция и практика** в дейността на медицинските университети. Мисията на тези факултети е да създават новата генерация професионални здравни мениджъри, необходими за ефективното управление на националната здравна система във всички нейни сектори и нива, както и за нейната организационна промяна. Чрез дейността на тези факултети в България вече има значителен потенциал от дипломирани магистри по здравен мениджмънт .

От една страна именно Факултетите по обществено здраве са генератори на иновациите в областта на неговото управление, но от друга страна те са и в дълг към създаването на нова генерация здравни мениджъри. Необходимо е създаването на нов вид интелектуален продукт: образователна система за хора, които искат да стават предприемачи и инвеститори в здравеопазването.

1.4. Професионалният управленски стил – необходимост от ефективно лидерство.

Новият професионализъм в управлението на здравеопазването задължително предполага наличието на ефективно лидерство.

Ключовият въпрос на лидерството е доколко и как лидерът може да управлява промяната. Това е от изключителна важност в условията на криза, затова лидерът на промяната има мисията на антикризисен лидер.

Антикризисното управление по същество е управление на риска и на шанса, появяващи се в условията на кризата. Добрият **антикризисен лидер** действа изпреварващо, създава промените, които да движат нещата в негова полза, вместо да чака и да реагира на промените, когато те са вече факт.

В условията на криза и на промяна е необходим стил на т.нар. **преобразуващо лидерство**, което преодолява бюрократично-административния стил на управление. Известен е афоризмът на Хенри Кисинджър:

„Задачата на лидера е да преведе своите хора от мястото, където са сега към мястото, където никога не са били”.

Затова най-важното изискване към лидера на промяната е да има ясна визия за целта и неизтощима воля за нейното постигане. А именно в процеса на здравната ни реформа още от нейния замисъл, както вече посочихме, бе очевидна липсата на реални лидери на промяната, личности с доказани качества на ефективни лидери [Воденичаров, Ц. И кол., 2008].

Качества на ефективния лидер

В литературата се анализират редица личностни качества на лидера. В това многообразие могат да се открият следните най-важни качества:

- Умение да определя значима цел и ясна посока;
- Харизматичност (лично излъчване), комуникативност;
- Воля, жизненост и енергия;
- Инициативност, предприемчивост, решителност;
- Морал;
- Умение да генерира позитивна мотивация;
- Умение да се самотивира във всеки един момент, независимо от предизвикателствата;
- Да отключи нагласите си за победител;
- Умение да посреща промените и предизвикателствата и да ги превръща във възможности.

Управленският стил е първостепенен фактор на ефективния мениджмънт на човешките ресурси в здравната организация. Той отразява взаимовръзката, единството и различието между понятията лидерство и мениджмънт. В повечето публикации проблемът за управленския стил се интерпретира като синтез на стила на лидерство и мениджмънт [Балканска П., 2000; Балканска П., 2010; Воденичаров Ц., 2003]. Изявявайки своя стил като официален ръководител, мениджърът едновременно демонстрира качествата си на реален лидер. И доколкото той е реален лидер на персонала, той ще бъде и ефективен мениджър на дадената организация.

Самоусъвършенстването на лидерството налага все по-големи изисквания за лична инициатива за по-пълна реализация на индивидуалните възможности на мениджъра.

Умението да ръководиш другите е важно социално комуникационно умение, то е колкото изкуство, толкова и наука. Успешното управление се основава на вътрешно присъщи качества, натрупан личен опит, интуиция и ръководен талант на дадената личност. За да се усъвършенства обаче, лидерството може и трябва да бъде изучавано и развивано.

Ц. Валентинова подчертава необходимостта лидерът да отчита и съобразява професионалната мотивация на своите подчинени, да опознае истинската **същност на хората**, с които работи. По този начин той ще стимулира и даде възможност всеки да се реализира и да работи с пълния си личностов потенциал. Лидерството не означава да накараш хората да извършат само това, което те искат. Лидерът трябва да може да накара хората да направят и това, което те не искат или мислят, че не могат и при това – да го направят с позитивна нагласа и удовлетворение.

Същата авторка посочва и някои грешки, които лидерът допуска най-често при мотивирането на персонала. Една от тези грешки е схващането, че подчинените се мотивират от същите неща, които мотивират лидера. Поради това често лидерът фокусира вниманието към своите собствени мотиви и дистанцира околните от активна съпричастна дейност. Друга грешка е мнението, че хората се мотивират главно и единствено от парите. В този случай се подценява разнообразието на личностните ценности и потребности, които често са от духовно естество. Грешка е и мнението на някои лидери, че хората изобщо не

могат да бъдат позитивно мотивирани и следва само ясно и категорично да им се възлагат служебни задачи.

Тези грешни подходи на лидера отварят широк път на бюрократично-административния команден стил на управление на персонала в здравеопазването, при което ролята на лидера се ограничава само на транслятор на нареждания и задачи.

В публикациите по съвременните модели на лидерство се наблюдават редица непълноти. Тези модели разкриват повече проблеми, свързани с мениджмънта, а не толкова с лидерството. Разглеждат се отношенията „индивид-дейност”, както и междуличностните отношения, но не се изясняват дълбоките причини защо някои организации са по-успешни и по-привлекателни от други.

Теоретичните публикации определят лидерството като способност да се влияе на отделни индивиди и групи хора, подтиквайки ги да работят за постигане на определена цел. Решаваща роля при лидерството играе неговия стил, който е свързан с отговор на въпросите: Как трябва да се държи управляващият в ролята на лидер? С какви средства може ефективно да влияе върху сътрудниците си? Какъв стил на поведение трябва да има, за да насочи пределно ясно усилията на персонала към конкретните цели?

Като обобщение на възгледите на редица автори можем да очертаем следните концептуални подходи за лидерство: **личностов подход, поведенчески подход, ситуационен подход** (А. Ангелов, П. Балканска, В. Борисов, М. Кънчев, В. Савов, Т. Peters и др.).

Личностовият подход посочва като условие за ефективно лидерство главно личните качества и характеристики. Известна в тази насока е «Теорията за великите хора». Като особено важни лични качества на

ръководителя се сочат: ниво на интелект и култура, честност, здрав разум, инициативност, увереност в себе си, впечатляваща външност. Но все още в литературата липсва единно мнение за набора от качества, които трябва да притежава големия лидер. Натрупват се доказателства, че в различни ситуации се изискват различни качества и способности от мениджъра-лидер, неговите подходи трябва да бъдат гъвкави и адекватни на изменящата се среда.

Тук в пълна сила важи един от принципите на лидерството «Добре управлява онзи, който добре мотивира».

Поведенческият подход се основава на класификацията на стиловете на ръководство, респ. стиловете на поведение на мениджъра-лидер. Ефективността на лидерството се определя не толкова от личните качества на ръководителя, а от неговия маниер и стил на поведение спрямо подчинените. Като недостатък на този подход някои посочват неговия стремеж да намери някакъв универсален оптимален стил на ръководство. Някои автори стигат до заключението, че не съществува един единствен «оптимален» стил на ръководство. За да бъде ефективен и конкретен стилът на ръководителя, може да се променя в зависимост от редица условия.

Ситуационният подход отчита личните качества и поведение на мениджъра, но приема, че най-ефективният стил се обосновава от изменящата се ситуация в дадената организация. Едни от най-новите възгледи за стиловете на ръководство са отразени в **ситуационната теория**, известна още като **теория на условността** или теория на непредвидените обстоятелства (*contingency theory*). Това изисква мениджърите да бъдат адаптабилни, като видоизменят своя стил на поведение съобразно особеностите на ситуацията.

Илюстрация на ситуационната теория е моделът “пътека - цел”. Според него определящ фактор за стила на ръководство са *очакванията* на подчинените - тяхното изпълнение се влияе от степента, в която мениджърът удовлетворява техните очаквания.

Ориентацията на мениджъра към най-подходящия управленски стил се определя главно от два фактора:

- Качества на сътрудниците
- Характер на задачата

Решаващото в стила на лидерство е да не се допуска догматичен подход на готови решения. Винаги следва да се съобразяват живите хора с техните потребности, нагласи, ценности и мотиви. В този смисъл важно значение има модерният подход за **функционално ориентирано лидерство**, който е широко представен в литературата [Балканска П. 2004]. Този подход фокусира вниманието към баланса на три групи потребности в процеса на управлението: потребностите на задачата, потребностите на групата и потребностите на индивида.

Според В. Борисов функциите на лидера в тези три сфери се представят по следния начин:

А) Функциите на лидера по **удовлетворяване на потребностите на задачата** са:

- определяне на задачата;
- съставяне на план;
- разпределение на работата и на ресурсите;
- контрол върху качеството;
- адаптиране на плана;
- оценка на изпълнението.

Б) Функциите на лидера по удовлетворяване на груповите потребности са следните:

- поддържане на морални стандарти в групата;
- поддържане на дисциплината;
- създаване на групова атмосфера;
- окуражаване и мотивиране;
- създаване на усет за целта;
- назначаване на свои заместници;
- осигуряване на комуникации, обучение на групата.

В) Функциите на лидера по удовлетворяване на индивидуалните потребности са:

- съпричастност към личните проблеми;
- лични похвали и стимули;
- създаване перспективи за професионална кариера;
- използване на индивидуалните способности;
- лични контакти с отделните изпълнители;
- обучение на отделните индивиди.

При ефективния лидер тези три функции са в максимален баланс. В този смисъл може да се каже, че за ефективния лидер е присъщ балансирания стил на ръководство, при който той умело съчетава функциите от очертаните три кръга. Подценяването на едната група функции очевидно ще повлияе неблагоприятно върху останалите функции. Функционално ориентираното лидерство е най-адекватния стил за условията на съвременното плуралистично здравеопазване. Този функционално ориентиран стил е най-адекватен към ситуационната теория за стила на мениджмънт, която обосновава нуждата от постоянен динамичен подход в управленския стил. Този стил е чужд на готовите

еднотипни и ниско ефективни административни подходи в управлението. [В.Борисов, 2004].

Живеем в епоха на постоянни и всеобхватни промени, които задължават организациите и хората да бъдат гъвкави и адаптивни. Същността на лидерството си остава неизменна, но ролите, които се възлагат на управленците се променят. Затова и днес мениджърите са изправени пред предизвикателството да работят в комплицирана и турбулентна среда.

Съвременният мениджър е провокиран да бъде не просто мениджър на рутината, а лидер на хора с общи цели и заедно с това да бъде не просто лидер, а лидер и на промяната, промяната настъпила в технологичния и иновационен 21 век. Ето защо качествата, било то придобити или вродени, на лидера са печелившата инвестиция на нашия век.

В сферата на здравеопазването, където възможностите нарастват, но наред с тях има и специфични изисквания, ефективните лидери са витално необходими. Те имат способности да изградят идеи, вдъхновения и импулси у хората. Лидерството в тази сфера изисква наличието на подготвени кадри, с изградени концептуални и целенасочени възгледи за здравеопазването.

Модерният управленски стил се нуждае от адекватно ресурсно мислене, основано на ясни парадигми, умения и инструменти, с които да отключва таланта на хората и да ги мотивира за постигането на важните приоритети в здравеопазването.

Лидерството изобщо и в частност лидерството на промяната липсва като ключова дума във всички документи, анализи и публикации, свързани със здравната реформа. Прегледът на литературата показва, че

постоянните ключови думи са *модел* (*нови модели*), *принципи*, *подходи* (*нови подходи*), *стандарти*, *технологии*, *структурна реформа*, *механизми на финансиране*, *стратегии* (*стратегически рамки*), *параметри* (*ключови параметри*), *програми*, *бенчмаркинг* и т.н. Впечатлява фактът, че лидерството не е просто подценено, то е пренебрегнато като термин и понятие специфично съдържание и конкретни значими функции в процеса на организационната промяна.

Лидерът – гарант за нова организационна култура

Съвременните здравни реформи изискват непременно създаването на нова организационна култура, която от своя страна предполага появата на ефективни лидери на промяната. Голямото предизвикателство е, че има потребност не просто от лидери, а от лидери на промяната.

От стратегическа управленска гледна точка лидерството е неотменим ресурс за успеха на провежданите здравни реформи. Лидерът е този, който компетентно, авторитетно и отговорно дава гаранцията за движение в главната стратегическа посока при всяка промяна в здравната система. Ролята на лидера е да бъде гарант за преодоляване на хаоса и на спонтанните промени с оглед провеждането на целенасочени, добре обосновани и добре подготвени промени. Затова подборът, формирането и реализацията на нов тип лидери на здравната система е особено актуална и дори витална потребност.

Посочената потребност е нагледно илюстрирана в процеса на здравната реформа в България. Тази реформа, започнала през 2000 г. и досега не е финализирана, тъй като протича доста противоречиво и среща редица трудности. Днес вече са очевидни многобройните нови

проблеми, които тя породила и нейните несъответствия с обективните здравни потребности на обществото.

Тук няма да обсъждаме тези проблеми, а задачата ни е да анализираме само една от главните трудности и причини за неуспеха на здравната реформа, а именно **трайният дефицит на реални лидери** в здравната система на различните ѝ нива в целия досегашен процес на промяната. Дефицитът на ефективни лидери корелира с липсата на добра **екипност** в здравната политика и в стратегическия мениджмънт на здравеопазването.

Дефицитът на лидери – бариера на здравната реформа

Малко е да се каже, че здравната реформа в България не е финализирана. Още в зародиша на тази реформа някои експерти предупреждаваха за нейните големи и многообразни рискове и преди всичко липсата на адекватен лидерско-мениджърски потенциал за управление на започнатата промяна в здравеопазването.

В контекста на лидерството особено тежък е дефицитът на **лекаря–лидер** на промяната. Години наред в страната съществува феноменът медикрация – доминирането и почти абсолютният монопол на лекарите клиницисти в управлението на здравната система. Депутатите законотворци са лекари, здравните министри са лекари, болничните директори и шефовете на здравни институции са лекари и т.н. И въпреки това трудно е да се открие лекар в адекватната позиция, компетентност и мисия на лидер на промяната.

Самият стил на мислене на лекаря-клиницист е принципно различен от този на мениджъра и лидера. В този аспект впечатляваща е мисълта на Ц. Воденичаров: *„Медикът е формиран да мисли*

индивидуално. Мениджърът-лидер е формиран да мисли глобално и системно”.

Когато лекарят заеме управленска позиция на национално, на регионално и на местно ниво главна бариера за широкото концептуално-стратегическо мислене и визия в неговата дейност е доминирането на технологичното клинично мислене на лекаря. Именно липсата на личности с лидерски стил на мислене и действие създава почвата за силно изявен бюрократизъм в стратегическия и оперативния мениджмънт на здравеопазването.

Очевидни примери в тази насока са *безуспешните многогодишни опити* за внедряване на професионален мениджмънт в здравеопазването, за промяна на дефектните здравни закони, за по-адекватни форми на управление и финансиране, за преодоляване на „черния пазар”, за нов тип конкурсно начало при заемане на ръководни длъжности, за екипност в управлението, за граждански контрол на здравеопазването, за качествено нова мисия и функции на общопрактикуващите лекари (ОПЛ), за национална здравна карта и редица други идеи, останали не само без реализация, но дори без елементарни начинания, без реални инициативи.

Дефицитът на лидери корелира с дефицитът на здравно-политически стил мислене, респективно липсата на ясна дългосрочна здравно-политическа доктрина. По този начин доминиращата медикрация и технологичното мислене на лекаря се превръщат в **обективна бариера на новата организационна култура** и управленския професионализъм в здравеопазването.

Наличието на лидерски качества сред медицински персонал изследват В. Борисов и Б. Борисова чрез психометрична анкета -

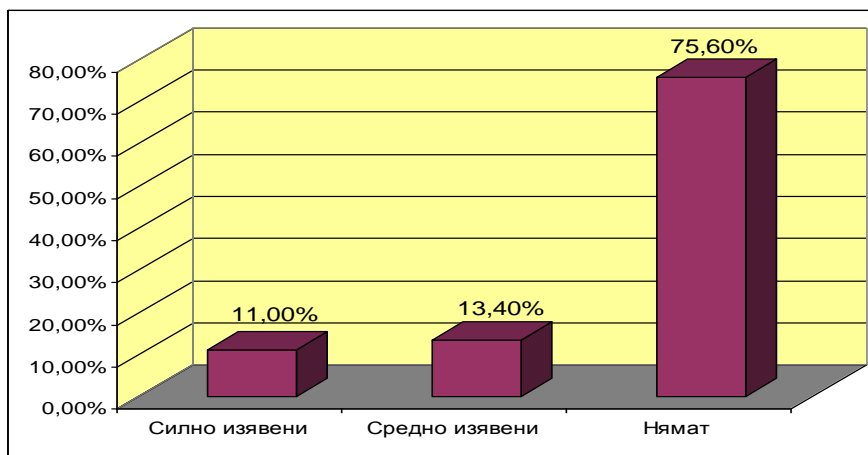
психометричен тест по М. Белбин, съдържащ 50 въпроса за самооценка (виж табл. 6 и фиг. 11).

Таблица 6. Наличие на лидерски качества сред обучаващи се в бакалавърски и магистърски програми по здравен мениджмънт (резултати от психометрична анкета)

Степен на налични лидерски качества	Брой	Процент
Притежават силно изявени качества за лидерски функции	14	11,0 %
Притежават средно изявени качества за лидерски	17	13,4 %
Не притежават изявени качества за лидерски функции	96	75,6 %
Всичко	127	100,0

Вижда се, че доста нисък процент от анкетираните притежават изявени качества за лидерски функции (11%).

Фигура 11. Наличие на лидерски качества сред обучаващи се в бакалавърски и магистърски програми по здравен мениджмънт (резултати от психометрична анкета)



Според авторите това свидетелства за определен **дефицит на лидерски потенциал** в здравеопазването. Лидерът е централната фигура във всеки управленски екип. Без личности с качества на лидер всяка една здравна организация, всеки управленски екип очевидно би бил

нецеленасочен и неефективен. И именно това е сериозният проблем на здравния мениджмънт.

Тази ситуация създава **малки перспективи за бъдещо лидерство**, тъй като лица с бюрократично-административна и изпълнителска нагласа, заели ръководни позиции, не създават условия за развитие на нови лидери, дори противодействат на всяка тенденция за утвърждаването на нови лидери. Тук можем да припомним мисълта на Том Питърс „Ролята на лидера е да създава нови лидери”.

Липсата на лидерски качества у лица, заели ръководни позиции, не може да се компенсира с нищо. Администраторът не може да замени лидерът. Лидерът има нагласата и мотивацията за движение и промяна. Администраторът има нагласата и мотивацията за стереотипна инертност и застой.

Мениджърът като лидер

В литературата все повече се обосновава необходимостта всеки мениджър да бъде по същество и лидер. В съвременните условия именно лидерските качества и роли принципно различават мениджърът от администратора. Световно известният автор L. Mullins пише: „Трябва да се разграничи мениджърът-лидер от администратора-бюрократ”.

Някои учени разграничават съвсем ясно мениджмънта от лидерството. Например Уорън Бенис счита, че има разлика между „онези, които овладяват контекста и замисъла, и онези, които му се подчиняват“.

Ето някои типични разлики между мениджъра и лидера:

- Мениджърът поддържа статуса, лидерът предизвиква развитие.

- Мениджърът се фокусира върху системите и структурата, лидерът се фокусира върху хората.
- Мениджърът администрира, лидерът е иноватор.
- Мениджърът се осланя на контрола; лидерът вдъхва доверие.
- Мениджърът имитира и подражава; лидерът създава.
- Мениджърът има краткосрочен поглед; лидерът има дългосрочна визия.
- Мениджърът е добрият войник и се подчинява; лидерът е себе си и използва собствените си ценности, за да ръководи.
- Мениджърът пита как; лидерът пита защо.

Към ресурсите на мениджъра се отнасят хората, времето и информацията. Като ги използва умело, мениджърът осигурява получаване на високи резултати и така постоянно повишава конкурентноспособността на организацията.

Върху ефективността на управлението на мениджъра влияят следните негови способности :

- ✓ способността да управлява себе си;
- ✓ разумната система на личните му ценности;
- ✓ ясните лични цели;
- ✓ стремежът му за растеж в кариерата;
- ✓ изобретателност и способност за иновации;
- ✓ висока способност да влияе на околните;
- ✓ познаване на съвременните управленски подходи;
- ✓ умение да обучава и да осигурява растеж и на подчинените си.

Наред със способностите на мениджъра да управлява ефективно, съществуват и ограничения в развитието на личността му, които да са пречка. Такива могат да бъдат неумението да управлява себе си;

неизяснени лични цели и неустановени лични ценности, неспособност за саморазвитие, недостатъчни способности за разрешаване на проблеми и липса на творчески подход, слаби умения за управление на хора и ресурси, други.

Днес е критично важно здравният мениджър да съчетава своята управленска позиция с лидерство, което означава да притежава качества, умения и мотивация на лидер.

Безспорно е, че лидерската нагласа се базира на вродени качества, но оформените лидерски умения се постигат преди всичко по пътя на образованието, личния опит и автотренинга. Според Джон Адеър, лидерството е едновременно и качество, и роля, която може и трябва да бъде усвоена от всеки мениджър.

Класическият мениджмънт от типа на т.нар. бизнес-администрация (основана на стандартни рутинни правила) отива в историята и се заменя от модерния мениджмънт, който задължително предполага като свой елемент лидерски функции.

В теорията на лидерството се описва т.нар. „**синдром на тесния специалист**” или „синдром на експерта”. Счита се, че експертът в една област има по принцип тесен кръгзор за генералната проблематика, няма машабната визия за организацията в нейната цялост. Това се дължи на предварително натрупаните у него професионални схеми и тясното поле на експертното му знание, стереотипи и опит. В управленски аспект специалистът-експерт страда от липсата на цялостна и обективна далновидност, присъща на един трениран да обобщава мениджър-лидер. Поради това специалистът-експерт, попаднал на ръководна позиция често не успява да балансира многообразните интереси, откъдето възникват серия диспропорции и конфликти.

Главна слабост на специалиста-експерт е, че трудно оценява външната среда, обкръжението на неговата организация. **Неуспехът да се оцени външното обкръжение може да бъде и често се оказва катастрофален за много организации.** В този контекст често наблюдаван е казусът „добър специалист – слаб лидер-мениджър”.

Да водиш другите по вярната посока е специално умение, принципно различно от изпълнителското оперативно умение. Комбинацията „*отличен персонал и слаб лидер*” е по-неблагоприятна и по-безперспективна от комбинацията „*слаб персонал и силен лидер*”. Защото силният лидер ще съумее да организира този персонал, да намери силните му страни и да ги доразвие. В този аспект почти фундаментално значение има един класически афоризъм на Наполеон Бонапарт: „*Армия от овни, оглавявани от лъв, винаги ще победи войска от лъвове, оглавявани от овен*”.

В условията на глобална криза и турбулентност мениджърът по необходимост поема лидерска мисия. Антикризисното управление изисква нов, специфичен и нестандартен управленски стил, умение да се работи в екип, да се преодолява бюрократичния застои в мисленето и действията, да се създават: нова организационна култура на персонала, позитивна нагласа за промяна, за овладяване на рисковете и максимално използване на шансовете в процеса на кризата. Управлението на процеси и технологии е рутинен подход в мениджмънта. Днес главното предизвикателство пред всеки мениджър е управлението, ръководството на хората, т.е лидерството.

Лидерството е не само един от необходимите елементи на съвременните здравни реформи, то е техен ключов, базов елемент. Без

компетентно ефективно лидерство не е възможна нова организационна и управленска култура в здравеопазването.

В настоящия момент обаче е налице тежък дефицит на ефективни лидери на всички нива на здравната система. Като отбелязваме тези слабости и пропуски ние осъзнаваме, че проблемът за лидерството в здравеопазването не е лесен за решаване. Защото по-лесно е да се намерят практически изпълнители на дейности, отколкото лидери на тези изпълнители.

Обстоятелството, че проблемът за лидерството е труден, не означава, че не трябва да се предприемат стъпки за неговото решаване. Именно проблемът за лидерството днес трябва да бъде грандиозната обща задача и споделена отговорност на здравните политици, на здравните законодатели, на експертите, на висшия стратегически мениджмънт и на съсловните организации в здравеопазването (Лекарски съюзи, Асоциации на професионалистите по здравни грижи).

Целенасоченото обучение и формиране на професионални умения и ключови компетенции у бъдещите лидери в здравеопазването следва да бъдат неотменна и приоритетна функция на Факултетите по обществено здраве.

1.5. Ключови лидерски компетентности в сферата на здравеопазването

Компетентността е следствие от три компонента: придобити знания, натрупан опит и развити умения. Повишаването на компетентността е непрекъснат процес, движен от вътрешния мотив на човека да се справя все по-добре в областта, в която работи. И опита и

знанието не бива да се натрупват самоцелно. Те трябва да съответстват на професионалните цели, които човек си поставя, и да подпомагат постигането на конкретни резултати в пътя към целта.

Дизайн на компетентностен модел в сферата на здравеопазването

Компетенциите условно се разделят на:

Ключови / Базови компетенции - отнасят се за всички служители, заемащи определено ниво в организацията /личностни и социални умения критично мислене, творчество, решаване на проблеми, инициативност, степен на поемане на отговорност и степен на самостоятелно решаване на задачи (включително учене), и са свързани с организационната стратегия, визията, мисията и ценностите ѝ.

Функционални компетенции - отнасят се за определена функция в здравната организация: медицински дейности, финанси, счетоводство, маркетинг, PR, човешки ресурси и т.н. Без достатъчно висока базова и функционална компетентност не е възможно да се притежава висока мениджърска и лидерска компетентност.

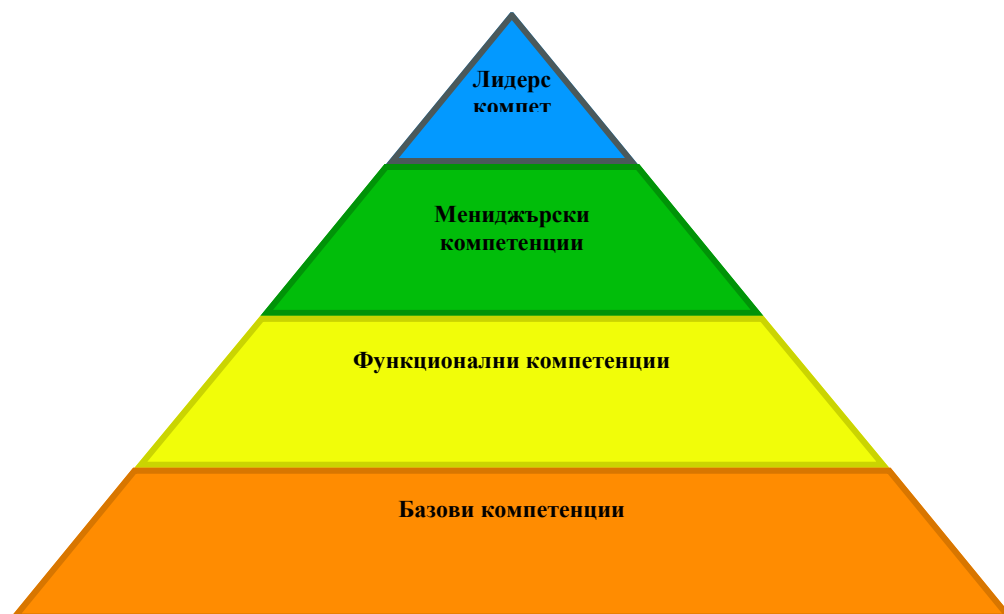
Мениджърски компетенции – отнасят се за управленските йерархични нива в организацията. Тук се съдържат знанията и уменията за управление на наличните ресурси.

Лидерски компетенции - съдържат умения и качества за оказване на влияние върху други хора. Те са постижими едва след като другите нива на компетентност – функционална и мениджърска, са изпълнени в достатъчна степен (Фигура 12).

Базисните мениджърски компетенции са в области, които се определят като приоритетни за развитието на мениджърите [Балканска П. 2010; БАУРЧР, 2003; Димитров П. 2007; www.management-

standards.org]. Нивото на информираност и способността за концептуализация от своя страна са показатели не само за наличие или липса на знания в съответната област, но и за това, до каква степен те са трайни и устойчиви категории на съзнанието. От друга страна, способността на мениджърите и ключовите специалисти да концептуализират в рамките на добрите практики и поведенчески модели показват наличие на формирани или формиращи се умения [Avolio, B. 2004, Bennis, W. 1996, Bennis, W. 1994].

Без информация и обучение за научно установените закономерности, ефективните поведенчески модели и техните ценностни измерения, не могат да се придобият умения и усъвършенстват качества. Уменията са базирани на знания, опит и концептуализация, които в процеса на обучение и практика се заучават и типизират [Балканска П. 2009]. **Фигура. 12. Пирамида на компетенциите в здравеопазването**



Съществуват 6 основни фактора на базисните мениджърски компетенции:

1. Управление на времето
 2. Управление на целите
 3. Комуникация и организационно поведение
 4. Базисни мениджърски умения
 5. Развитие на ефективен екип
 6. Управление на проекти и реализиране на приоритети
- [Димитров П. 2007, www.management-standards.org].

Практиката показва, че наличието на базисни знания и умения по тези 6 основни фактора са централни за взимане на решение за промоция на мениджъри и ключови специалисти на по-високи позиции или обратното - липсата им води до незадоволителни резултати, кариерен застои, понижение в йерархията или уволнение.

Качества като лидерство, способност за изграждане на доверие и стратегическо мислене стават по-адекватни, отколкото традиционните умения за управление, като например - способност за издаване на разпореждания и изпълнителност [Димитров П. 2007, www.management-standards.org].

Набор от лидерски компетентности в сферата на здравеопазването

Въз основа на проведено проучване от проф. Балканска през 2010г. сред 220 здравни мениджъри и 730 души медицински персонал от болничната помощ са определени ключови управленски компетенции и е разработен модел за развитие на лидерска компетентност в здравеопазването, съобразен с използваните общи стандарти, изведени на базата на най-добрите практики, дефиниращи изискванията за

компетентно изпълнение на работата и необходимите за това персонални умения при съблюдаване спецификата на здравната дейност и нейното управление. Той предоставя основна рамка за моделиране на ключовите мениджърски умения, необходими при оптимизиране на професионалната подготовка на мениджъри за осъществяване на ефективно управление на човешкия потенциал в здравната организация. На основата на направените анализи се очертават следните значими лидерски компетентности в сферата на здравеопазването, структурирани в шест основни групи [Балканска П. 2010]:

Първа група: Самоусъвършенстване и развитие на личностни качества и умения

- Управление на личностни ресурси
- Самоконтрол и психична устойчивост /„психика на победител”/
- Самоосъзнаване /има представа и ясна оценка за себе си/ и самообучение
- Умение за координиране на ценностите
- Почтеност и отговорност
- Адаптивност и справяне в ситуации на напрежение
- Усвояване и прилагане на лични стратегии за справяне със стреса
- Комуникативни умения и асертивно поведение
- Умения за увличане и водене на хората
- Лично поведение и пример
- Наличие на специални професионални знания и умения
- Професионално развитие
- Позитивно здравно поведение

Втора група: Лична организационна ефективност

- Ориентация към организационните резултати
- Мотивация за обучение и развитие
- Ориентация към другите
- Прилагане и принос към организационната политика
- Професионално - ролева гъвкавост
- Организационна лоялност и надеждност

Трета група: Лидерство на другите

- Ефективно общуване и комуникация
- Развиване на ефективни работни взаимоотношения с колеги и подчинени
- Развиване на ефективни работни взаимоотношения с клиенти и заинтересовани страни
- Умения и действия за оказване влияние върху другите
- Респект и уважение към другите и управление на различията
- Умения за (из)слуш(в)ане
- Насочване на постиженията чрез споделена визия, ценности и цели
- Изграждане и управление на екипи
- Стил на взаимодействие в екипа
 - Проява на грижа за хората
 - Ефективно партниране
 - Социална мрежа - изграждане на доверие и подкрепящи отношения
 - Работа в екип
 - Авторитет
 - Менторство за развитие и растеж

- Планиране, подбор и задържане на подходящи кадри
- Разпределяне и контрол на качеството на екипната работа
- Подкрепа за разработване и поддържане на ефективността на екипа
- Осигуряване на възможности за обучение на членове на екипа
- Осигуряване реализирането на приоритети на общественото здраве в конкретната специфична професионална област
- Подпомогне решаването на проблеми, засягащи тяхното изпълнение
- Профилактика и управление на конфликти в екипа
- Решаване на проблеми в екип
 - Концептуален анализ на информация
 - Осъществяване на приоритети на общественото здраве
 - Иновативни решения
 - Стратегическа ориентация

Четвърта група: Стил на лидерско действие

- Управление на промените и риска
- Прилагане на познания, опит и технологии
- Делегиране на отговорности
- Контрол на изпълнението
- Супервизия
- Мотивационно поведение
 - формиране, поддръжка и управление на взаимоотношенията;
 - зачитане мнението на всеки и признание на неговите резултати;

- привличане на сътрудниците в управлението (овластяването им) и създаване на добър социално-психологически климат в колектива и др.

Пета група: Лидерство на постиженията и на промяната

- Насърчаване на иновациите в екипа, в отделението
- Насърчаване на иновациите в професионалната област на отговорност
- Развитие на визия за тяхното прилагане
- Умения и усилия за подобряване и усъвършенстване на работата
- Умения за решаване на проблеми и вземане на решения
- Прилагане на промените и преодоляване на съпротивата към промяна

Шеста група: Постигане на резултати

- Насочва изпълнението на задачите
- Оперативно планиране и управление на
- проекти
- Разработване и прилагане на маркетингови планове за конкретната област на отговорност
- Решаване на проблеми при обслужване на пациенти и клиенти
- Мониториране решаването на проблеми при обслужване на пациенти
- Подкрепа на подобренията при обслужване на пациенти
- Разработване и прилагане на клиент центрирани здравни услуги
- Управление на реализирането им и мониторинг на удовлетвореността на подчинени и пациенти

- Подобряване на организационната ефективност
- Управление на качеството на здравните услуги чрез прилагане на професионални стандарти за качество на извършваните дейности
- Предприемачество

Наборът от компетентности, посочени за дадена конкретна длъжност и място в организационната йерархия, може да се използва като индивидуален оценъчен/атестационен профил. За всяка компетентност могат да се изведат основни поведенчески показатели (индикатори) за степента на владенето и използването ѝ в дейността, градиращи в три нива на компетентност за оценка:

Първо ниво: “компетентност под изискванията за заеманата длъжност” от „0” дефицитно, „1” крайно незадоволително, „2” слабо;

Второ ниво: “компетентност в рамките на основните изисквания към заеманата длъжност” - „3” задоволително, „4” добро, „5” много добро;

Трето ниво: “компетентност, надхвърляща забележимо или съществено основните изисквания към заеманата длъжност” - „6” отлично, „7” изключително.

Трите нива съответстват на съществените, качествени различия в овладяването на определена компетентност, които могат да се наблюдават и оценяват количествено спрямо съвкупността от поведенческите показатели, включени в описанието на всяка от компетентностите.

Представеният набор от компетентности е основа за въвеждане на професионални стандарти за управление и лидерство в здравеопазването. Съобразен със спецификата на здравеопазването като

мисия, задачи и приоритети, той е изведен на базата на емпирични данни от проведени изследвания от проф. Балканска и задълбочен анализ на научни литературни източници, на практическия опит и европейските /преди всичко на Британския Съвет/ професионални стандарти за управление и лидерство. Моделът може да се използва като общо ръководство на здравните заведения и организации, като е необходимо да бъде конкретизиран и оценяван съобразно техните индивидуални роли и специфична дейност.

Ефективното управление на съвременните здравни заведения е свързано с установяване на стройна и действена система от пълномощия по повод приложение на компетентностната концепция в практиката [Воденичаров Ц. 2003, Димитров Д. 2008, Димитров Д. 2009]. Администрирането и поддържането на подобна система обаче се преплита и в редица случаи се достига до противоречия с компетенциите по останалите дейности при управлението на лечебните заведения. Това налага да се утвърдят принципите на компетентностния подход. В съответствие с Лисабонската стратегия и Болонския процес той в пълна степен може да бъде съотнесен към процесите и дейностите по повишаване на квалификацията на здравните мениджъри.

1.6. Теоретични подходи към моделиране на мениджърски компетентностни профили

Ще разгледаме някои подходи от гледна точка на възможностите, които разкриват за моделиране на желания профил на мениджъра.

Качественият подход се опитва да отговори на въпроса *какъв трябва да бъде мениджърът*. Обикновено неговите последователи и колеги очакват определени качества в зависимост от областта, в която работи. Адеър ги нарича *представителни* [Aditya, R. et al. 2000]. Например отговорност, организираност, дисциплинираност и експедитивност са често срещани качества, с които се самоописват преки мениджъри в топлоелектрическа централа, за разлика от креативност и гъвкавост, отнасящи се до мениджъри проекти в интернет медия. От лидера обикновено се очакват няколко важни представителни качества в неговата работа, които съответстват на разбирането за добра практика в дадената управленска област. Към тях обаче можем да прибавим и някои *основни* качества, които би следвало да се очакват от всеки, който се намира в лидерска позиция. Списъкът на Адеър се състои от качества като ентузиазъм, интегритет, вискателност (в комбинация със справедливост), хуманност, увереност, смирение и кураж.

В свое изследване с над 54 000 участници Кови установява най-съществените качества на лидера. Резултатите потвърждават емпиричното наблюдение на Айзенхауер, че най-важното лидерско качество е интегритета (цялостност, честност, способност да се печели доверие) [АМАСОМ 2004].

Ситуационният подход разширява търсенето на отговори с въпроса *какво трябва да знае мениджърът*. Тезата е, че възприемането на някого като лидер зависи от ситуацията, затова тези групи теории отдават съществено значение на влиянието на различни променливи, включително и на контекста върху управленския процес. Те отразяват простата истина, че обикновено хората проявяват тенденция да следват този, който в дадена ситуация знае какво и как да направи. Тук

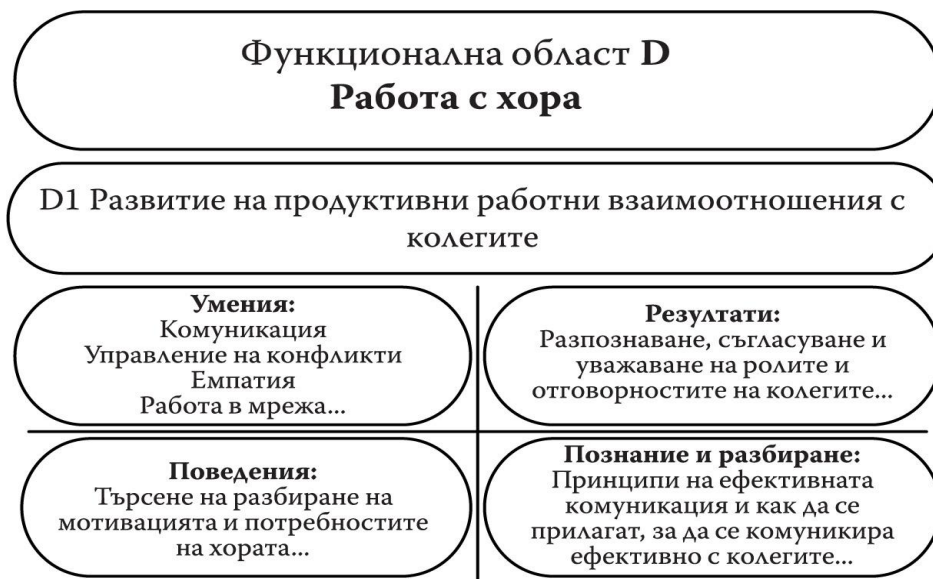
изследванията, започнали още в университетите в Охайо и Мичиган, отдавна са установили двата основни аспекта на управленското познание: професионален - за същността на работата, и човешки – познанието за човешката природа, за това как да се работи с хората.

Функционалният подход на свой ред насочва интереса към характерните дейности (функции), изисквани за ефективно изпълнение на управленските роли. *Какво трябва да прави мениджърът?* Тази гледна точка допуска, че съществува общо ядро от умения и познания, които споделят всички мениджъри и лидери. Това води до идеята, че е възможно да се определят стандарти за компетентност с универсална валидност. Такъв е например английският подход, при който въз основа на функционален анализ се определят стандарти за изпълнение на управленската дейност, съдържащи ключови роли, елементи и критерии. В рамките на този подход понятието управленска *компетентност* (competence) означава общата способност на мениджъра да изпълнява управленската работа в съответствие с определените стандарти. Последната четвърта версия на британските професионални стандарти за мениджмънт и лидерство е публикувана през 2008 г. [АМАСО 2004]. Тя се основава на дългогодишни изследвания, координирани от Центъра за управленски стандарти, и включва 6 функционални области:

- самоуправление и управление на личните умения;
- осигуряване на насока;
- улесняване на промяната;
- работа с хора;
- използване на ресурси;
- постигане на резултати.

Всяка от тези области включва от 3 до 12 компетентности, които съдържат какво трябва да може да прави мениджърът: 1) желаните резултати от ефективно изпълнение на работата; 2) поведение, което обуславя ефективното изпълнение; 3) необходимите знания и разбиране в три направления – общо, специализирано и специфично за дадения контекст. Към тях е прибавен и 4) списък на общите умения, необходими за изпълнение на функцията.

Фигура 13. Примерна извадка на елементи на компетентността
(по MSC [Management Standards Centre www.management-standards.org])



По-различен подход, ориентиран главно към личността, се развива в САЩ. Изследователите се опитват да опишат ограничен брой от характеристики, въз основа на които да се разграничават различни равнища на изпълнение на работата. Тук се използва понятието *компетенция* (competency), която се определя като същностна личностна характеристика на мениджърите, водеща до ефективно или съвършено изпълнение на работата.

Компетенциите включват личностните мотиви, черти, Аз-образ, умения, познание [Boyatzis, R. et al. 1993] и дори социални роли. Някои английски автори [Brown, B., 2008; Harden, R., 1999; Linstead, S., 1990] използват понятието *метакомпетентност*, обозначавайки по този начин идеята за компетенциите като характеристики и качества, които е необходимо да бъдат изградени, за да може да се формира способността за изпълнение на функциите.

Пръв Р. Бояцис започва да събира данни за необходимите компетенции в мениджърската работа с помощта на проектирания от Д. МакЛиланд метод – интервю за изследване на поведението и ситуациите в работата (Behavioral Event Interview). Той определя набор от компетенции в мениджърската професия, които ясно разграничават отлично от средно изпълнение. На основата на 360 установени поведенчески индикатора, обхващащи от 80 до 98% от поведенията и определящи 21 компетенции, по-късно Спенсър и Спенсър [Spencer, L.M., and Spencer, S.M. 1993] изработват „речник на компетенциите“. Данните представят изследвания в САЩ (66%) и 20 други страни (34%). По такъв начин са получени модели за компетентност на технически професионалисти, специалисти в продажбите, маркетинга и търговията, помагачи професии, предприемачи и др. Работата на Спенсър е доразвита от консултантската компания Хей Груп. Опитвайки се да отрази радикалните промени в управленската работа през последните години като намаляване на йерархията, повишаване на ориентацията към клиентите и на бързината при разрешаване на проблемите, Хей Груп определя 11 ключови управленски компетенции за мениджъри от средно и ниско ниво, организирани в четири групи, като всяка от компетенциите има 4 равнища на поведенческа сложност [Burgoyne J. et al. 2004].

За да се анализира нивото на компетентност и се определи степента на съответствие между притежавани, необходими и присъщи компетентности на конкретна управленска длъжност, в световната управленска практика са разработени конкретни програми.

С финансовата подкрепа на Британския съвет се разработват и приемат български стандарти за професионална компетентност на работещите в областта на управлението и развитието на човешки ресурси. През 2004 г. се създава Института на сертифицираните професионалисти (ИСП) като институция, която да осъществява политиката ѝ в областта на стандартите и развитието на нейните членове.

През 2005г. Комисия на ИСП акредитира пилотния Център за професионално оценяване на компетентност (ЦПОК) към УМ-НБУ. Наред с професионалните компетентности здравните мениджъри е необходимо да се съобразяват и с базовите ценности и етичните норми при управлението на здравната система.

1.7. Медицинската етика и здравния мениджмънт

Системата на здравеопазване се променя. Има очевидна необходимост за това - икономическите и организационни тенденции понастоящем са нарастващо неработещи. Предложенията за реформи са различни, но обикновено са частични по своя характер, преди всичко са фокусирани върху финансовите механизми, а не толкова върху културния контекст и ценностите, които генерират повечето от днешните проблеми. Трудно човек би съзрял в тях една съгласувана картина на бъдещата жизнена здравна система. Причините за тази празнота са

видими. Но съществена роля в тази насока играя **базовите ценности** в управлението на здравната система.

Повечето от здравните политици искаха да работят в традиционната рамка на национални ценности за здравето, надявайки се че чрез създаването на някоя остроумна смесица от тях , току виж – да се роди нова система. Бързо променящият се социално- културен контекст обаче е белязан от преобладаването на плурализма на ценности, характерни за западноевропейските страни, особено тези ценности, отнасящи се до осигуряването на здравните услуги. Всички ценности, от друга страна - независимо от атрактивността им поотделно- взети заедно не съдействат за изграждането на съгласувани, справедливи и икономически приемливи системи. Нека изброим част от тях :

1. автономността на свободния избор
2. ангажиментът към неограничения медицински прогрес
3. вярата в непрекъснато подобряващото се качество на здравните услуги
4. отхвърлянето на ефекта, от застаряването
5. амбициозното посвещаване на изкореняването на всички болки и страдания, свързани с боледуването.

Към тези ценности трябва да добавим и специфичните ценности на различните заинтересовани групи в системата на здравеопазването, всяка от които се стреми да максимализира своето благополучие. И по-конкретно :

1. Икономически заинтересованите групи като лекари и други медицински специалисти, фармацевтични производители и тези за медицинско оборудване, административни служители в лечебните заведения.

2. Заинтересованите най-вече от здравето граждански сдружения като: асоциации на и за хората с увреждания, онкологично болните, диабетно болните както и
3. Научноизследователските екипи, особено тези, които провеждат скъпо струващите генетични и други биологични проучвания в името на бъдеща полза за здравето.

Много от посочените ценности генерират потребности, претенции, практики и обичаи, които работят едни срещу други и ако бъдат оставени неограничени биха могли да разрушат всяко усилие за сериозна реформа. Надделява идеята, че тези ценности трябва да бъдат преосмислени и променени.

До сърцевината на съвременните здравополитически проблеми ни водят и други две пресиращи социални изисквания – очевидно несъвместими:

- Едното от тях е потребността да се осигури по-справедлива и достатъчна по обем медицинска помощ, особено за икономически бедните и уязвими групи в обществото. Трудно е да си представим как може да се постигне това без да е скъпо струваща цел.
- Друго изискване е да се намери начин да се контролира нарастващата цена на здравеопазването. Явно ще трябва да променим не само липсата или баланса на ценностите, самите ценности, но и начина на вземане на политически решения.

Актуален въпрос е **начинът на разглеждане на етичните проблеми** в здравеопазването. Днес животът е дълбоко повлиян от социални, политически и културни институции и практики. Няма отчетливи разлики между обществените и частните въпроси. И когато

говорим за добра етика на клинично ниво, то това означава , не само добри аргументи, но и способност да се навлезе в потребностите, болката и страданието на пациентите.

На политическо ниво – добрата етика означава разбиране как предложената реформа в здравеопазването не само ще повиши здравето и достъпа до здравеопазването, но и как реформата се извява на по-широката политическа и социална среда. А това е въпрос на последици, на резултати, на значение.

Индивидуализмът, лежащ в основата на принципализма в етиката, се вижда най-добре централното място, което се отделя днес на **следните принципи:**

- Принципът за уважение на автономността
- Принципът не вреди
- Принципът прави добро
- Принципът за справедливостта.

Принципализмът не успява да се справи с конфликта на ценности. Той е вид етичен редуционизъм, който ни позволява да избягаме от комплексността на живота и да се откъснем от амбивалентността и несигурността, които маркират повечето сериозни етични проблеми в здравеопазването. За здравните условия на съвременното е необходимо начинът на мислене да включва мрежа от аналитични умения и личностни добродетели, най- важните, от които са :

1. Рационалност
2. Въображение
3. Проницателност

Етичната рамка на съвременната здравна политика включва :

- A) Благополучие на пациента.

Б) Автономност или себедетерминираност на пациента - изгражда правото на пациента на определи характера на медицинските си услуги. Този принцип е моралната основа на правната доктрина на информираното съгласие.

В) Професионален интегритет - професионалистите имат етични задължения, произтичащи от добродетелите на своя професионален статус и роля.

Г) Равнопоставеност и справедливост. Тази ценност се отнася едновременно до индивидуалния достъп на пациента до адекватно ниво на здравни услуги и до разпределението на наличните ресурси.

Етиката на съвременния мениджър означава той да спазва определени етични норми в дейността си като :

- да не осъществява нелоялна конкуренция
- по – високата печалба като резултат от дейността да не е за сметка на замърсяването на околната среда
- разумна форма на участие на работещите в делата на организацията
- да „ играе” открито, ако партньорът му прави същото
- да държи на дадената дума и да изпълнява поетите ангажименти
- да не участва в незаконни машинации
- да не действа преднамерено, в ущърб на подчинените си при оценката и заплащането на труда им

Върху етиката на мениджъра влияние оказват следните фактори :

А) Фактори, свързани с организацията на дейностите:

- традиции на организацията въобще и на нейното управление в частност;

- вътрешни правила на организацията;

Б) Фактори, свързани с обществото

- материална и духовна култура на обществото

- традиции на страната

- обществено мнение

- етични норми

- законодателство

Съобразяването с всички тези аспекти на етиката е условие за ефективна управленска дейност на съвременния здравен мениджър.

Според българските доайени в областта на здравния мениджмънт Ц. Воденичаров и В. Борисов актуалните изисквания и значимостта на извършващата се здравна реформа в нашето здравеопазване изискват нова генерация здравни мениджъри, способни да посрещнат предизвикателствата на формиращия се пазар на здравни услуги. Както отбелязва Ц. Воденичаров: „Ефективността е ключът на успешния бизнес, защото той се развива в конкурентна среда... Главно средство е информацията. Главно условие е психиката. Трябва да формираме психика на победители...” [Воденичаров Ц., 1992] .

ГЛАВА ВТОРА. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДИКА НА ИЗСЛЕДВАНЕТО

РАБОТНА ХИПОТЕЗА

Професионалната кариера в областта на здравния мениджмънт у нас среща редица проблеми и бариери, които следва да бъдат преодолявани, от които най-важна е липсата на пределно ясни критерии, регламентация на квалификационно (образователно) ниво и стил на лидерство при заемане и реализиране на управленски функции.

ЦЕЛ

Целта на настоящото изследване е чрез анализ на мотивацията на студентите и мнението на практикуващи здравни мениджъри да предложим насоки за внедряване, утвърждаване и развитие на ефективен управленски професионализъм в националната здравна система на България, което ще доведе до подобряване на структурата и ефективността на управлението ѝ.

ЗАДАЧИ

За постигането на поставената цел е необходимо да се решат следните задачи:

1. Критичен анализ на актуалността, значимостта, трудностите и проблемите на професионалната реализация и развитие на здравните мениджъри.
2. Проучване и анализ на ключовите лидерски компетентности в сферата на здравеопазването и на теоретичните подходи за моделиране на ефективни мениджърски профили на базата на проведени проучвания.

3. Да се направи анализ и оценка на резултатите от проведеното анкетно проучване сред студентите магистри по здравен мениджмънт във ФОЗ при МУ-София в следните направления:

3.1. професионална характеристика по следните признаци:

- ✓ отношение към управленската дейност;
- ✓ квалификационно ниво;
- ✓ мотивация за избор на професията;
- ✓ управленски стил и организационна промяна.

3.2. организация и качество на образователния продукт във ФОЗ при МУ-София;

3.3. потребности от обучение, развитие и саморазвитие на здравните мениджъри;

3.4. мотивация за професионална реализация;

3.5. лидерски компетентности в сферата на здравеопазването.

4. Да се направи анализ и оценка на резултатите от проведеното анкетно проучване сред експертите по здравен мениджмънт – практикуващи здравни мениджъри /изпълнителни директори на болници, началници на клиники и отделения, преподаватели по здравен мениджмънт/.

5. Обосноваване на приоритетни насоки и подходи за ефективна професионална кариера и развитие на здравния мениджър като фактор на организационната промяна в здравната система.

6. Анализирание значимостта на проблема за управленския професионализъм в здравеопазването през признамата на новите предизвикателства (реформа на здравеопазването чрез неговата демонополизация и децентрализация) и обосноваване на необходимостта от регламентиране и внедряване на нов управленски стил.

МАТЕРИАЛИ И МЕТОДИКА НА ПРОУЧВАНЕТО

В зависимост от така поставените научни задачи се конкретизират обектът на наблюдение, единиците и признаците им.

Обект на настоящото проучване са студентите, обучаващи се в магистърските програми на ФОЗ-София и практикуващи здравни мениджъри от страната.

Проучването е комплексно. Конкретните научни задачи, обектът, единиците и признаците на наблюдението са свързани със специфичността на разработката.

Единият от компонентите включва анкетно проучване сред студентите завършващи обучението си в магистърските програми на ФОЗ-София. Анкетата (Приложение 1.) има за цел да изследва и анализира мнението на студентите магистри по здравен мениджмънт относно:

- организацията и качеството на образователния продукт във ФОЗ при МУ-София;
- потребностите от обучение на здравните мениджъри;
- мотивацията за професионална реализация;
- значимостта на лидерските компетентности в сферата на здравеопазването;
- слабостите на здравната система в България.

Вторият компонент е анкетно проучване сред експерти по здравен мениджмънт – практикуващи здравни мениджъри /изпълнителни директори на болници, началници на клиники и отделения, преподаватели по здравен мениджмънт/. Анкетата (Приложение 2.) има за цел да проучи мнението на здравните мениджъри относно:

- необходимостта от внедряване на професионален мениджмънт в управлението на здравната система;
- мотивацията за професионална реализация;
- факторите на базисните мениджърски компетенции за реализирането на успешна кариера като здравен мениджър;
- степента на значимост на лидерските компетентности в сферата на здравеопазването необходими при оптимизиране на професионалната подготовка на здравните мениджъри;
- удовлетвореността от работата ;
- степента на значимост на уменията, които трябва да притежава здравния мениджър;
- слабостите на здравната система в България.

В проучването са анкетирани 189 студенти и 89 здравни мениджъри.

Подборът е случаен – няма селекция на анкетираните, което дава основание да се претендира за репрезентативност на резултатите. Интервалът на доверителност при уовен на значимост $P(t) = 0.05$ дава информация за оценка точността на анализираниите показатели.

Логическа единица на наблюдението са анкетираните студенти и здравни мениджъри.

Техническа единица на наблюдението е ФОЗ–София и болничните лечебни заведения в страната.

Признаците се конкретизират от поставените задачи и вида на единицата (в приложението са посочени анкетните карти за студентите и експертите).

Време и място на наблюдението

Анкетното проучване сред студентите е проведено от 01.06.2015г. до 30.06.2015 година във ФОЗ - София.

Анкетното проучване сред здравните мениджъри е проведено на 29-30.05.2015г. в гр. Поморие по време на Общото събрание на НСЗПМ и пролетна научна конференция, и от 01.06.2015г. до 30.09.2015 година в болнични лечебни заведения в страната.

Документи на проучването

Основните документи, които се използват за набирането на първичната информация са:

- **Анкетна карта за студентите – ПРИЛОЖЕНИЕ 1.**
- **Анкетна карта за здравни мениджъри – ПРИЛОЖЕНИЕ 2.**

Използвани са следните методи в дисертационния труд:

Социологически методи:

- документален метод;
- анкетен метод - анкетира се студентите обучавани по магистърските програми на ФОЗ-София и здравни мениджъри;

Статистически методи:

В разработката са използвани широк кръг от описателни и аналитични статистически методи.

За обективизиране на наблюдаваните резултати са използвани следните статистически методи, като начина на интерпретация съответства на описанието в литературата:

1. *Дескриптивен анализ* – в табличен вид е представено честотното разпределение на разглежданите признаци, разбити по групи на изследване.

2. **Вариационен анализ** – за оценка на характеристиките на централната тенденция и статистическо разсейване.
3. **Графичен анализ** – за визуализация на получените резултати.
4. **Алтернативен анализ** – за сравняване на относителни дялове.
5. **Тест χ^2 на Pearson** - за проверка на хипотези за наличие на връзка между категорийни променливи.
6. **Непараметричен тест на Ман-Уитни** – за проверка на хипотези за различие между две независими извадки.

Посочените методи при провеждане на проучването взаимно се допълват, което позволява информацията да бъде многостранно оценена.

За обективизиране на наблюдаваните закономерности и анализ на събраната информация е използвана комплексна методика. Показателите са оценявани при уровень на значимост $P > 0.05$, като са интерпретирани закономерности, съществуването на които не буди съмнение $P(t) = 0.95$.

Количествените анализи са правени със статистически пакет приложни програми - SPSS 17.0. За таблична и графична обработка и презентация са използвани продуктите на MICROSOFT OFFICE.

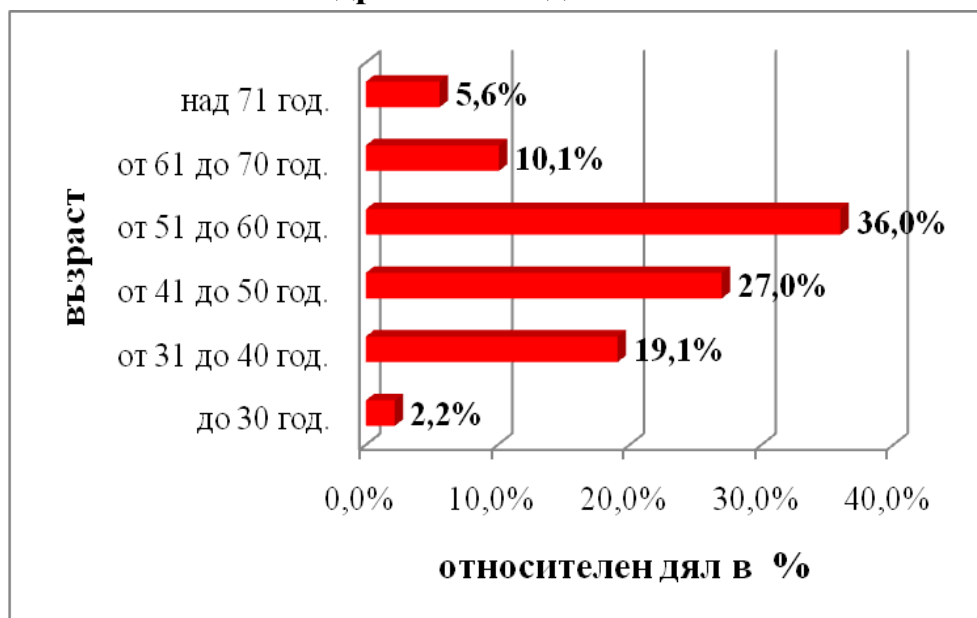
ГЛАВА ТРЕТА. РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

АНАЛИЗ И ОЦЕНКА НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ ПРОВЕДЕНОТО АНКЕТНО ПРОУЧВАНЕ СРЕД ЗДРАВНИТЕ МЕНИДЖЪРИ

Изследван контингент

В проучването участват 89 експерти по здравен мениджмънт от цялата страна – практикуващи здравни мениджъри /изпълнителни директори на болници, началници на клиники и отделения, преподаватели по здравен мениджмънт/. От анкетираните 45(50,6%) са мъже и 44 (49,4%) жени, като 62 (69,7%) са от столицата, а останалите 27 (30,3%) са от градовете. На фигура 14 е представено разпределението по възраст на анкетираните здравни мениджъри. Най-голяма част (36%) от респондентите са на възраст от 51 до 60 години, следвани от тези (27%) във възрастовата група от 41 до 50 години.

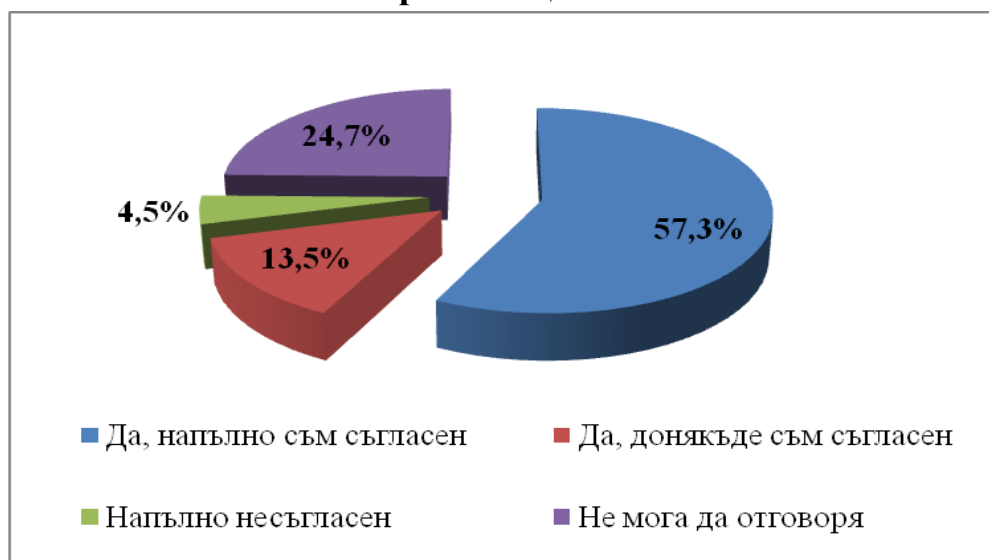
Фигура 14. Разпределение по възраст на анкетираните експерти по здравен мениджмънт



Образование и професионална квалификация

По-голямата част 79 (88,8%) от анкетираните здравни мениджъри са с медицинско образование, 8 (9%) са икономисти, а останалите двама са прависти. Медицинска специалност имат 78,7% от респондентите, а 75,3% работят в здравеопазването. Завършили квалификационни курсове в областта на здравния мениджмънт са 66 (74,2%) от анкетираните, а с магистърска степен по здравен мениджмънт са 56 (62,9%) от обхванатите в проучването експерти по здравен мениджмънт. Около две трети (70,8%) от здравните мениджъри са съгласни в различна степен с твърдението, че магистратурата по обществено здраве и здравен мениджмънт е фактор за професионалната им реализация, като 57,3% напълно са съгласни, а 13,5% донякъде са съгласни с това твърдение. Около една четвърт (24,7%) не могат да отговорят, а 4(4,5%) са напълно несъгласни с посоченото твърдение. (Фигура 15)

Фигура 15. Разпределение на анкетираните здравни мениджъри според отговорите на твърдението: ”Магистратурата по Обществено здраве и здравен мениджмънт е фактор за професионална Ви реализация”



Потърсихме корелационна зависимост между наличието на магистратура по здравен мениджмънт от анкетираните лица и твърдението, че магистратурата по общественно здраве и здравен мениджмънт е фактор за професионална им реализация. Тестът U на Mann-Whitny показва, че съществува статистически значима връзка между двата изследвани признака - $U = 196.5$, $p = 0,0001 < 0,05$. Това показва, че по-вероятно здравните мениджъри, които имат магистратура да считат, че тя е фактор за професионалната им реализация. Данните са представени на таблица 7.

Таблица 7. Зависимост между наличието на магистратура по здравен мениджмънт и твърдението, че тя е фактор за професионална реализация

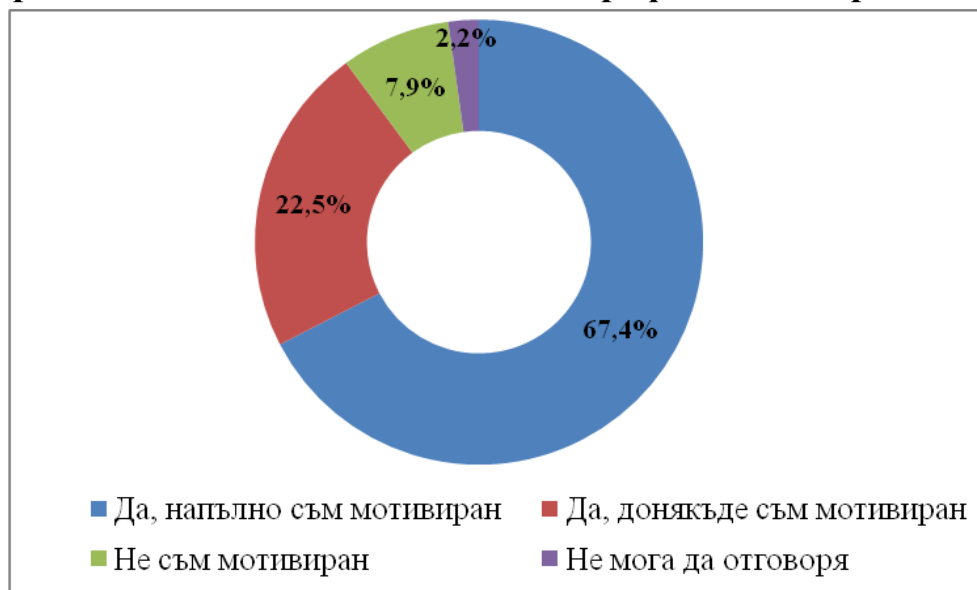
			Има магистърска степен по здравен мениджмънт		Общо
			Да	Не	
Магистратурата по Обществено здраве и здравен мениджмънт е фактор за професионална Ви реализация	Да, напълно съм съгласен	Брой	47	4	51
		%	52,8%	4,5%	57,3%
	Да, донякъде съм съгласен	Брой	4	8	12
		%	4,5%	9,0%	13,5%
	Напълно несъгласен	Брой	4	0	4
		%	4,5%	0,0%	4,5%
	Не мога да отговоря	Брой	1	21	22
		%	1,1%	23,6%	24,7%
Общо		Брой	56	33	89
		%	62,9%	37,1%	100,0%

Мотивацията за професионална реализация и внедряване на професионален мениджмънт в управлението на здравната система

В общия процес на професионалната кариера специален интерес представлява мотивацията за професионална реализация на здравните

мениджъри. В тази връзка зададохме и следващият въпрос от анкетата, като резултатите са представени на фигура 16.

Фигура 16. Разпределение на анкетираните здравни мениджъри според степента им на мотивация за професионална реализация



Напълно мотивирани за професионална реализация в сферата на управлението в системата на здравеопазване са 67,4% от анкетираните здравни мениджъри, следвани от тези 22,5%, които са мотивирани донякъде. Не е малък и относителния дял на респондентите, които не са мотивирани за професионална реализация – 7,9%.

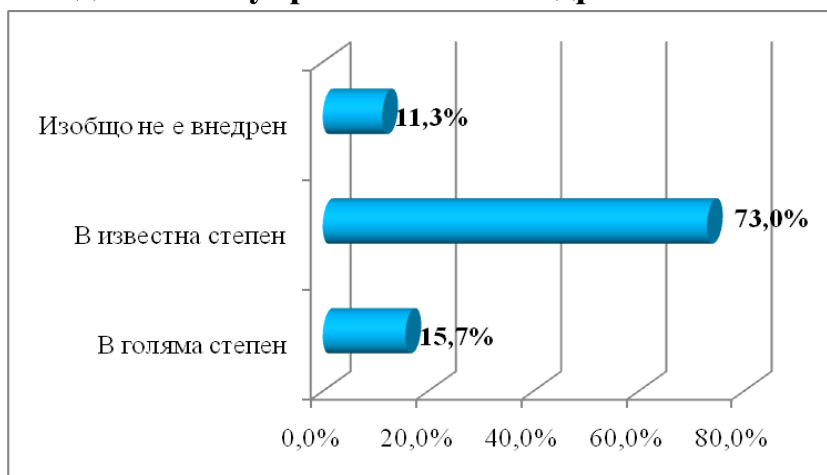
Изследването на връзката между наличието на магистратура по здравен мениджмънт и мотивацията за професионална реализация в сферата на управлението в системата на здравеопазването, отново чрез теста U на Mann-Whitny, показва, че тази връзка е статистически значима - $U = 583.5$, $p = 0,0001$. Това означава, че здравните мениджъри, които имат магистратура считат, че са напълно мотивирани за професионална реализация в сферата на управлението на здравеопазването. Данните са представени на таблица 8.

Таблица 8. Зависимост между наличието на магистратура по здравен мениджмънт и степента им на мотивация за професионална реализация :

			Има магистърска степен по здравен мениджмънт		Общо
			Да	Не	
Мотивирани ли сте за професионална реализация в сферата на управлението в системата на здравеопазване	Да, напълно съм мотивиран	Брой	45	15	60
		%	50,6%	16,9%	67,4%
	Да, донякъде съм мотивиран	Брой	9	11	20
		%	10,1%	12,4%	22,5%
	Не съм мотивиран	Брой	1	6	7
		%	1,1%	6,7%	7,9%
	Не мога да отговоря	Брой	1	1	2
		%	1,1%	1,1%	2,2%
Общо		Брой	56	33	89
		%	62,9%	37,1%	100,0%

Запитани за степента на внедряване на професионален мениджмънт в управлението на здравната система по-голямата част от анкетираните мениджъри 73% считат, че това е така в известна степен, а 15,7% в голяма степен. Според 10 (11,3%) от респондентите професионалния здравен мениджмънт изобщо не е внедрен в управлението на здравната система, което е обезпокояващ факт. (Фигура 17.)

Фигура 17. Разпределение на анкетираните здравни мениджъри според мнението им за степента на внедряване на професионален мениджмънт в управлението на здравната система



От своя страна, изследването на връзката между наличието на магистратура по здравен мениджмънт и мнението им за степента на внедряване на професионален мениджмънт в управлението на здравната система, отново чрез U статистиката, показва, че тази връзка не е статистически значима - $U = 828,5$, $p = 0,297$. Таблица 9 представя тази зависимост.

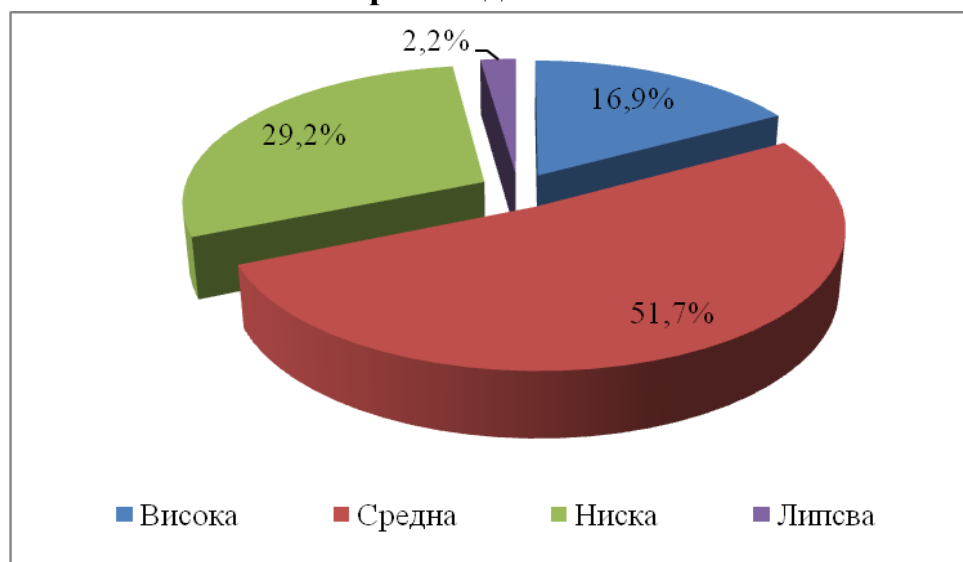
Таблица 9. Зависимост между наличието на магистратура по здравен мениджмънт и степента им на мотивация за професионална реализация

			Има магистърска степен по здравен мениджмънт		Общо
			Да	Не	
Според вас в каква степен е внедрен професионален мениджмънт в управлението на здравната система	В голяма степен	Брой	10	4	14
		%	11,2%	4,5%	15,7%
	В известна степен	Брой	41	24	65
		%	46,1%	27,0%	73,0%
	Изобщо не е внедрен	Брой	5	5	10
		%	5,6%	5,6%	11,2%
Общо	Брой	56	33	89	
	% от Общо	62,9%	37,1%	100,0%	

Компетентността е един от важните ресурси на всяка организация, а за най-успелите, компетентността е техният основен капитал и конкурентно предимство. Висшето ръководство трябва да планира и осигури наличието на компетентност по всички нива и функции - от членовете на борда през висшия и средния мениджмънт до изпълнителите и членовете на екипи.

Следващият въпрос изяснява компетентността по здравен мениджмънт на лицата, изпълняващи управленски функции в здравеопазването. Получените данни от анкетното проучване сред здравните мениджъри показват, че според една трета от респондентите 26 (29,2%) компетентността е ниска, а половината 46 (51,7%) от анкетираните я определят като средна. (Фигура 18.)

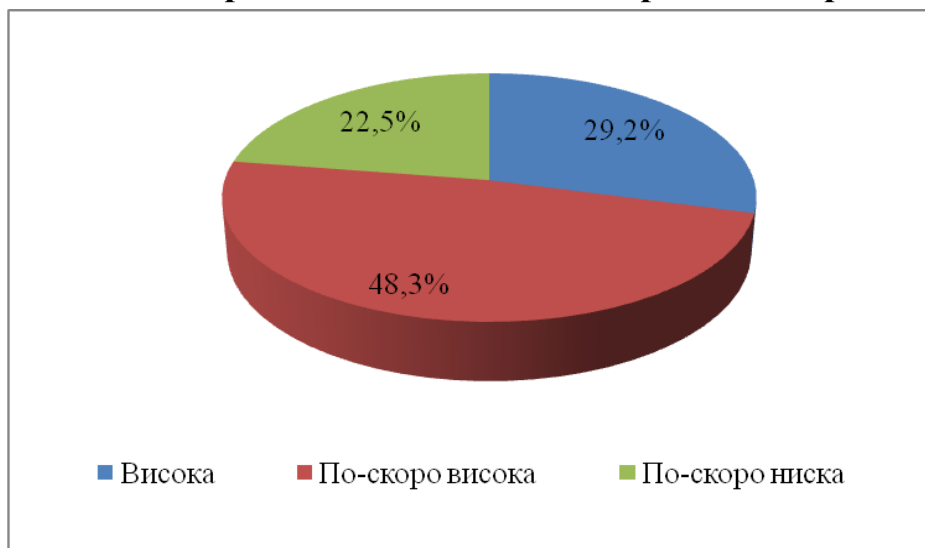
Фигура 18. Компетентност по здравен мениджмънт на лицата, изпълняващи управленски функции в здравеопазването според респондентите



Запитани как оценяват квалификацията в областта на здравния мениджмънт на административния персонал в тяхната месторабота

77,5% я определят като висока и по-скоро висока, а останалите 22,5% по-скоро ниска. (Фигура 19.)

Фигура 19. Квалификация на административния персонал в областта на здравния мениджмънт според анкетиранияте :



Потърсихме корелационна зависимост между наличието на магистратура по здравен мениджмънт и квалификацията в областта на здравния мениджмънт на административния персонал в местоработата на анкетиранияте здравни мениджъри. Тестът χ^2 на Pearson показва, че съществува статистически значима връзка между двата изследвани признака - $\chi^2 = 6,288$, $df = 1$, $p = 0,012$. Това означава, че здравните мениджъри, които имат магистратура считат, че квалификацията в областта на здравния мениджмънт на административния персонал е висока в различна степен. Данните са представени на таблица 10.

Таблица 10. Зависимост между наличието на магистратура по здравен мениджмънт и квалификацията в областта на здравния мениджмънт на административния персонал

			Има магистърска степен по здравен мениджмънт		Общо
			Да	Не	
Как оценявате квалификацията в областта на здравния мениджмънт на административния персонал във Вашата месторабота	Висока	Брой	21	5	26
		%	23,6%	5,6%	29,2%
	По-скоро висока	Брой	26	17	43
		%	29,2%	19,1%	48,3%
	По-скоро ниска	Брой	9	11	20
		%	10,1%	12,4%	22,5%
Общо		Брой	56	33	89
		%	62,9%	37,1%	100,0%

За да могат да вършат успешно своята работа, мениджърите трябва да разбират организационните взаимодействия - техния обхват, основните им прояви, определящите го фактори, както и методите, чрез които могат да им въздействат. Успехът или неуспехът са свързани не просто и единствено с личните качества и възможности на мениджъра. Съществуват много фактори, които не са свързани с неговата личност, но които той трябва да познава и да отчита в своята дейност. Развиването и оценяването на компетентността и компетенциите се разглеждат като ключова стратегия за хармонизиране на перспективите за наемане и свободно движение на работната сила в рамките на ЕС.

Изследванията на Dulevicz V. [Dulevicz V., 1998], Iverson O. [Iverson O., 2000] и др. върху профила на днешния ефективен лидер, показват съществени изменения в сравнение с компетенциите на лидера от 90-те години. Iverson основавайки се на отговорите на 532 фирми от

20 страни в Европа, сочи като най-важни за европейския лидер следните компетенции, представени в таблица 11.

Таблица 11. Ключови компетенции на европейския лидер :

Клъстер	Компетенция
Интелект/ работа с информация	Планиране Преценка
Постижения/ ориентация към резултати	Ориентация към клиента Усет за бизнеса
Управление и лидерство	Лидерство Овластяване Мотивиране на другите
Междучелностни компетенции	Чувствителност
Лични компетенции	Ориентираност към промяна Почтеност

Оказва се, че “твърди” компетенции като *въздействие, настоятелност, направляване*, считани за особено важни през 90-те години, сега не намират място между първите 10, с изключение на рейтингите, на страни от източна Европа (Чехия, Словения). В същото време, по-“меки” компетенции, като *мотивиране на други, чувствителност, овластяване и почтеност* са станали технически познания в своята област. Все повече се търсят мениджъри, *ориентирани към клиента, с вярно чувство за бизнеса и ориентация към промяната*, които са способни да водят и мотивират своите служители за постигане на желаните резултати в работата.

Отсъствието между първите 10 на компетенции като *комуникативни умения* не означава, че мениджърите вече не се нуждаят от тях. Това са базови компетенции, необходими за всеки мениджър, но

те не са вече диференциатори, които определят разликата между средния и отличния изпълнител.

В синхрон с посочените резултати е и третото издание на влезлите в сила от юли 2005 г. /допълнени - ноември 2008 г./ Британски професионални стандарти за мениджмънт и лидерство, резултат от мащабно изследване координирано от Management Standards Centre. Те са далеч по-прости и удобни за използване, тъй като броят на единиците компетентност е намален от 77 на 47. За първи път, заедно с критериите за компетентно изпълнение и знания, са включени и поведенските компетенции, необходими за ефективно изпълнение на дадена функция. Това е признание, че днес “меките” умения, са толкова важни за мениджърите, колкото и “твърдите”, технически умения.

Основните функционални области, характеризиращи работата на мениджъра са:

- Самоуправление и управление на личните умения
- Осигуряване на насока
- Улесняване на промяна
- Работа с хора
- Използване на ресурси
- Постигане на резултати.

Всяка от тези области включва от 3 до 12 единици компетентност, които съдържат: резултати от ефективно изпълнение на работата; поведение, което обуславя ефективното изпълнение и критерии за знания и разбиране.

За нуждите на управленските екипи на водещи фирми в България е създаденият от д-р Пламен Димитров [Димитров П., 2007] Каталог на компетентностите. Като компетентност в методиката за оценка и

атестация се определя ефективното прилагане на знанията, уменията, личностните качества и квалификационните атрибути на професионалната пригодност (стаж, образование, предишен опит, сертификация, специално обучение, участие в програми за професионално усъвършенстване и др.) за успешно справяне със задачите, ролите, отговорностите и организационните изисквания към всяка конкретна длъжност в организацията.

Какви знания и умения са необходими на мениджърите, за да повишат своята управленска компетентност и да бъдат успешни?

Изследванията в тази област открояват един основен център, около който трябва да се гради мениджърската компетентност и това е личността на мениджъра, неговата лична ефективност и уменията му за самоуправление. Има много източници потвърждаващи този извод, но може би най-убедителен е стандартът за мениджърска компетентност на Великобритания (фигура 20.)

Фигура 20. Стандарт за мениджърска компетентност

Източник: Management Standards Centre, UK



Самоуправлението и персоналните умения са в центъра на мениджърската компетентност. Това е една нова и доста непопулярна за нашите ръководители гледна точка. Нека обаче да видим защо точно персоналните умения са толкова важни днес.

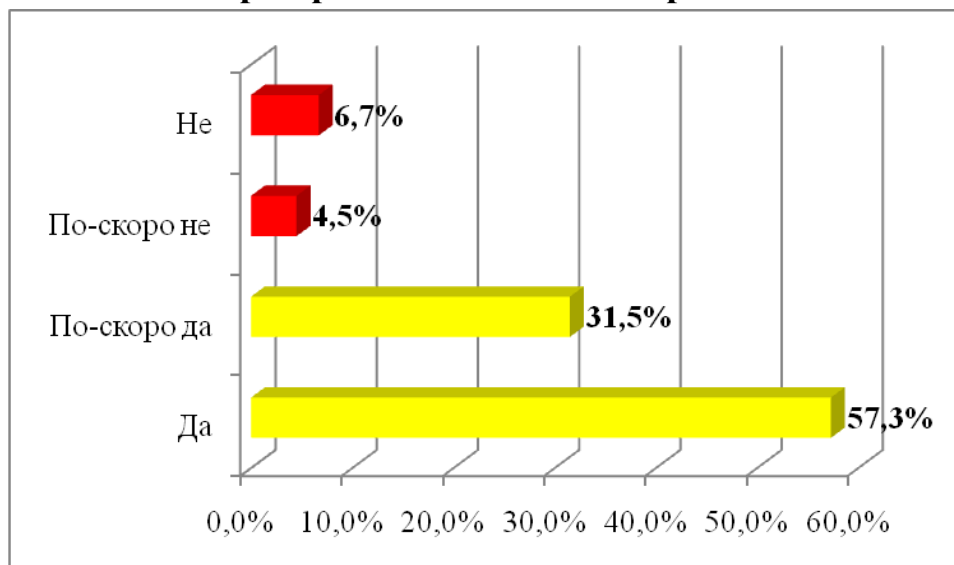
За да определя посоката и пътя за развитие на организацията (сектор В на стандарта), мениджърът трябва да има стратегически поглед върху бизнес средата, да познава и разбира бизнес системата като цяло, да мисли мащабно и да взема решения в несигурна среда. Това са все умения, които се градят в персоналната личност.

За да управлява успешно промяна (сектор С на стандарта), ръководителят е необходимо да има широк набор от познания и умения като процесно мислене, умения за планиране, комбинативност, гъвкавост и познания за управление на проекти.

За да работи с хора (сектор D на стандарта), е необходимо да има лидерски, комуникативни умения, умения за менторство, управление на групи и групова динамика, справяне с конфликти и други.

В тази връзка попитахме здравните мениджъри има ли техният пряк ръководител качества на лидер. По-голямата част от анкетираните (88,8%) считат, че прекия им ръководител притежава качества на лидер, а останалите 11,2% са на противоположното мнение по този въпрос. (Фигура 21.)

Фигура 21. Мнение на здравните мениджъри относно притежанието от техния пряк ръководител на лидерски качества :



Управлението на ресурсите (сектор Е на стандарта), като че ли е най-познатата област сред мениджърите на малки и средни фирми у нас. За съжаление това са познания, които обхващат основно финансите и материалните ресурси. Днешното време обаче поставя на преден план хората и информацията като ресурси, които трябва да бъдат ефективно управлявани. За да се справят добре с тази част от мениджърската компетентност, ръководителите е необходимо да придобият най-напред знания относно спецификата на ресурсите, които трябва да управляват, и след това да са в крак със съвременните методи за управлението им.

Да постигат резултати (сектор F на стандарта) е също едно сериозно предизвикателство пред ръководителите, защото в основата на успеха им стоят личните им умения за поставяне на цели, планиране, организиране на дейността и лична ефективност. Има още едно персонално качество, което е от изключителна важност за да бъде постигнато това ниво на мениджърска компетентност и то е, ръководителят да поема отговорността както за резултатите, които той

самият постига, така и за тези, които постигат неговите служители. И тук ще трябва да подчертаем, че ако служителите не постигат желаните резултати, основната отговорност за това е на ръководителите. Това, разбира се, още повече утежнява и без друго достатъчно сложната задача на ръководителите, но тази отговорност произтича от същността на мениджърската професия и не може да бъде игнорирана.

Запитани какъв задължителен образователен ценз е нужен за заемане на длъжността болничен директор най-голяма част от анкетираните експерти отговарят образование по медицина последвано от магистратура по здравен мениджмънт 55,1% (49), а от отговорилите икономика или право плюс магистратура по здравен мениджмънт-40,4% (36). (Таблица 12.).

Таблица 12. Разпределение на анкетираните здравни мениджъри относно мнението им за необходимия образователен ценз за заемане на длъжността болничен директор :

Образователен ценз	Брой	Относителен дял в %
Медицина с призната специалност	16	18.0%
Магистратура по здравен мениджмънт	26	29.2%
Медицина плюс магистратура по здравен мениджмънт	49	55.1%
Сестринство плюс магистратура по здравен мениджмънт	4	4.5%
Икономика или право плюс квалификационен курс по здравен мениджмънт	10	11.2%
Икономика или право плюс магистратура по здравен мениджмънт	36	40.4%

*Сумата на процентите е повече от 100%, тъй като анкетираните са дали повече от един отговор

Анализирайки резултатите от проведеното проучване стигаме до извода, че действащите здравни мениджъри са убедени, че магистратурата по здравен мениджмънт е необходимо и задължително

условие за успешната им реализация в сферата на управлението на здравеопазването.

За да установим в коя област на здравния мениджмънт анкетираните изпитват нужда от допълнителни по-специални познания и умения зададохме следващият въпрос в нашето проучване. Резултатите са представени на таблица 13. Най-голяма част от анкетираните /38(42,7%)/ се нуждаят от допълнителни познания в областта на мениджмънта на финансовите ресурси, следвани от желаещите да получат по-специални познания в областта на маркетинговите подходи /32(36%)/ и мениджмънта на качеството /27(30,3%)/.

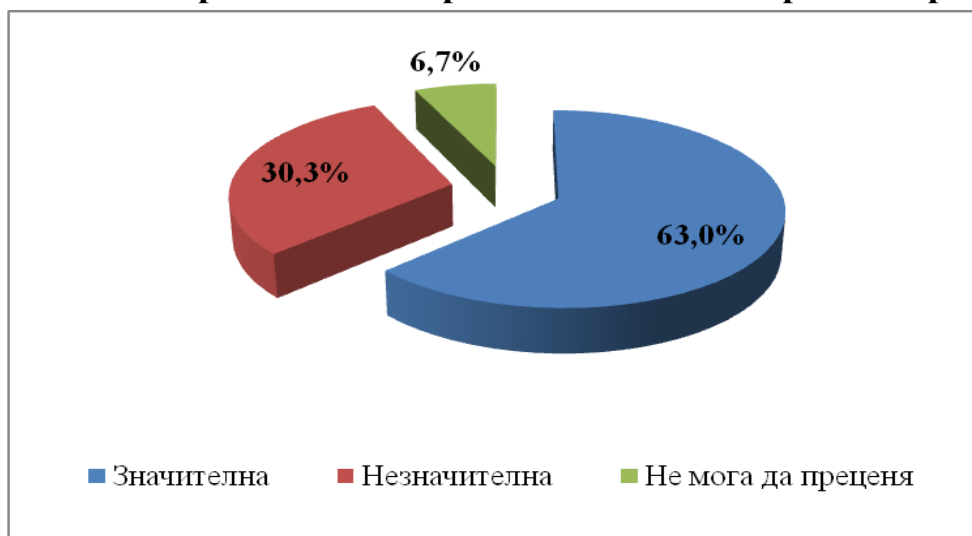
Таблица 13. Разпределение на анкетираните здравни мениджъри относно необходимостта от допълнителни познания и умения

Област от здравния мениджмънт	Брой	Относителен дял в %
Общи принципи на мениджмънта	7	7.9%
Здравна политика	25	28.1%
Стратегически мениджмънт	22	24.7%
Мениджмънт на промяната	15	16.9%
Мениджмънт на времето	13	14.6%
Мениджмънт на финансовите ресурси	38	42.7%
Мениджмънт на човешките ресурси	20	22.5%
Статистически методи и информатика	10	11.2%
Маркетингови подходи	32	36.0%
Мениджмънт на качеството	27	30.3%
Други	2	2.2%

*Сумата на процентите е повече от 100%, тъй като анкетираните са дали повече от един отговор

Необходимостта от повишаване на професионалната квалификацията на здравните мениджъри се потвърждава и от отговорите им на въпроса относно оценката им за ролята на научните доказателства при вземане на решения в мениджърската практика. Повече от половината 63% считат, че научните доказателства имат значителна роля за избора на дадено управленско решение, докато 30,3% са на противоположното мнение. (Фигура 22.)

Фигура 22. Мнение на здравните мениджъри за ролята на научните доказателства при вземане на решения в мениджърската практика



Потърсихме корелационна зависимост между наличието на магистратура по здравен мениджмънт и ролята на научните доказателства при вземане на решения в мениджърската практика. Тестът U на Mann-Whitny показва, че съществува статистически значима връзка между двата изследвани признака - $U = 688.5$, $p = 0,019 < 0,05$. Това показва, че здравните мениджъри, които имат магистратура да считат, че ролята на научните доказателства при вземане на решения в мениджърската практика е значителна. Данните са представени на таблица 14.

Таблица 14. Зависимост между наличието на магистратура по здравен мениджмънт и ролята на научните доказателства при вземане на решения в мениджърската практика

			Има магистърска степен по здравен мениджмънт		Общо
			Да	Не	
Роля на научните доказателства при вземане на решения в мениджърската практика	Значителна	Брой	41	15	56
		%	46,1%	16,9%	62,9%
	Незначителна	Брой	11	16	27
		%	12,4%	18,0%	30,3%
	Не мога да преценя	Брой	4	2	6
		%	4,5%	2,2%	6,7%
Общо	Брой	56	33	89	
	%	62,9%	37,1%	100,0%	

Визията на Европейския съюз за развитие на „общество на знанието“ предоставя и ново отношение към научните изследвания и техните функции. Съвременните предизвикателства като глоболизираща се икономика с повишени изисквания за конкурентоспособност, иновации и качество на живот, информационният взрив, лимитираните ресурси, възникващите заплахи за природната среда и човешкото здраве и пр. отреждат нова роля на науката, която следва да повиши своята отговорност и рефлексия по отношение на специфичните проблеми на днешното общество. Наред с това политиците все повече следва да се съобразяват с интензивно нарастващата обществена загриженост и тревожност относно развитието на науката и новите технологии (свързани например с био- и нанотехнологиите, ядрената енергетика, както и със страха от безработица, тероризъм или социално изключване). Това налага въвеждането на политически инструменти за насърчаване на един по-ефективен диалог между изследователската сфера и широката

общественост, а междувременно повишава изискванията към вземането на адекватни управленски решения в условия на повишени рискове и неопределеност, което предполага превръщането на научната експертиза в неразделен компонент от процеса на съвременното „правене на политики“.

Препоръки за усъвършенстване професионализма на здравния мениджър

Анкетираните лица дават редица предложения за по-стабилна и ефективна професионална кариера на здравния мениджър, което по същество ще доведе до усъвършенстване професионализма в нашето здравеопазване.

Предложенията на анкетиранията лица са представени обобщено в таблица 15. Вижда се, че в тези предложения се открояват преди всичко **два главни акцента:**

- Законово регламентиране на изискването за образователно ниво „магистър” по здравен мениджмънт за заемане управленски длъжностите /директор и зам. директор на болница/
- Провеждане на конкурсите за директори на лечебни заведения от независими комисии, съставени от експерти по здравен мениджмънт.

Таблица 15. Предложения за стабилна и ефективна професионална кариера на болничния мениджър

Предложения	Брой	Относителен дял в %
Законово регламентиране на изискването за образователно ниво „магистър” по здравен мениджмънт за заемане управленски длъжностите /директор и зам. директор на болница/.	65	73,0
Провеждане на конкурсите за директори на лечебни заведения от независими комисии, съставени от експерти по здравен мениджмънт	59	66,3
Създаване на условия за квалификация и продължаващо обучение по здравен мениджмънт и по-широки възможности за зачисляване на докторантури в тази област	31	34,8
Регламентиране на изискването за квалификация по здравен мениджмънт за началник отделенията и старшите сестри	25	28,1
Провеждане на периодична атестация за качеството на дейността ръководните кадри в здравеопазването	23	25,8
Устойчивост на кадрите – възможност за подългосрочно управление с оглед реализиране на дългосрочни проекти	19	21,3
По-честа обмяна на опит между здравните мениджъри в страната и в чужбина	17	19,1
Създаване на съсловна организация на здравните мениджъри	16	18,0

*Сумата на процентите е повече от 100%, тъй като анкетираните са дали повече от един отговор

Роля на основните фактори на базисните мениджърски компетенции за успешна кариера на здравните мениджъри

Базисните мениджърски компетенции са в области, които се определят като приоритетни за развитието на мениджърите [Балканска П., 2010; БАУРЧР, 2003; Димитров П., 2007; www.management-standards.org]. Нивото на информираност и способността за

концептуализация от своя страна са показатели не само за наличие или липса на знания в съответната област, но и за това, до каква степен те са трайни и устойчиви категории на съзнанието. От друга страна, способността на мениджърите и ключовите специалисти да концептуализират в рамките на добрите практики и поведенчески модели показват наличие на формирани или формиращи се умения [Avolio, B., 2004; Bennis W., 1996; Bennis, W., 1994].

Без информация и обучение за научно установените закономерности, ефективните поведенчески модели и техните ценностни измерения, не могат да се придобият умения и усъвършенстват качества. Уменията са базирани на знания, опит и концептуализация, които в процеса на обучение и практика се заучават и типизират [Балканска П., 2009].

С цел да изясним степента на влияние на основните фактори на базисните мениджърски компетенции за реализирането на успешна кариера като здравен мениджър зададохме следващия въпрос в проведеното анкетно проучване. Резултатите са представени на таблица 16.

Таблица 16. Относителен дял на анкетирания експерти според степента на влияние на основните фактори на базисните мениджърски компетенции за реализирането на успешна кариера

Фактори	Много силно влияние	Силно влияние	Неутрален	Слабо влияние	Много слабо влияние
Управление на времето	44,9%	43,8%	9,0%	2,2%	-
Управление на целите	60,7%	37,1%	2,2%	-	-
Комуникация и организационно поведение	68,5%	22,5%	6,7%	2,2%	-

Базисни мениджърски умения	52,8%	44,9%	2,2%	-	-
Развитие на ефективен екип	64,0%	33,7%	2,2%	-	-
Управление на проекти и реализиране на приоритети	55,1%	28,2%	6,7%	-	-

Факторите, които имат много силно влияние за реализирането на успешна кариера като здравен мениджър според анкетираните са комуникацията и организационното поведение (68,5%), развитието на ефективен екип (64%) и управлението на целите (60,7%).

Нашите резултати потвърждават становището и на много други автори, че успешният мениджмънт е свързан с комуникативната компетентност на мениджъра - с умението му да общува с колеги и ръководители. Ефективно комуникират със своите колеги или подчинени онези мениджъри, които не само си дават ясна сметка за ролята и мястото на общуването сред факторите за техния професионален успех, но и градивно подхождат към връзките в тяхната организация, стремят се да ги подчинят на организационните интереси.

Екипната работа е характерна организационна форма в сферата на здравеопазването. Този факт се оценява и от анкетираните здравни мениджъри, които определят като много силно /64%/ и силно /33,7%/ влиянието на развитието на ефективен екип за реализирането на успешна кариера. Екипът не е просто съвкупност от хора (служители, колеги, партньори), които работят заедно. Думата “екип” не е синоним на думата “група”. Една група от хора наричаме “екип” само тогава, когато са налице две характеристики на тази група:

- Обща цел

- Взаимна зависимост между хората при изпълнение на техните работни задачи.

Групите се преобразуват и развиват в екипи, когато техните общи цели се осъзнаят и убедено се възприемат от всички членове. Необходима е и взаимна отговорност при осъществяването им. Решаващ признак, който отличава екипа от групата, е наличието на интегритет, консолидация на отделните членове, поддържани и развивани от екипния лидер.

Формирането на добър екип е дълъг, сложен и противоречив процес. Изграждането му е необходимо тогава, когато има комплексни за изпълнение цели и задачи, които се постигат успешно само чрез обединяване на хора в екипна структура. Всъщност в екип хората разчитат на сътрудничеството си за достигане на максимален успех и изпълнение на целите. Казваме, че един екип е ефективен, когато той постига целите, за които е бил създаден. Тайната на екипната работа е в откриването на баланс на поведението и уменията сред хората в екипа, с които те взаимно да се допълват [Балканска П., 2003].

В един екип има най-различни хора. Всеки член на екипа има своите силни и слаби страни. Всеки има различно образование, различен трудов опит, различни нагласи и подход към екипната работа. Всеки има различен характер и съвсем различен личен живот, което също се отразява на екипната работа. Съвсем логично, различни са и приносите, с които всеки един служител на екипа допринася за постигането на крайните цели. Ето защо, една от големите ползи на екипната работа се състои в това, че хората се допълват взаимно и по този начин всеки допринася с това, което може и му се отдава най-добре. Затова особено важен момент при изграждането на един екип е подходящият подбор на

хората, от които е съставен. Когато членовете на екипа интегрират уменията си към изява на своите потенциали, минимизират слабите си страни, екипните цели по правило се постигат успешно.

Лидерски компетентности в сферата на здравеопазването

В последните десетилетия се наблюдава преориентация на процеса на обучение на управленския персонал от „подготовка”, „образованост”, „обща култура”, „възпитание” към „компетентност”, т.е. налице е преориентация на организацията на процеса на обучението към основните парадигми на **компетентностния подход** [Бишъп, Сю., 2003; Prediger DJ., 1982; Reardon, J., 1995; Avolio, B., 2004].

Компетентността е основата на управлението на човешките ресурси като цяло. Тя е фундамент на обучението и повишаването на квалификацията, чиято цел е да произвежда и развива висококомпетентни мениджъри, които успешно да постигат заложените организационни цели.

Понятието „компетентност” е въведено от Р. Бояцис [Boyatzis, R. et al., 1993]. Той развива това понятие в изследванията си, като установява, че успешният мениджър се отличава от неуспешния или по-малко успешния не по един критерий, а по група от критерии (фактори). Тази група от фактори включва: лични качества, мотиви, опит и поведенчески характеристики. Бояцис определя компетентността като: „Способност на мениджъра да придобива такъв образ, който удовлетворява изискванията на работата в определена организационна среда, и в това си качество се явява причина за достигане на желани резултати” [Boyatzis, R. et al., 1993].

На базата на проведени изследвания той формулира следните обобщени групи от компетентности, които трябва да притежава съвременният мениджър:

- цел и ръководна дейност;
- управление на колеги;
- управление на човешки ресурси;
- лидерство.

За да придобият управленски компетентности, мениджърите трябва да натрупат известен практически опит, докато способностите, знанията и личните качества са присъщи на мениджърите още при започването на управленската кариера. Хората притежават способности, лични качества, свързани с техния характер и знания, които са независими и извън заемащата управленска длъжност, но все още не са доразвити до компетентности. За да се превърнат действително в компетентности, е необходим опит и развитие в управленската практика.

Във връзка с казаното до тук зададохме въпрос в анкетата, целта на който е да установим степента на значимост на лидерските компетентности в сферата на здравеопазването необходими при оптимизиране на професионалната подготовка на здравните мениджъри. Резултатите са представени на таблица 17.

Таблица 17. Относителен дял на анкетираните експерти според степента на значимост на лидерските компетентности при оптимизиране на професионалната им подготовка

Фактори	Много значим	Значим	Неутрален	Малко значим	Незначим
Самоусъвършенстване и развитие на личностни качества и умения	65,2%	29,2%	5,6%	-	-
Лична организационна ефективност	67,4%	30,3%	2,2%	-	-
Лидерство на другите	32,6%	60,7%	4,5%	2,2%	-
Стил на лидерско действие	53,9%	34,8%	6,7%	4,5%	-
Лидерство на постиженията и на промяната	48,3%	44,9%	2,2%	4,5%	-
Постигане на резултати	74,2%	19,1%	6,7%	-	-

Като много значима компетентност при оптимизиране на професионалната им подготовка най-голяма част от здравните мениджъри /74,2%/ посочват постигането на резултати, следвана от личната организационна ефективност /67,4%/ и самоусъвършенстването и развитието на личностни качества и умения /65,2%/. Останалите групи лидерски компетентности – стил на лидерско действие, лидерство на постиженията и на промяната и лидерството на другите също са оценени от анкетираните здравни мениджъри като значими и много значими.

Потърсихме корелационна зависимост между наличието на магистратура по здравен мениджмънт от анкетираните лица и степента на значимост на лидерските компетентности при оптимизиране на професионалната подготовка на здравните мениджъри. Тестът U на Mann-Whitney показва, че съществува статистически значима връзка

между наличието на магистратура по здравен мениджмънт и самоусъвършенстването и развитието на личностни качества и умения - $U = 706.5$, $p = 0,027$. Това показва, че здравните мениджъри, които имат магистратура считат, като много значима компетентност при оптимизиране на професионалната им подготовка самоусъвършенстването и развитието на личностни качества и умения.

Данните са представени на таблица 18.

Таблица 18. Зависимост между наличието на магистратура по здравен мениджмънт и самоусъвършенстването и развитието на личностни качества и умения :

			Има магистърска степен по здравен мениджмънт		Общо
			Да	Не	
Самоусъвършенстване и развитие на личностни качества и умения	Много значим	Брой	32	26	58
		%	36,0%	29,2%	65,2%
	Значим	Брой	19	7	26
		%	21,3%	7,9%	29,2%
	Неутрален	Брой	5	0	5
		%	5,6%	0,0%	5,6%
Общо	Брой	56	33	89	
	%	62,9%	37,1%	100,0%	

Тестът U на Mann-Whitny показва, че съществува статистически значима връзка между наличието на магистратура по здравен мениджмънт и постигането на резултати - $U = 733.5$, $p = 0,034$. Това показва, че здравните мениджъри, които имат магистратура считат, като много значима компетентност при оптимизиране на професионалната им подготовка постигането на резултати (таблица 19).

Таблица 19. Зависимост между наличието на магистратура по здравен мениджмънт и постигането на резултати :

			Има магистърска степен по здравен мениджмънт		Общо
			Да	Не	
Постигане на резултати	Много значим	Брой	37	29	66
		%	41,6%	32,6%	74,2%
	Значим	Брой	15	2	17
		%	16,9%	2,2%	19,1%
	Неутрален	Брой	4	2	6
		%	4,5%	2,2%	6,7%
Общо		Брой	56	33	89
		%	62,9%	37,1%	100,0%

Удовлетвореност от работата

Изследването на удовлетвореността от работата и мотивацията се разглеждат като измерители за поведенческа компетентност при управление на човешките ресурси в здравната организация.

Общоприето е диференцирането на факторите за удовлетвореност и затова се придържаме към традиционната схема за определянето им според основните аспекти на труда, които допринасят за висока удовлетвореност:

- съдържание на труда;
- заплащане;
- развитие и израстване в кариерата;
- отношения с колегите;
- отношения с ръководството.

Оценката на удовлетвореността от аспектите на труда се използва, за да се определят факторите, които имат стимулиращо влияние върху

ефективността, или за да се разкрият причините за отсъствията и текучеството. За целта е необходимо да се прояви йерархията на мотивите за труд и т. нар. мотивационно ядро, което формира степента на удовлетвореност от различните аспекти.

Взаимоотношенията в здравната организация непрекъснато се усложняват и е необходимо системно да се изучават личностните особености на индивидите, като предпочитания, ценности, нагласи и т.н. Мотивацията е многопластов процес с различни по своята същност и дълбочина проявления. Мотивацията като процес се отнася до приложния инструментариум на мениджърите по човешки ресурси, а оттам и до само-осъществяването като актуална висша потребност на съвременния професионалист.

Мотивационната комуникация е сред основните функции в ръководната дейност на мениджъра. От нея могат да се направят и важни изводи за уменията и ролите, свързани с дейността му. Преди да могат да мотивират колегите в екипа, мениджърите трябва да знаят какво “движи” хората и какво могат да направят, за да ги мотивират към постигане на висока ефективност в работата. Това включва както диагностични, така и концептуални умения.

За да установим каква е степента на влиянието на всеки фактор-мотиватор върху удовлетвореността от работата им зададохме въпрос, който анализирахме по 5-степенна скала от Ликертов тип, като респондентите отбелязват от 1 - Напълно влияе, 2 - По-скоро влияе, 3 – Неутрален, 4 - По-скоро не влияе до 5 - Напълно не влияе. Резултатите са представени на таблица 20.

Факторите-мотиватори с най-висок относителен дял, които напълно влияят върху удовлетвореността от работата им според

анкетирани здравни мениджъри са възможността за повишаване на квалификацията /69,7%/, сигурност на работното място /65,2%/ справедливост на възнаграждението /64%/, морално удовлетворение от добре свършената работа /62,9%/ и възможност за израстване в кариерата /60,7%/. Повече от половината от респондентите се влияят силно и от дохода осигуряващ добър стандарт на живот /53,9%/, професионалната свобода и възможността за инициатива в процеса на работа /52,8%/, признание, получено от колегите в екипа /51,7%/ и предизвикателна и интересна работа /50,6%/.

Таблица 20. Разпределение на анкетирани здравни мениджъри според степента на влиянието на всеки фактор-мотиватор върху удовлетвореността от работата им

Фактори-мотиватори	Напълно влияе	По-скоро влияе	Неутрален	По-скоро не влияе	Напълно не влияе
Възможност за повишаване на квалификацията	69.7	28.1	2.2		
Възможност за развитие и израстване в кариерата	60.7	37.1	2.2		
Професионална свобода и възможност за инициатива в процеса на работа	52.8	42.7	4.5		
Доход, който осигурява добър стандарт на живот	53.9	42.7	3.4		
Взаимоотношения и възможност за обратна връзка с прекия ръководител	44.9	43.8	6.7	2.2	2.2
Справедливост на възнаграждението	64	31.5	4.5		
Сигурност на работното място	65.2	24.7	7.9	2.2	
Социални придобивки	24.7	56.2	9	2.2	7.9
Социална среда (отношения с колеги, климат в екипа)	46.1	51.7	2.2		

Предизвикателна и интересна работа	50.6	44.9	4.5		
Възможност за участие в управленския процес и вземането на решения в здравното заведение	41.6	42.7	15.7		
Признание за личните качества и способности от прекия ръководител	46.1	44.9	4.5	2.2	2.2
Признание, получено от колегите в екипа	51.7	39.3	4.5	4.5	
Морално удовлетворение от добре свършената работа	62.9	34.8	2.2		
Условия на труд (физически условия за работа – оборудване по европейски стандарт, безопасни условия на труд)	47.2	44.9	7.9		
Организация на труда (организация на работния процес в структурата, в която работите).	55.1	42.7	2.2		
Професионален мениджмънт от страна на ръководството	60.7	32.6	4.5		2.2

Изследването на връзката между наличието на магистратура по здравен мениджмънт и влиянието на факторите-мотиватори върху удовлетвореността от работата на здравните мениджъри, чрез U статистиката, показва, че тази връзка не е статистически значима.

Умения на здравния мениджър

Здравният мениджър трябва да е компетентен във всяка област, да познава всичко в дълбочина в своята сфера и да има широк миروглед, богата обща култура. Тези качества са жизнено необходими и при управлението на подчинените за поглед в глобален мащаб, и при контакта с клиенти за скъсяване на дистанцията [Kotter, J., 1996]. Всички тези качества и умения се постигат преди всичко по пътя на

образованието. Но точна формула “как се става добър мениджър” никога не може да даде. Всеки мениджър трябва сам да я изведе за себе си. Как да се научи:

- Да мисли като управленец;
- Да предвижда събитието, а не да чака то да се случи и след това да реагира;
- Да се научи да разбира и мотивира хората за осъществяване на обща цел;
- Да се научи да води хората до своето мнение с убедителност и обаяние, а не с агресивност;
- Да е дипломат, който прави отстъпки, но и знае кога трябва да каже *не*;
- Да е подготвен - винаги да има план: Защо? Как? Каква е целта? ;
- Да се научи да обръща внимание на детайлите във външния си вид, като при това да показва прилежност, без да демонстрира нищо;
- И най-важното - да се научи на труд - на много труд;
- Да цени своя и труда на останалите;
- Да се радва на успехите, но и да се научи как да губи, като същевременно да извлича положителен опит от своя неуспех, защото добрият мениджър е този, който, когато изгуби, може да се усмихне.

Без добър мениджмънт дейността на организацията би станала хаотична, което би застрашило самото ѝ съществуване. Лидерството е справяне с промяната или търсене на промяната.

Макс Вебер е казал, че *„организациите, които ще оцелеят, са онези, които съумеят да прокарат лидерско поведение по всички свои нива в системата си, а не които предполагат, че лидерите*

съществуват само на върха” (1912г.). Цитираната като мото проникновена мисъл на бележития социолог, звучи изключително актуално, съвременно и е трудно да се повярва, че е писана преди повече от сто години. Защото и днес огромна част от теоретиците на мениджмънта, както и практическите мениджъри и политици не отчитат ключовата роля на лидера за развитието и успеха на всяка една организация, на всяка една социална система. Това неоправдано подценяване е особено характерно за системата на здравеопазването.

Според В. Борисов, В., З., Глутникова и Ц. Воденичаров [Борисов В. и кол., 1998] всеки мениджър следва да има развити следните типове умения:

1. *Концепционни* - умения за обосноваване и разработване на концепции за управлението и развитието на управляваната система. Тези умения се основават върху наличието на компетентни професионално-управленски виждания. Може да се каже, че мениджър без виждане (английския термин vision) е нискоефективен посредствен администратор.
2. *Комуникационни* - за междуличностни отношения и социални контакти в процеса на управлението.
3. *Технически* - работа с документация, организиране и провеждане на съвещания, работа с компютър, анализ на статистическа информация.
4. *Екипна дейност* - умения за подбор и развитие на управленския екип, чрез който мениджърът осъществява управленските си функции .

Наблюденията показват, че концепционните умения са най-изразени и нужни на висшето ниво на мениджмънта, докато техническите и комуникационните умения са относително по-изявени на оперативното ниво.

Относно мнението на анкетиранията здравни мениджъри за степента на значимост на всяко умение, което трябва да притежава човек на тяхната позиция, за да се справя максимално добре с работата си като ръководител, за много значимо умение здравните мениджъри посочват поемането на отговорност /88,8%/, следвано от работата в екип – 83,1%, определянето на цели /74,2%/ и уменията за комуникация /71,9%/. Голям е относителният дял на респондентите, които отдават голяма значимост и на умения, като увереност /64%/, инициативност /64%/, умения за преговаряне /64%/, обективност и безпристрастност /61,8%/, гъвкавост /61,8%/ и самодисциплина /60,8%/. Прави впечатление, че всички изследвани от нас умения са оценени като значими и много значими според по-голямата част от анкетиранията здравни мениджъри. Това потвърждава становището, че здравните мениджъри трябва да притежават комплексни умения, за да се справят отлично с работата си като ръководители. Резултатите са представени на таблица 21.

Таблица 21. Разпределение на анкетиранията здравни мениджъри според степента на значимост на всяко умение, което трябва да притежава човек на тяхната позиция, за да се справя максимално добре с работата си като ръководител

Умения	Много значимо	Значимо	Неутрален	Малко значимо	Незначимо
Работа в екип	83.1	16.9		-	-
Самодисциплина	60.7	34.8	4.5	-	-
Планиране и организиране	79.8	20.2		-	-
Увереност	64.0	29.2		6.7	0

Обективност и безпристрастност	61.8	29.2	4.5	4.5	0
Определяне на цели	74.2	19.1	4.5		2.2
Гъвкавост	61.8	33.7		2.2	2.2
Лидерство, убеждаване и оказване на влияние	57.3	36.0	2.2	2.2	2.2
Анализ на данни	44.9	48.3	6.7	-	-
Инициативност	64.0	29.2	6.7	-	-
Умения за комуникация	71.9	28.1		-	-
Показване на съпричастност	27.0	61.8	11.2	-	-
Поемане на отговорност	88.8	11.2		-	-
Прецизност, внимание към детайлите	39.3	52.8	5.6	2.2	-
Продуктивност и действеност	50.6	38.2	9.0	2.2	-
Умения за сътрудничество и подпомагане	38.2	57.3	4.5	-	-
Използване на технологии	44.9	44.9	10.1	-	-
Умения за преговаряне	64.0	31.5	2.2	-	2.2
Писмена комуникация	29.2	56.2	10.1	4.5	-
Осмисляне	47.2	50.6		2.2	-
Други	2.2	14.6	2.2	2.2	78.7

Потърсихме корелационна зависимост между наличието на магистратура по здравен мениджмънт от анкетираните лица и степента на значимост на всяко умение, което трябва да притежават, за да се справя максимално добре с работата си като ръководители. Метод хи-квадрат по формулата на Пирсън показва, че съществува статистически значима връзка между наличието на магистратура по здравен

мениджмънт и значимостта на умението планиране и организиране - $\chi^2 = 5,586$, $p = 0,018 < 0,05$. Това показва, че здравните мениджъри, които имат магистратура считат, като много значимо умението планиране и организиране за справяне максимално добре с работата си като ръководители. Данните са представени на таблица 22.

Таблица 22. Зависимост между наличието на магистратура по здравен мениджмънт и значимостта на умението планиране и организиране

			Има магистърска степен по здравен мениджмънт		Общо
			Да	Не	
Планиране и организиране	Много значимо	Брой	49	22	71
		%	55,1%	24,7%	79,8%
	Значимо	Брой	7	11	18
		%	7,9%	12,4%	20,2%
Общо		Брой	56	33	89
		%	62,9%	37,1%	100,0%

Тестът на Ман Уитни показва, че съществува статистически значима връзка между наличието на магистратура по здравен мениджмънт и значимостта на умението определяне на цели - $U = 667$, $p = 0,004$. Това показва, че здравните мениджъри, които имат магистратура считат, като много значимо умението определяне на цели за справяне максимално добре с работата си като ръководители. Данните са представени на таблица 23.

Таблица 23. Зависимост между наличието на магистратура по здравен мениджмънт и значимостта на умението определяне на цели

			Има магистърска степен по здравен мениджмънт		Общо
			Да	Не	
Определяне на цели	Много значимо	Брой	47	19	66
		%	52,8%	21,3%	74,2%
	Значимо	Брой	8	9	17
		%			

		%	9,0%	10,1%	19,1%
	Неутрален	Брой	0	4	4
		%	0,0%	4,5%	4,5%
	Незначимо	Брой	1	1	2
		%	1,1%	1,1%	2,2%
Общо		Брой	56	33	89
		%	62,9%	37,1%	100,0%

Отново тестът на Ман Уитни установява, че съществува статистически значима връзка между наличието на магистратура по здравен мениджмънт и значимостта на умението показване на съпричастност - $U = 523$, $p = 0,0001$. Това показва, че здравните мениджъри, които имат магистратура считат, като много значимо умението показване на съпричастност за справяне максимално добре с работата си като ръководители. Данните са представени на таблица 24.

Таблица 24. Зависимост между наличието на магистратура по здравен мениджмънт и значимостта на умението показване на съпричастност

			Има магистърска степен по здравен мениджмънт		Общо
			Да	Не	
Показване на съпричастност	Много значимо	Брой	8	16	24
		%	9,0%	18,0%	27,0%
	Значимо	Брой	38	17	55
		%	42,7%	19,1%	61,8%
	Неутрален	Брой	10	0	10
		%	11,2%	0,0%	11,2%
Общо		Брой	56	33	89
		%	62,9%	37,1%	100,0%

Изследването на връзката между наличието на магистратура по здравен мениджмънт от анкетираните и степента на значимост на останалите умения /освен посочените три/, които трябва да притежават,

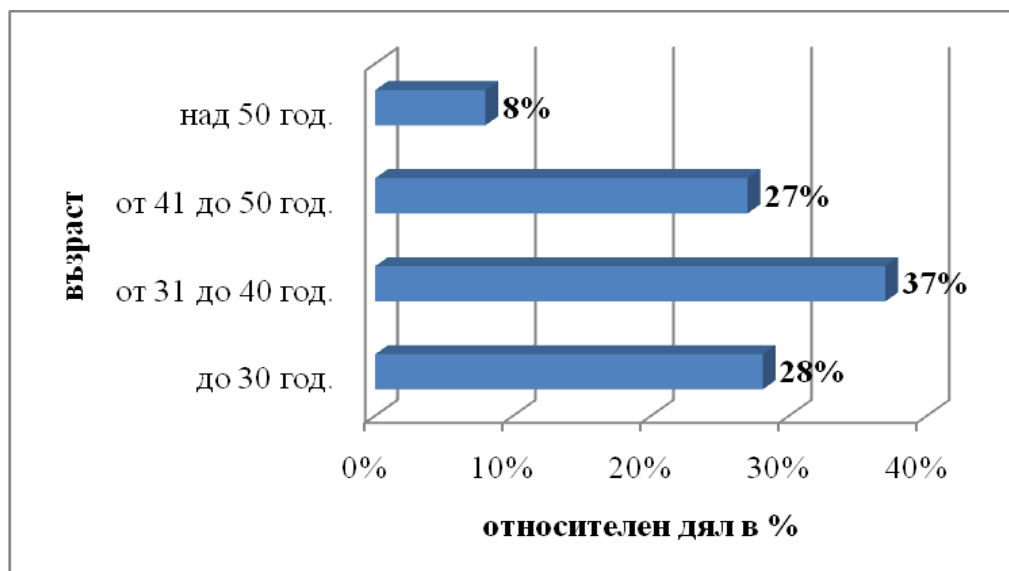
за да се справя максимално добре с работата си като ръководители, чрез U статистиката, показва, че тази връзка не е статистически значима.

АНАЛИЗ И ОЦЕНКА НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ ПРОВЕДЕНОТО АНКЕТНО ПРОУЧВАНЕ НА СТУДЕНТИТЕ МАГИСТРИ ПО ЗДРАВЕН МЕНИДЖМЪНТ

Изследван контингент

В проучването участват 189 студенти обучавани във ФОЗ, МУ-София в магистърската програма по обществено здраве и здравен мениджмънт. От анкетираните 53(28%) са мъже и 136 (72%) жени, като 83 (43,9%) са от столицата, а останалите 106 (56,1%) са от градовете. На фигура 25 е представено разпределението по възраст на анкетираните студенти. Най-голяма част (37%) от респондентите са на възраст от 31 до 40 години, следвани от тези (28%) във възрастовата група до 30 години, а на трето място са анкетираните студенти на възраст от 41 до 50 години (27%).

Фигура 23. Разпределение по възраст на анкетираните студенти



Образование и професионална квалификация

По-голямата част 115 (60,8%) от анкетираните студенти магистри по ОЗЗМ са с медицинско образование, 39 (20,6%) са икономисти, а 11 (5,8%) са прависти (Таблица 25).

Таблица 25. Образование на анкетираните студенти магистри по ОЗЗМ :

Образование	Брой	Относителен дял в %
Медицина	115	60,8
Икономика	39	20,6
Право	11	5,8
Техническо	10	5,3
Спорт	1	0,5
Природни науки	13	6,9
Общо	189	100,0

Медицинска специалност имат 80 (42,3%) от респондентите, а 128 (67,7%) работят в сферата на здравеопазването. Разпределението по специалности на студентите медици е представено на таблица 26.

Таблица 26. Разпределение на анкетираните студенти магистри по ОЗЗМ според притежаваната от тях медицинска специалност :

Медицинска специалност	Брой	Относителен дял в %
Вътрешни болести	25	31,3
Анестезиология	9	11,3
Неврология	10	12,5
Педиатрия	5	6,3
Социална медицина и здравен мениджмънт	17	21,3
Друга	14	17,5
Общо	80	100,0

Завършили квалификационни курсове в областта на здравния мениджмънт са 66 (34,9%) от анкетираните студенти.

Мотивация за професионална реализация и потребности от квалификация на обучаващите се магистри по ОЗЗМ във ФОЗ

В общия процес на професионалната кариера специален интерес представляват факторите и мотивите за започване на управленска кариера.

На таблица 27 са представени мотивите за избор на специалността здравен мениджмънт. Вижда се, че най-честият мотив е желанието за бъдеща професионална кариера като здравен мениджър (46,6%), следвано от желанието за повишаване на управленската култура (36,5%).

Не е малък и относителния дял на анкетираните студенти, чиито водещ мотив е стремежът към себerealизация (16,9 %), което е в синхрон с известния в литературата модел на Е. Маслоу. Себerealизацията като потребност и като мотив за избор на професия безспорно е положителен фактор за ефективността на бъдещата професионална дейност на всеки специалист, в това число и на здравния мениджър.

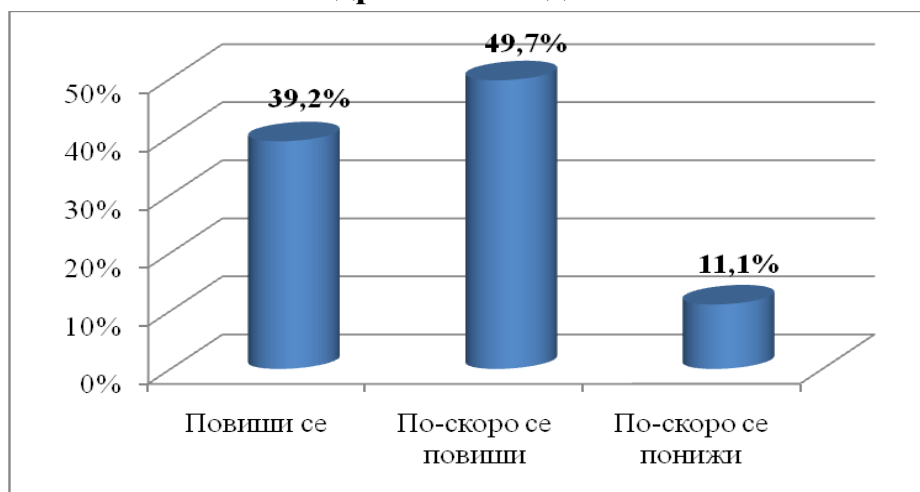
Това разнообразие на мотивите изисква специален анализ в допълнително изследване. Във всеки случай то отразява липсата на регламентиран професионален мениджмънт засега у нас. Очевидно водещият мотив за университетско обучение по здравен мениджмънт в момента в България е стремежът към професионална кариера по здравен мениджмънт.

Таблица 27. Мотиви за избор на магистратура по здравен мениджмънт :

Мотиви	Брой	Относителен дял в %
За да реализирам себе си	32	16,9
За да повиша управленската си култура	69	36,5
С оглед бъдещото ми развитие като здравен мениджър	88	46,6
Общо	189	100,0

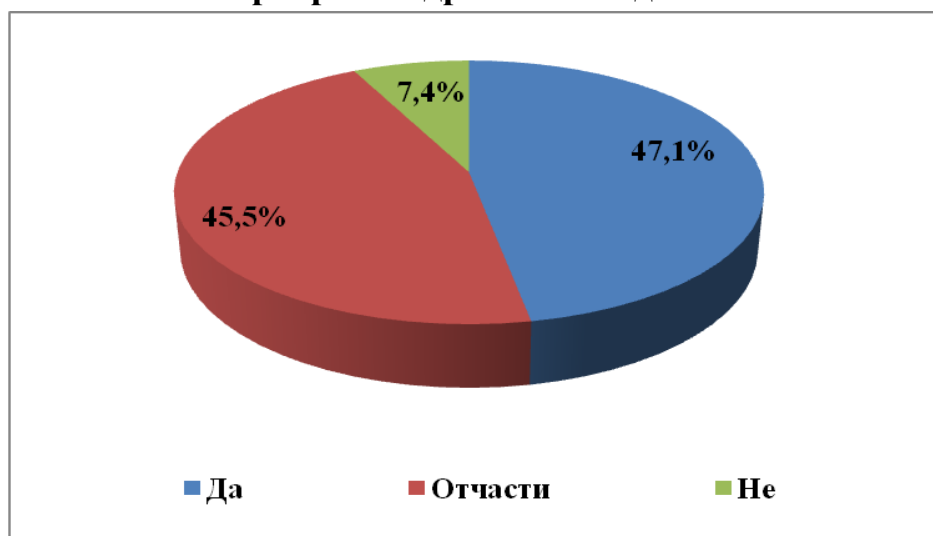
Нашите данни показват, че мотивацията за избор на здравен мениджмънт у обучаващите се студенти търпи известна динамика, която личи на фигура 24. Вижда се, че у повечето анкетирани тази мотивация е повишена (88,9%), но за един значителен процент (11,1%) тя е понижена и това отново е свързано с постепенната, по-ясна представа, че в България все още липсват гарантирани условия за пълноценна реализация и професионална кариера като здравни мениджъри.

Фигура 24. Промяна в професионалната мотивация за избор на здравен мениджмънт



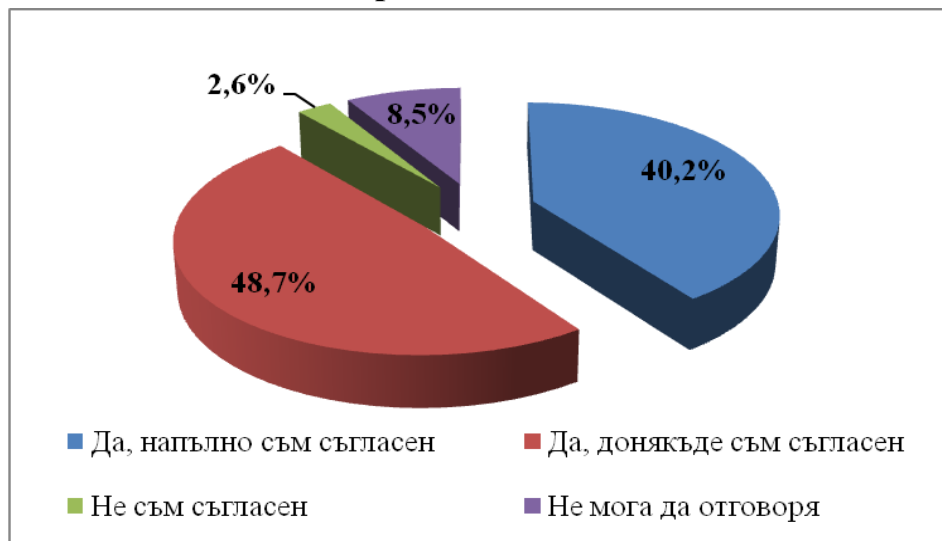
С тези данни корелират данните от фигура 25. Анкетираниите преценяват, че възможностите и перспективите им за професионално развитие и стабилна кариера в областта на здравния мениджмънт не са особено добри. Близо половината от тях (45,5%) виждат отчасти, а 7,4% изобщо не виждат наличие на реални перспективи за бъдещо развитие като здравни мениджъри при сегашната нормативна база на здравеопазването и установената практика на подбор на управленските кадри в болничния и извънболничния сектор.

Фигура 25. Оценка на перспективите за развитие и професионална кариера по здравен мениджмънт :



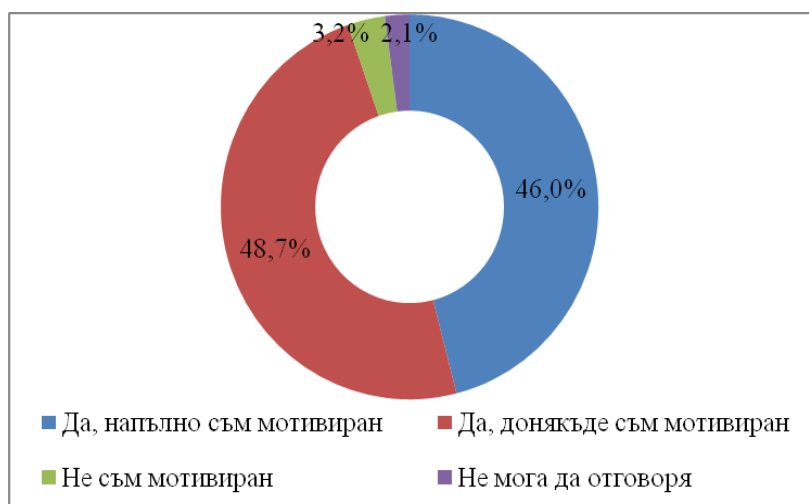
Въпреки това повечето (88,9%) от студентите магистри са съгласни в различна степен с твърдението, че магистратурата по обществено здраве и здравен мениджмънт е фактор за професионална им реализация, като 40,2% напълно са съгласни, а 48,7% донякъде са съгласни с това твърдение. 8,5% не могат да отговорят, а 5(2,6%) са напълно несъгласни с посоченото твърдение. (Фигура 26).

Фигура 26. Разпределение на анкетираните здравни мениджъри според отговорите на твърдението: ”Магистратурата по Обществено здраве и здравен мениджмънт е фактор за професионална Ви реализация”



Напълно мотивирани за професионална реализация в сферата на управлението в системата на здравеопазване са 40% от анкетираните студенти, а 48,7% са мотивирани донякъде. Сравнително малък е относителния дял на респондентите, които не са мотивирани за професионална реализация – 2,6%. (Фигура 27).

Фигура 27. Разпределение на анкетираните студенти според степента им на мотивация за професионална реализация :



В съвременните условия нарастват изискванията към здравните мениджъри относно тяхната квалификация и професионални умения. Това се отнася особено за болничния сектор [Димитров Д., 2008]. Здравният мениджмънт като самостоятелна управленска кариера изисква определена степен на професионална подготовка с овладяване на управленски виждания и умения. Редица автори посочват, че в нашата здравна система има определен дефицит на управленски знания и умения.

За да установим в коя област на здравния мениджмънт анкетираните студенти изпитват нужда от допълнителни по-специални познания и умения зададохме следващият въпрос в нашето проучване. Резултатите са представени на таблица 28. Най-голяма част от анкетираните /80 (42,3%)/ се нуждаят от допълнителни познания в областта на мениджмънта на човешките ресурси, следвани от желаещите да получат по-специални познания в областта на мениджмънта на финансовите ресурси /61 (32,3%)/ и здравната политика /53 (28%)/.

Таблица 28. Разпределение на анкетираните студенти относно необходимостта от допълнителни познания и умения

Област от здравния мениджмънт	Брой	Относителен дял в %
Общи принципи на мениджмънта	25	13.2%
Здравна политика	53	28.0%
Стратегически мениджмънт	38	20.1%
Мениджмънт на промяната	36	19.0%
Мениджмънт на времето	10	5.3%
Мениджмънт на финансовите ресурси	61	32.3%
Мениджмънт на човешките ресурси	80	42.3%
Статистически методи и информатика	24	12.7%
Маркетингови подходи	23	12.2%
Мениджмънт на качеството	35	18.5%

*Сумата на процентите е повече от 100%, тъй като анкетираните са дали повече от един отговор

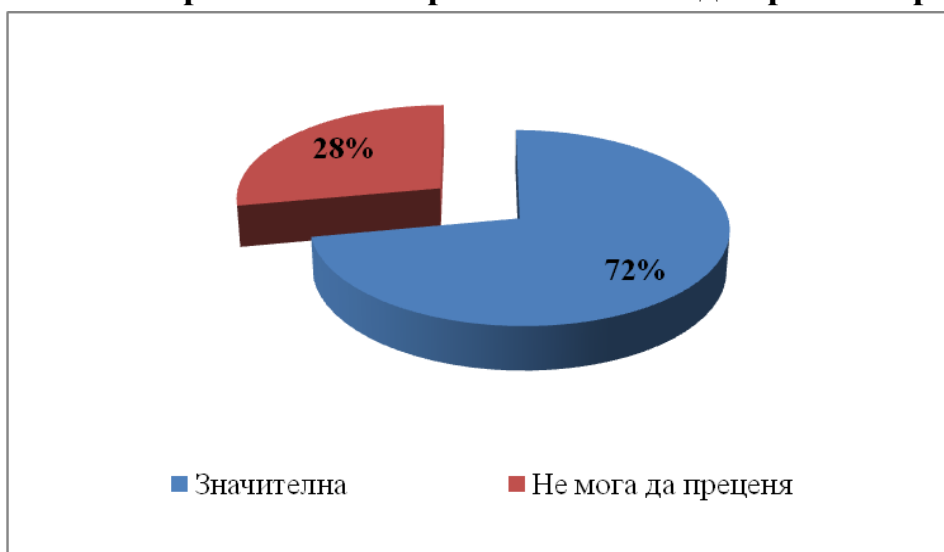
Тези данни показват, че интересът на бъдещите мениджъри е по-нисък към общите стратегически въпроси на мениджърската теория—особено по проблемите на мениджмънта на времето, стратегическия мениджмънт, мениджмънта на промяната. Нисък е също интересът към маркетинговите подходи.

Това води до необходимост от по-целенасочено и по-системно програмиране на тяхното продължаващо обучение (continuing education) в съответствие със динамиката на актуалността, значимостта и приоритетността на разнообразната проблематика на здравния мениджмънт. Преди всичко желателно е, освен другите проблеми да се

акцентира и върху по-стабилното формиране на стратегическото мислене и умение на водещите здравни мениджъри в нашата страна.

Необходимостта от повишаване на професионалната квалификацията на студентите магистри по здравен мениджмънт се потвърждава и от отговорите им на въпроса относно оценката им за ролята на научните доказателства при вземане на решения в мениджърската практика. Повечето от анкетиранияте студенти 72% считат, че научните доказателства имат значителна роля за избора на дадено управленско решение, докато 28% не могат да преценят. (Фигура 28.)

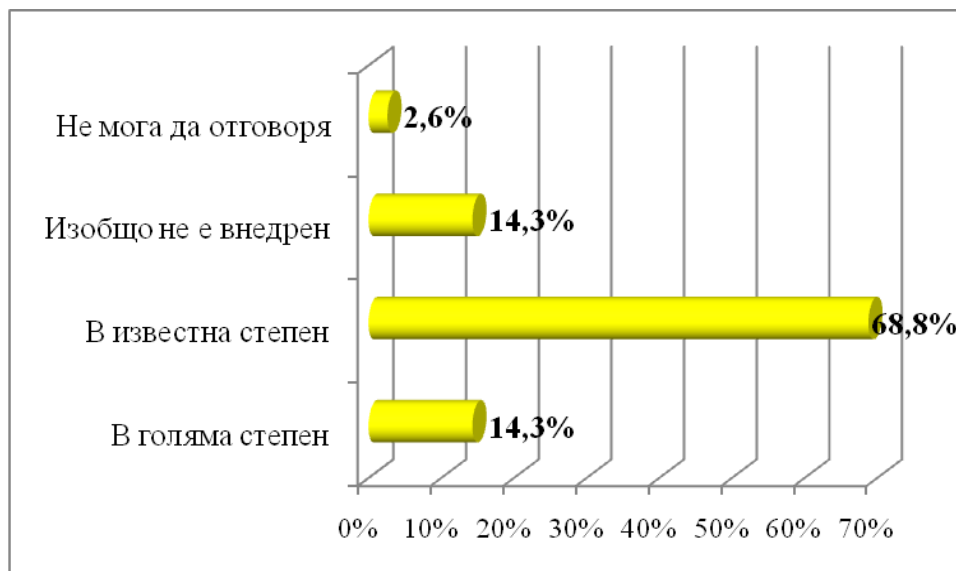
Фигура 28. Мнение на здравните мениджъри за ролята на научните доказателства при вземане на решения в мениджърската практика



Внедряване на професионален мениджмънт в управлението на здравната система

Запитани за степента на внедряване на професионален мениджмънт в управлението на здравната система по-голямата част от анкетираниите студенти магистри по здравен мениджмънт 68,8% считат, че това е така в известна степен, а 14,3% в голяма степен. Според 27 (14,3%) от респондентите професионалният здравен мениджмънт изобщо не е внедрен в управлението на здравната система, което е обезпокояващ факт. (Фигура 29.)

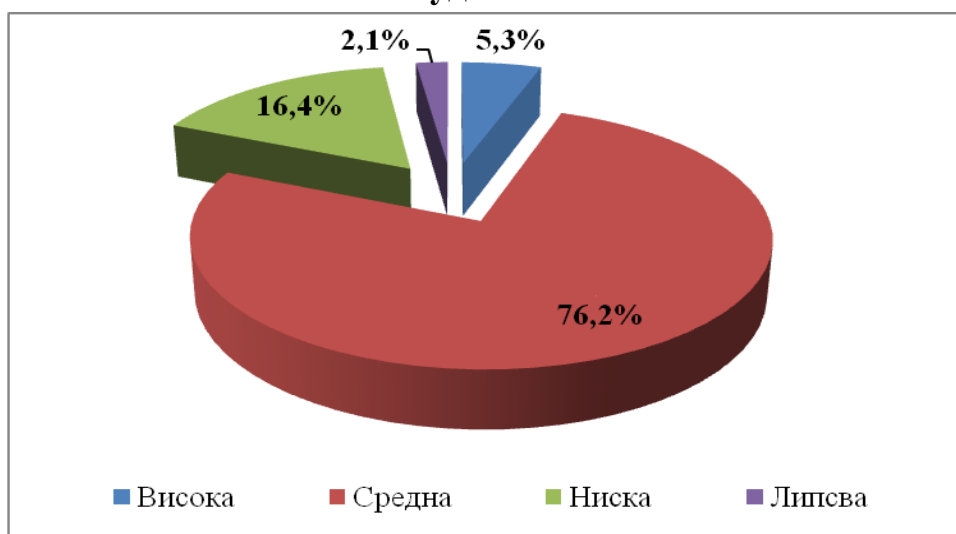
Фигура 29. Разпределение на анкетираниите студенти според мнението им за степента на внедряване на професионален мениджмънт в управлението на здравната система



Следващият въпрос отразява мнението на студентите относно компетентността по здравен мениджмънт на лицата, изпълняващи управленски функции в здравеопазването. Получените данни от анкетното проучване сред студентите показват, че едва 10 (5,3%) считат,

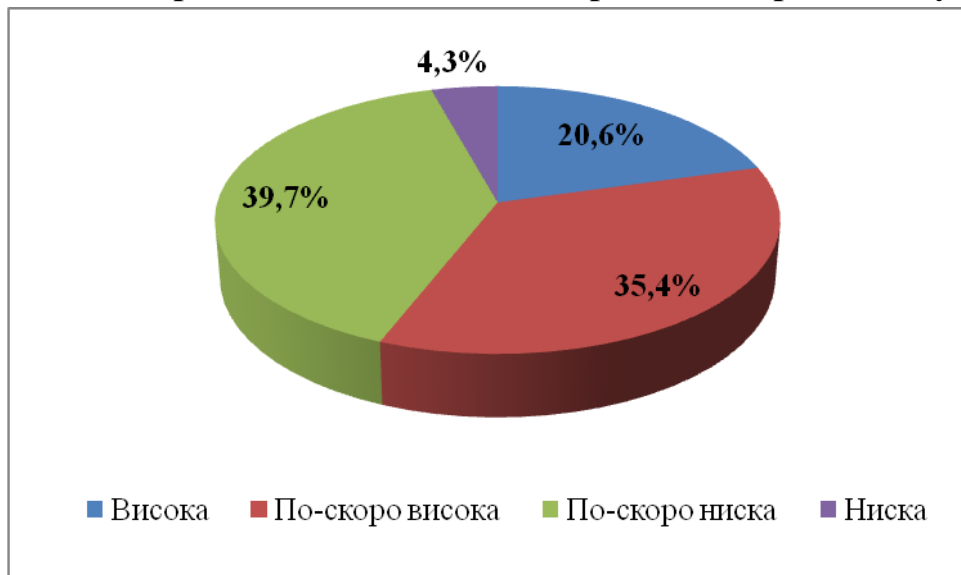
че компетентността е висока, според 31 (16,4%) компетентността е ниска, а три четвърти 144 (76,2%) от анкетираните я определят като средна. (Фигура 30.)

Фигура 30. Компетентност по здравен мениджмънт на лицата, изпълняващи управленски функции в здравеопазването според студентите



Запитани как оценяват квалификацията в областта на здравния мениджмънт на административния персонал във тяхната месторабота 56% я определят като висока и по-скоро висока, а останалите 44% - ниска и по-скоро ниска. (Фигура 31.)

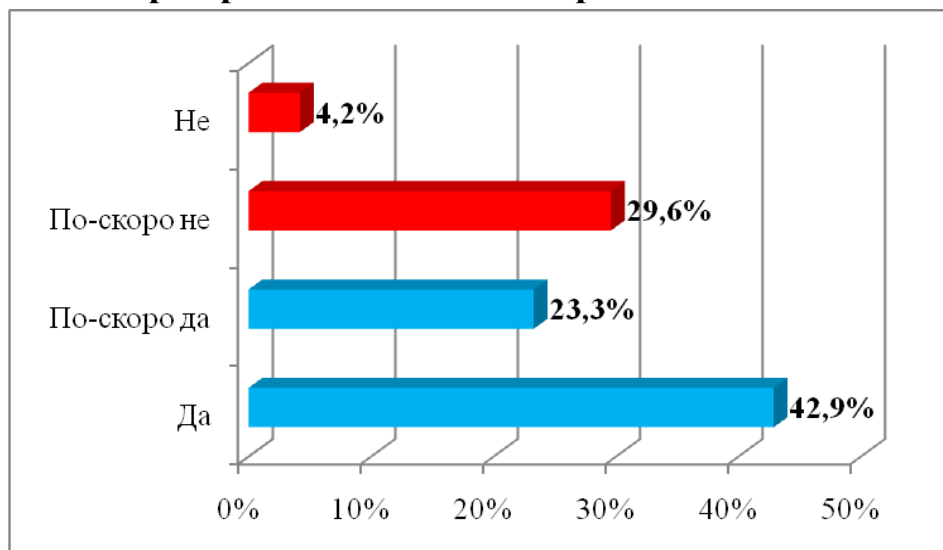
Фигура 31. Квалификация на административния персонал в областта на здравния мениджмънт според анкетиранияте студенти



От голямо значение за успешното функциониране на здравните организации е мениджъра да съчетава в себе си и качествата на лидер. Лидерството до голяма степен е изкуство. То е поведение и дейност, която отчита ценностната система на хората, техните интереси, като същевременно ги мотивира да изпълняват задачите, които са им възложени, по най-добрия начин, както и да развива тяхното творчество и потенциал в полза на организацията.

В тази връзка по-голяма част от анкетиранияте студентите магистри (66,2%) считат, че прекия им ръководител притежава качества на лидер, но не е малък и относителният дял на студентите 33,8%, които са на противоположното мнение по този въпрос. (Фигура 32.)

Фигура 32. Мнение на студентите относно притежанието от техния пряк ръководител на лидерски качества :



Лидерството е неизменна част от ефективното управление. В своето определение известният теоретик на мениджмънта Питър Дракър казва, че “Лидерство е способността да се изведе ефективността на човешката дейност на равнището на по-високи стандарти, а също и способността да се формира личност, излизайки зад обикновените ограничаващи рамки”.

Лидерството се проявява в междуличностните отношения. То се свързва с постигането на цели така, че последователите да ги възприемат като свои собствени. Ефективното управление е невъзможно без лидерство.

Предприемачът-лидер трябва да има ясна представа за желаните бъдещи резултати, за начините за тяхното постигане и най-важното - знание и умения да организира и да мотивира хората си така, че те да следват избора от него път като свой.

При лидерството е силно изразена активната позиция за достигане на дадена цел. Лидерът използва различни методи, техники и средства, за

да постигне определена цел. В този смисъл лидерството означава действие докато властта е по-скоро състояние.

Лидер е този ръководител, който съумее да обедини сътрудниците си, да ги вдъхновява в съвместната дейност, да ги „обрича“ на идеи, които надхвърлят непосредствените им интереси.

Три са силните страни на влияния на лидера като мениджър:

- неговият статус;
- знанията и авторитетът му;
- доверието на сътрудниците.

Въпреки многобройните изследвания в теорията няма единно мнение за личностовите качества на лидера. Съществуват обаче много емпирични доказателства в полза на тезата, че за различни управленски ситуации са необходими различни способности, знания и практически опит.

В организациите лидерството често се противопоставя на мениджмънта. Мениджмънтът се разбира като възможност да се изпълняват задачи чрез други хора. Лидерството е умението да се влияе върху хората така, че те да желаят да изпълнят задачата. От тази гледна точка, се прави разлика между мениджър и лидер. Мениджърът влияе върху своите подчинени от позициите на длъжността и властта произтичаща от нея. Лидерът определя посоката и чрез психологическото си въздействие влияе върху хората, които доброволно го следват. Отношенията, които се изграждат от мениджъра са в посока “ръководител-подчинен”, а при лидерството “лидер-последовател”. Издигането на лидера следва демократичния принцип “от долу-на горе”. Обикновено, мениджърът се назначава “от горе”.

Таблица 28. Сравнителна характеристика на мениджъра и лидера

МЕНИДЖЪР	ЛИДЕР
администратор	иноватор
възлага	вдъхновява
работи за целите на другите	работи за своите цели
план-основа за действие	собствени виждания – основа за действие
опира се на системата	опира се на хората
използва доводи	използва доводи и емоции
контролира	доверява
поддържа движението	дава импулс за движение
професионалист	ентузиаст
бюрократ	дипломат
уважаван	обожаван
взема решения	превръща решения в реалност
изпълнява нещата правилно	изпълнява правилните неща

Източник: адаптирано по Kotter, J. P. A Force for Change: How Leadership Differs from Management. New York: Free Press, 1990.

Във връзка с казаното до тук зададохме въпрос в анкетата, целта на който е да установим степента на значимост на лидерските компетентности в сферата на здравеопазването необходими при оптимизиране на професионалната подготовка на здравните мениджъри според анкетираните студенти. Резултатите са представени на таблица 29.

Таблица 29. Относителен дял на анкетираните студенти според степента на значимост на лидерските компетентности при оптимизиране на професионалната им подготовка :

Фактори	Много значим	Значим	Неутрален	Малко значим	Незначим
Самоусъвършенстване и развитие на личностни качества и умения	66,7%	20,6%	7,4%	-	5,3%
Лична организационна ефективност	51,3%	36,5%	6,9%	-	5,3%
Лидерство на другите	33,3%	47,1%	14,3%	5,3%	-

Стил на лидерско действие	43,4%	39,2%	14,8%	-	2,6%
Лидерство на постиженията и на промяната	40,2%	37,6%	14,3%	2,6%	5,3%
Постигане на резултати	75,1%	14,8%	4,8%	-	5,3%

Като много значима компетентност при оптимизиране на професионалната им подготовка най-голяма част от студентите магистри /75,1%/ посочват постигането на резултати, следвана от самоусъвършенстването и развитието на личностни качества и умения /66,7%/ и личната организационна ефективност /51,3%/. Останалите групи лидерски компетентности – стил на лидерско действие, лидерство на постиженията и на промяната и лидерството на другите също са оценени от анкетираните здравни мениджъри като значими и много значими.

С цел да изясним каква е степента на влияние на основните фактори на базисните мениджърски компетенции за реализирането на успешна кариера като здравен мениджър според студентите магистри зададохме следващия въпрос в проведеното анкетното проучване. Резултатите са представени на таблица 30.

Таблица 30. Относителен дял на анкетираните студенти според степента на влияние на основните фактори на базисните мениджърски компетенции за реализирането на успешна кариера

Фактори	Много силно влияние	Силно влияние	Неутрален	Слабо влияние	Много слабо влияние
Управление на времето	48,1%	36,5%	10,1%	5,3%	-
Управление на целите	55%	32,3%	4,8%	2,6%	5,3%
Комуникация и организационно поведение	40,7%	43,9%	12,7%	-	2,6%

Базисни мениджърски умения	56,1%	29,1%	12,2%	-	2,6%
Развитие на ефективен екип	63,5%	23,8%	10,1%	-	2,6%
Управление на проекти и реализиране на приоритети	47,6%	35,4%	11,6%	2,6%	2,6%

Факторите, които имат много силно влияние за реализирането на успешна кариера като здравен мениджър според анкетиранияте студенти са развитието на ефективен екип (63,5%), базисни мениджърски умения (56,1%) и управлението на целите (55%). В почти еднаква степен са оценени, че имат много силно влияние останалите три фактора, които са обект на проучването.

Актуални проблеми на професионална реализация на дипломираните здравни мениджъри – бариери и стимули

Когато се анализира същността на здравния мениджмънт трябва да се осъзнава, че практическата дейност на здравния мениджър е съпроводена с редица все още непреодолени трудности и предизвикателства, свързани с комплекс обективни и субективни фактори. От обективните фактори трябва да се посочи изключителната сложност на съвременната здравна система като структура и като функции. Към здравеопазването днес се поставят много нови непознати в миналото претенции за повишаване качеството на медицинската помощ. От субективните фактори важно място заемат професионално-личностните качества на самия здравен мениджър – неговата квалификация, етична характеристика, мотивация, ценностна система и др. Подценяването на управленския професионализъм в здравеопазването от страна на здравни политици и законодатели,

слабостите в нормативната база на здравеопазването, също сериозно затрудняват професионалната дейност на здравните мениджъри в ежедневната им практика.

Най-голяма част от анкетираните студенти смятат, че задължителния образователен ценз за заемане на длъжността болничен директор е наличието на образование по медицина плюс магистратура по здравен мениджмънт 55,9% (105), следвани от отговорилите икономика или право плюс магистратура по здравен мениджмънт 42,6% (80). (Таблица 31). Сравнявайки резултатите от проведеното проучване сред действащите здравни мениджъри и студентите магистри по здравен мениджмънт стигаме до извода, че и експертите и студентите са убедени, че магистратурата по здравен мениджмънт е необходимо и задължително условие за успешната им реализация в сферата на управлението на здравеопазването.

Таблица 31. Разпределение на анкетираните студенти относно мнението им за необходимия образователен ценз за заемане на длъжността болничен директор

Образователен ценз	Брой	Относителен дял в %
Медицина с призната специалност	31	16.5%
Магистратура по здравен мениджмънт	64	34.0%
Медицина плюс магистратура по здравен мениджмънт	105	55.9%
Икономика или право плюс квалификационен курс по здравен мениджмънт	18	9.6%
Икономика или право плюс магистратура по здравен мениджмънт	80	42.6%
Други	5	2.7%

*Сумата на процентите е повече от 100%, тъй като анкетираните са дали повече от един отговор

В литературата се анализира проблемът „Страхът от експерта като постоянна бариера за управленския професионализъм в здравеопазването” [Воденичаров Ц., 2014; Борисов В., 2009].

Многогодишните наблюдения показват, че независимо от шумните декларации за експертен подход и за експертни анализи, на практика хората с властови управленски позиции почти винаги спазват дистанция от истинските експерти, като предпочитат да се оградят с послушни чиновници и псевдоексперти.

Причините за страха от експерта са трудно видими и сложни за обяснение, особено тези от икономическо и политическо естество. По-очевидни са причините от психологическо естество. Главен инструмент на експерта е задълбоченият анализ, който от една страна изисква време и надеждна информация, а от друга страна, често разкрива неудобни истини, неудобни потребности, неудобни бъдещи изисквания към хората с властови управленски позиции. Самият експерт, ако е истински експерт има винаги критичен подход към реалностите и става неудобен.

Резултатите от научните изследвания и практиката показват, че добри национални доктрини, стратегии и модели, не могат да бъдат добре обосновани, изяснени и написани без решаващото присъствие на експертите.

Нагледна илюстрация за липсата на експертна мисъл и експертно присъствие са поредицата нереализирани **„национални здравни стратегии”**. Повече от две десетилетия у нас се изреждаха нови и нови здравни министри, нови и нови здравни комисии в парламента. Всички те действаха **изолирано** от същинския експертен потенциал в областта на здравната политика и мениджмънт. Именно страхът от мащабната и компетентна експертна мисъл е важната (но трудно видима) причина за

трайното игнориране на професионалния здравен мениджмънт в управленската практика на здравеопазването. [Воденичаров Ц., 2014]

Препоръки за усъвършенстване професионализма на здравния мениджър

Анкетираните студенти, както и експертите по здравен мениджмънт дават своите предложения за стабилна и ефективна професионална кариера на здравния мениджър, което по същество ще доведе до усъвършенстване професионализма в нашето здравеопазване.

Предложенията на анкетираните студенти магистри по ОЗЗМ във ФОЗ-София са представени обобщено в таблица 32. Вижда се, че и студентите, както и практикуващите здравни мениджъри в своите предложения открояват преди всичко **два главни акцента:**

- **Законово регламентиране на изискването за образователно ниво „магистър” по здравен мениджмънт за заемане управленски длъжностите /директор и зам. директор на болница, началник на клиника или отделение/.**
- **Провеждане на конкурсите за директори на лечебни заведения от независими комисии, съставени от експерти по здравен мениджмънт**

Таблица 32. Предложения от студентите за стабилна и ефективна професионална кариера на болничния мениджър

Отговори	Брой	Относителен дял в %
Регламентиране на изискването за образователно ниво „магистър по здравен мениджмънт” за заемане длъжностите директор и зам. директор на болница	147	77,8
Провеждане на конкурсите за директори на	117	61,9

лечебни заведения от независими комисии, съставени от експерти по здравен мениджмънт		
Създаване на условия за квалификация и продължаващо обучение по здравен мениджмънт и по-широки възможности за зачисляване на докторантури в тази област	78	41,3
Регламентиране на изискването за определена квалификация по здравен мениджмънт за началник отделенията и старшите сестри	71	37,6
Провеждане на периодична атестация за качеството на дейността ръководните кадри в здравеопазването	65	34,4
Облекчени условия за квалификация (обучение във ФОЗ и др.)	53	28,0
Периодични конференции на здравни мениджъри	39	20,6
По-честа обмяна на опит в страната и в чужбина	17	9,0

*Сумата на процентите е повече от 100%, тъй като анкетираните са дали повече от един отговор

Необходимостта от усъвършенстване професионализма на бъдещите и настоящи здравни мениджъри е продиктувана особено остро от вероятните предстоящи промени в здравната ни система, които водят към монополизация на задължителното здравно осигуряване.

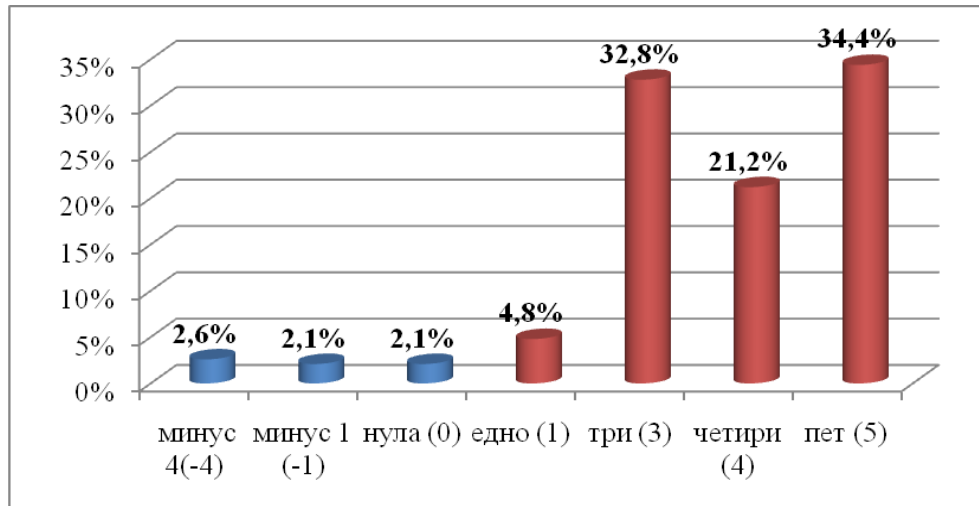
Организация и качество на образователния продукт във ФОЗ

Следващата група въпроси е свързана с проучване мнението на студентите магистри по ОЗЗМ във ФОЗ, МУ-София по отношение на удовлетвореността им от обучението, организацията и качеството на учебния процес.

Образователна дейност

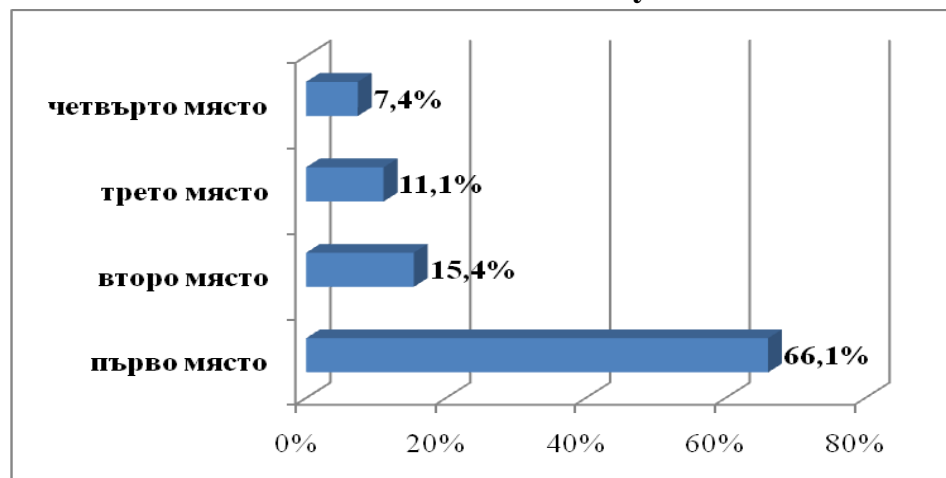
Оценката им за степента на удовлетвореност от обучението във ФОЗ по скалата от минус 5 /-5/ до плюс 5 /+5/ е представена на фигура 33.

Фигура 33. Оценката на студентите за степента им на удовлетвореност от обучението във ФОЗ :



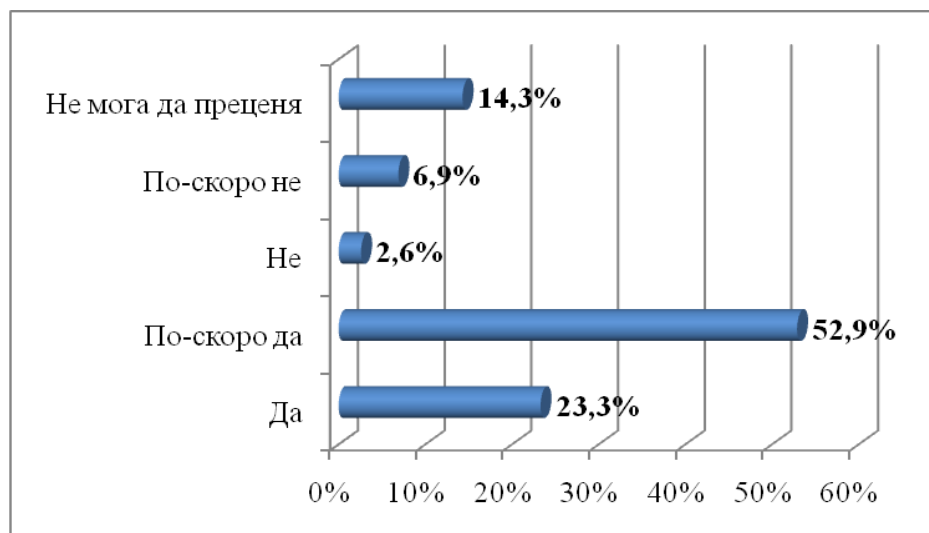
От така представените данни се вижда, че почти една трета (34,4%) от анкетираните дават най-високата оценка за степента им на удовлетвореност от обучението във ФОЗ. Положителна оценка (над 1) са дали 93,2% от студентите. Преобладаващият брой от запитаните (66,1%) поставят нивото на подготовката си във ФОЗ при МУ-София на първо място в сравнение със студентите от другите ФОЗ в България. (Фигура 34.)

Фигура 34. Място на ФОЗ при МУ-София според нивото на подготовка по мнение на студентите :



Над 75% от анкетираните студенти са на мнение, че подготовката им по здравен мениджмънт е адекватна на „средната за ЕС”, а на противоположното мнение са 9,5% от тях. (Фигура 35.)

Фигура 35. Смятате ли , че обучението Ви е адекватно на средното за ЕС ?



С цел да изясним представата на студентите относно изучаваните дисциплини по време на обучението им в магистърската програма по Здравен мениджмънт, образователните цели на всяка дисциплина и критериите, по които ще бъдат оценявани в края на семестъра зададохме следващите три въпроса в нашето проучване.

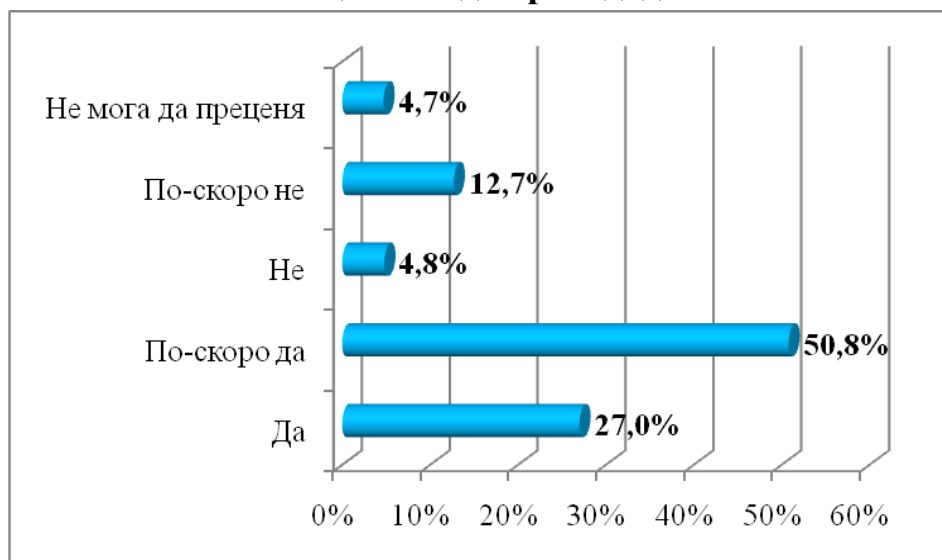
Резултатите показват, че по-голямата част от анкетираните студенти (84,1%) са наясно в различна степен с това какви дисциплини ще изучават по време на обучението им в магистърската програма по Здравен мениджмънт. (Фигура 36)

Фигура 36. Имате ли ясна представа какви дисциплини ще изучавате по време на обучението Ви в магистърската програма по здравен мениджмънт?



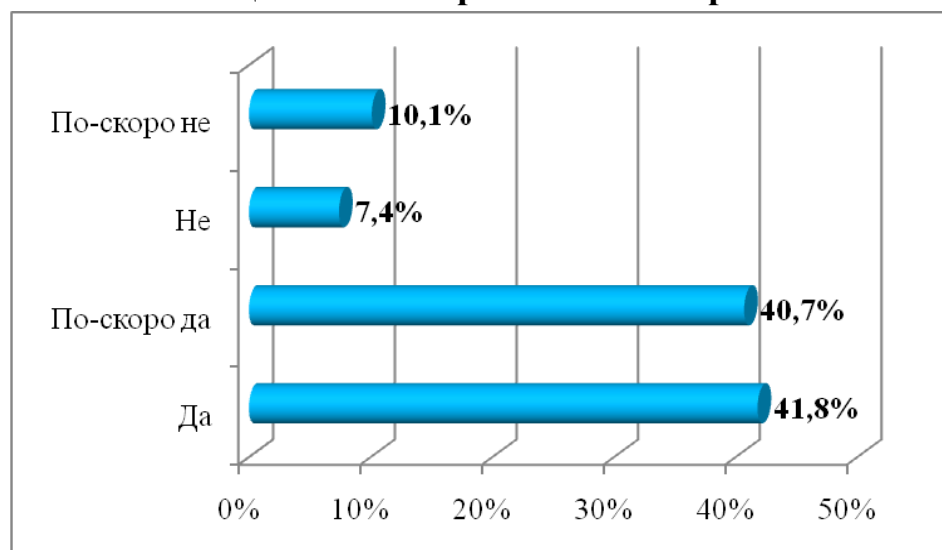
Запитани когато започват обучение по нова дисциплина знаят ли какви са нейните образователни цели, какво точно ще изучават и кога ще им бъде преподадено повечето от анкетираните студенти (77,8%) отговарят положително /да и по-скоро да/ на този въпрос, но не е малък дела и на тези, които отговарят отрицателно /не и по-скоро не/ - 17,5%. (Фигура 37).

Фигура 37. Когато започвате обучение по нова дисциплина знаете ли какви са нейните образователни цели, какво точно ще изучавате и кога ще ви бъде преподадено?



Запознати с критериите, по които ще бъдат оценявани в края на семестъра са 82,5% /156/ от студентите, а останалите 17,5% /33/ не са наясно с това. (Фигура 38).

Фигура 38. Наясно ли сте с критериите, по които ще бъдете оценявани в края на семестъра



По-голямата част от анкетираниите студенти (73,5%) са на мнение, че преподаваните им лекции допълват и разясняват учебната литература и дават допълнителни насоки за подготовка, а 9 души (4,8%) считат, че лекциите не допълват с нищо учебната литература, а просто я повтарят. На мнение, че допълват и разясняват учебната литература, но с нищо не помагат в практически план са 14 студента (7,4%), а 27 (14,3%) не могат да преценят. (Таблица 33).

Таблица 33. Мнение на студентите за лекциите, които посещават :

Отговори	Брой	Относителен дял в %
Допълват и разясняват учебната литература и дават допълнителни насоки за подготовка	139	73,5
Не допълват с нищо учебната литература, а просто я повтарят	9	4,8
Допълват и разясняват учебната литература, но с нищо не помагат в практически план	14	7,4
Разликите при различните преподаватели са толкова големи, че е невъзможно да се отговори	27	14,3
Общо	189	100,0

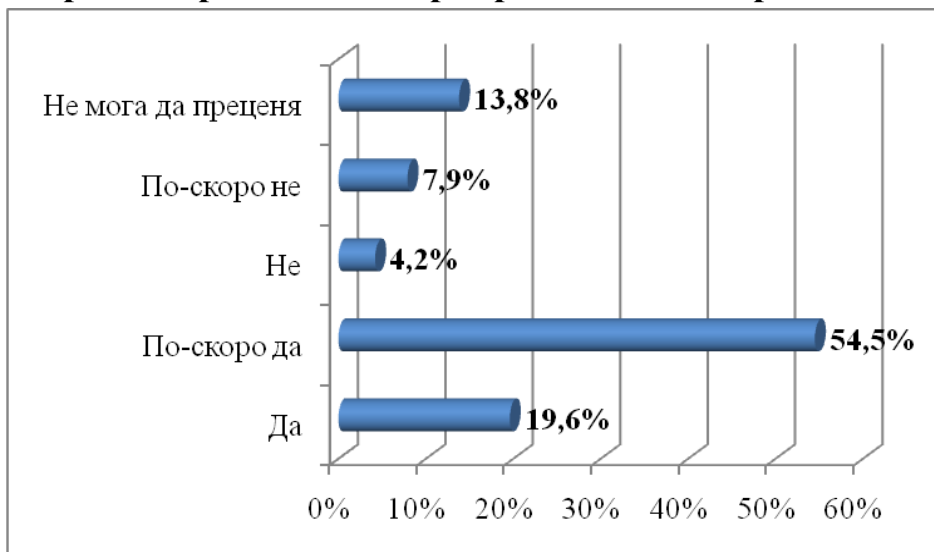
Относно семинарите, които студентите посещават, най-голяма част от тях (43,9%) са на мнение, че чрез разглеждането на казуси от практиката, се спомага създаването на реална представа за бъдещата им професия, следвани от тези (28,6%) според, които семинарите са координирани с лекциите, но създават изцяло теоретични знания. Само 10 (5,3%) от студентите са на мнение, че семинарите нямат никаква връзка с лекциите, с което създават допълнително объркване, а 42 (22,2%) – не могат да преценят (Таблица 34).

Таблица 34. Мнение на студентите за семинарите, които посещават

Отговори	Брой	Относителен дял в %
Нямат никаква връзка с лекциите, с което създават допълнително объркване	10	5,3
Координирани са с лекциите, но създават изцяло теоретични знания	54	28,6
Разглеждат казуси от практиката, с което се създава реална представа за бъдещата ми професия	83	43,9
Разликите при различните преподаватели са толкова големи, че е невъзможно да се отговори	42	22,2
Общо	189	100,0

Следващият въпрос от проучването установява мнението на студентите доколко обучението им по здравен мениджмънт във ФОЗ МУ-София е достатъчно, за да се реализират като добри здравни мениджъри. (Фигура 39).

Фигура 39. Мнение на студентите доколко обучението им по здравен мениджмънт във ФОЗ МУ-София е достатъчно, за да се реализират като добър здравен мениджър :



Резултатите показват, че повечето от анкетираните студенти 74,1% /140/ считат, че обучението им по здравен мениджмънт във ФОЗ-София е достатъчно, за да се реализират като добри здравни мениджъри, на противоположното мнение са 12,1% /23/, а не могат да преценят 13,8% /26/.

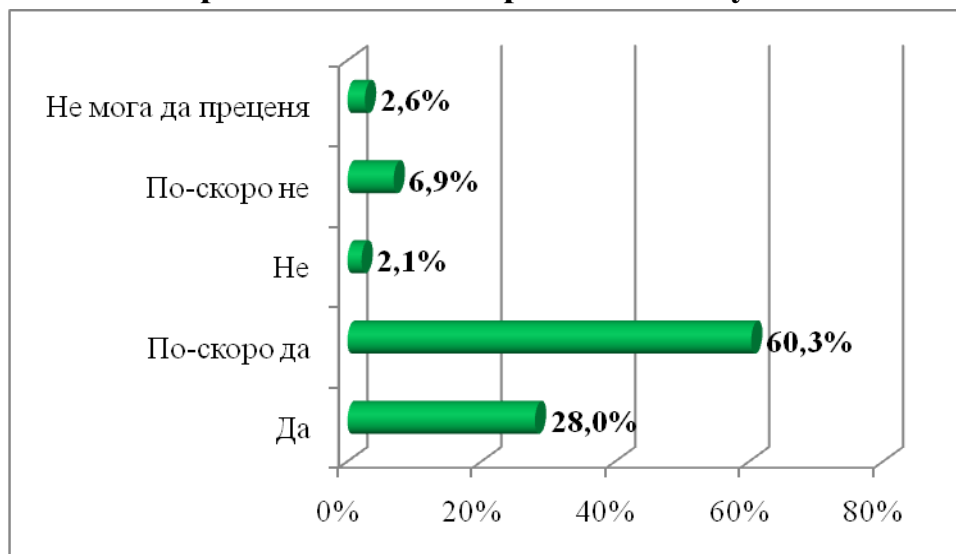
Потърсихме корелационна зависимост между мотивацията за професионална реализация в сферата на управлението в системата на здравеопазване и мнението на студентите доколко обучението им по здравен мениджмънт във ФОЗ МУ-София е достатъчно, за да се реализират като добри здравни мениджъри. Тестът χ^2 на Pearson показва, че съществува статистически значима връзка между двата изследвани признака - $\chi^2 = 29,319$, $p < 0,001$. Това показва, че студентите, които са мотивирани за професионална реализация в сферата на управлението в системата на здравеопазване считат, че обучението им по здравен мениджмънт във ФОЗ МУ-София е достатъчно, за да се реализират като добри здравни мениджъри. Данните са представени на таблица 35.

Таблица 35. Зависимост между мотивацията за професионална реализация в сферата на управлението в системата на здравеопазване и мнение на студентите доколко обучението им по здравен мениджмънт във ФОЗ МУ-София е достатъчно, за да се реализират като добри здравни мениджъри :

			Мотивирани ли сте за професионална реализация в сферата на управлението в системата на здравеопазване				Общо	
			Да, напълно съм мотивиран	Да, донякъде съм мотивиран	Не съм мотивиран	Не мога да отговоря		
Мислите ли, че обучението Ви по Здравен мениджмънт във ФОЗ МУ-София е достатъчно за да се реализирате като добър здравен мениджър?	Да	Брой	28	9	0	0	37	
		%	14,8%	4,8%	0,0%	0,0%	19,6%	
	По-скоро да	Брой	48	51	4	0	103	
		%	25,4%	27,0%	2,1%	0,0%	54,5%	
	Не	Брой	3	5	0	0	8	
		%	1,6%	2,6%	0,0%	0,0%	4,2%	
	По-скоро не	Брой	3	9	1	2	15	
		%	1,6%	4,8%	0,5%	1,1%	7,9%	
	Не мога да преценя	Брой	5	18	1	2	26	
		%	2,6%	9,5%	0,5%	1,1%	13,8%	
	Общо		Брой	87	92	6	4	189
			%	46,0%	48,7%	3,2%	2,1%	100,0%

Запитани могат ли да управляват процеса на образованието си според техните нужди по голямата част от анкетираните студенти 167 души (88,3%) отговарят позитивно (да и по-скоро да), а само 17 (9%) са на обратното мнение. (Фигура 40).

Фигура 40. Възможност на студентите да управляват процеса на образовнието си според техните нужди :



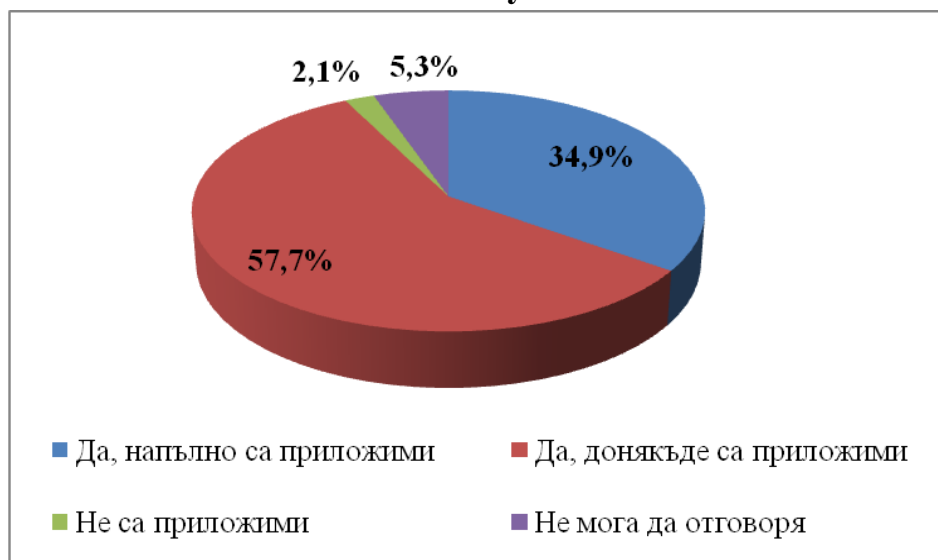
Потърсихме корелационна зависимост между мотивацията за професионална реализация в сферата на управлението в системата на здравеопазване и възможността на студентите да управляват процеса на образовнието си според техните нужди. Тестът χ^2 на Pearson показва, че съществува статистически значима връзка между двата изследвани признака - $\chi^2 = 13,244$, $p = 0,004$. Това показва, че студентите, които са мотивирани за професионална реализация в сферата на управлението в системата на здравеопазване считат, че могат да управляват процеса на образовнието си според техните нужди. Данните са представени на таблица 36.

Таблица 36. Зависимост между мотивацията за професионална реализация в сферата на управлението в системата на здравеопазване и възможността на студентите да управляват процеса на образованието си според техните нужди :

			Мотивирани ли сте за професионална реализация в сферата на управлението в системата на здравеопазване				Общо
			Да, напълно съм мотивиран	Да, донякъде съм мотивиран	Не съм мотивиран	Не мога да отговоря	
Мислите ли, че можете да управлявате процеса на образованието си според вашите нужди?	Да	Брой	38	15	0	0	53
		%	20,1%	7,9%	0,0%	0,0%	28,0%
	По-скоро да	Брой	38	69	5	2	114
		%	20,1%	36,5%	2,6%	1,1%	60,3%
	Не	Брой	1	0	1	2	4
		%	0,5%	0,0%	0,5%	1,1%	2,1%
	По-скоро не	Брой	5	8	0	0	13
		%	2,6%	4,2%	0,0%	0,0%	6,9%
	Не мога да преценя	Брой	5	0	0	0	5
		%	2,6%	0,0%	0,0%	0,0%	2,6%
	Общо	Брой	87	92	6	4	189
		%	46,0%	48,7%	3,2%	2,1%	100,0%

За да установим приложими ли са в практиката им получените знания и умения по време на обучението на студентите във ФОЗ, зададохме следващия въпрос в анкетното проучване. Резултатите представени на фигура 41 показват, че около една трета (34,9%) от анкетираните считат, че знанията и уменията получени по време на обучението им във ФОЗ са напълно приложими в практиката им, а повече от половината (57,7%), че са донякъде приложими. (Фигура 41).

Фигура 41. Мнение на студентите относно приложимостта в практиката на получените по време на обучението им във ФОЗ знания и умения :



Потърсихме корелационна зависимост и между мотивацията за професионална реализация в сферата на управлението в системата на здравеопазване и мнението на студентите относно приложимостта в практиката на получените по време на обучението им във ФОЗ знания и умения. Тестът χ^2 на Pearson показва, че съществува статистически значима връзка между двата изследвани признака - $\chi^2 = 27,677$, $p < 0,001$. Това показва, че студентите, които са мотивирани за професионална реализация в сферата на управлението в системата на здравеопазване считат, че знанията и уменията получени по време на обучението им във ФОЗ са приложими в различна степен. Данните са представени на таблица 37.

Таблица 37. Зависимост между мотивацията за професионална реализация в сферата на управлението в системата на здравеопазване и мнението на студентите относно приложимостта в практиката на получените по време на обучението им във ФОЗ знания и умения :

			Мотивирани ли сте за професионална реализация в сферата на управлението в системата на здравеопазване				Общо	
			Да, напълно съм мотивиран	Да, донякъде съм мотивиран	Не съм мотивиран	Не мога да отговоря		
Приложими ли са в практиката получените по време на обучението Ви във ФОЗ знания и умения:	Да, напълно са приложими	Брой	52	14	0	0	66	
		%	27,5%	7,4%	0,0%	0,0%	34,9%	
	Да, донякъде са приложими	Брой	24	78	5	2	109	
		%	12,7%	41,3%	2,6%	1,1%	57,7%	
	Не са приложими	Брой	1	0	1	2	4	
		%	0,5%	0,0%	0,5%	1,1%	2,1%	
	Не мога да отговоря	Брой	10	0	0	0	10	
		%	5,3%	0,0%	0,0%	0,0%	5,3%	
	Общо		Брой	87	92	6	4	189
			%	46,0%	48,7%	3,2%	2,1%	100,0%

По скалата от -5 до +5 , отразяваща оценката на респондентите за нивото на преподаване във ФОЗ, почти всички от анкетираните студенти (97,4%) дават положителна оценка (над 1).

Запитани кои лекционни курсове са запомнили с качествено преподаване и добър краен резултат студентите най-често посочват Здравен мениджмънт, Икономика на здравеопазването, Социална медицина и Организационно поведение.

За да установим какво е необходимо за по-доброто обучение, попитахме студентите в магистърската програма по здравен мениджмънт за техните предложения. Основното предложение, открояващо се сред

останалите в анкетното проучване е необходимостта на студентите да дискутират казуси от реалната практика (77,2%) . Резултатите са представени на таблица 38.

Таблица 38. Предложения за подобряване на обучението на студентите магистри по ОЗЗМ :

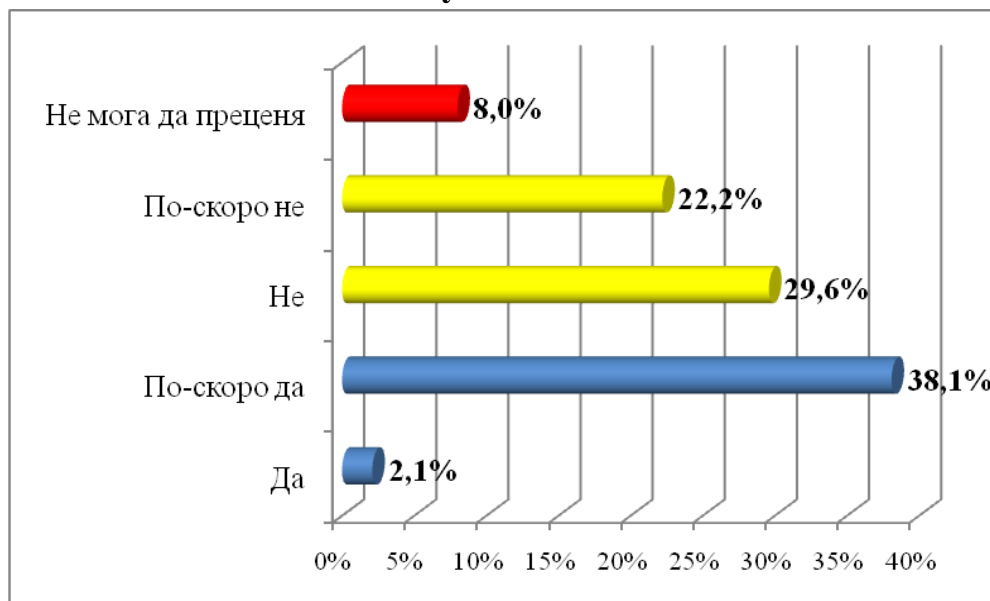
Предложения	Брой	Относителен дял в %
Дискусия на казуси от реалната практика	146	77,2
Личен контакт с преподавателя	31	16,4
Сформиране на групи за работа в екип на студентите от курса при решаване на поставени задачи	34	18
Участие в проекти по време на обучението	21	11,1

*Сумата на процентите е повече от 100%, тъй като анкетираните са дали повече от един отговор

Изследователска дейност

Следващата група въпроси е свързана с проучване възможностите на студентите да развиват научна дейност по време на обучението си във ФОЗ. Основният въпрос тук е установяване на перспективите на студентите да съчетават научната с образователната дейност посредством възможността за участие в изследователски проекти. Повече от половината от респондентите (51,8%) са на мнение, че нямат достатъчно възможности за участие в изследователски проекти, самостоятелно или заедно със своите преподаватели, докато 40,2% са на противоположното мнение. (Фигура 42).

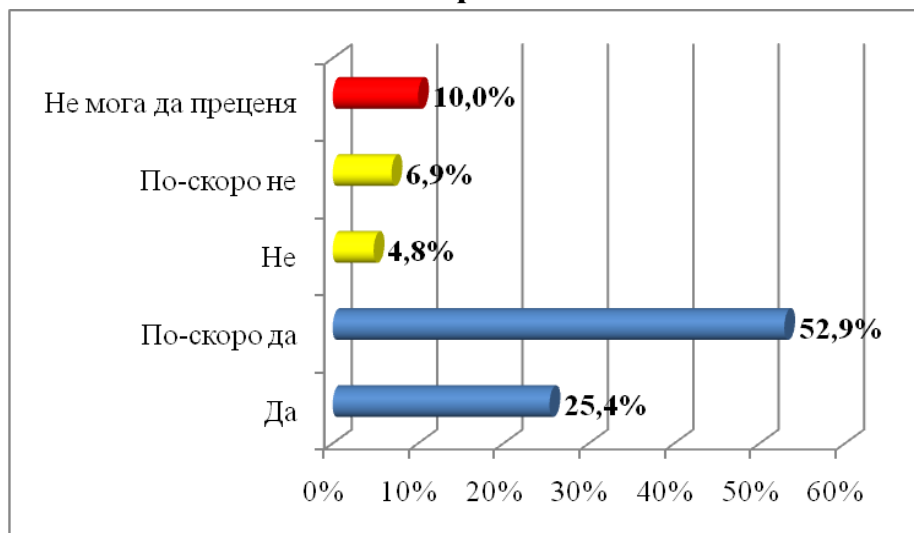
Фигура 42. Възможност за участие в изследователски проекти според студентите:



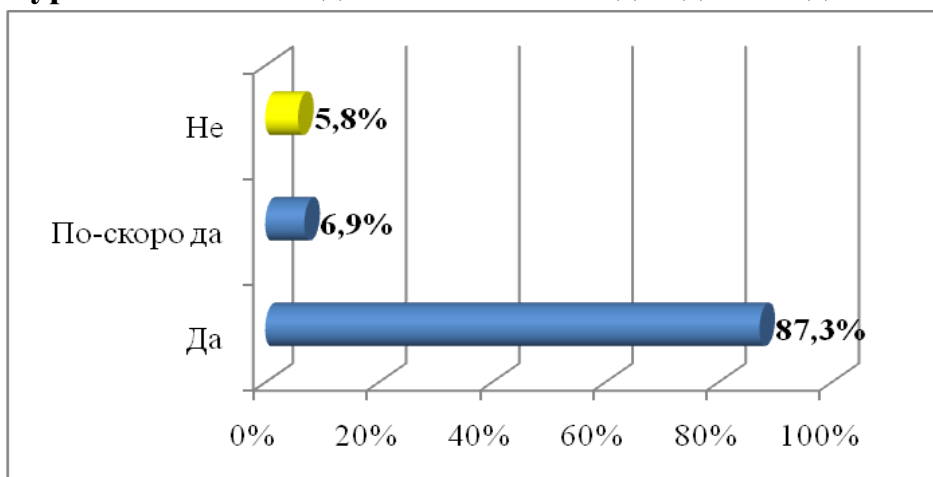
Отговорите на този въпрос са показателни – необходимо е предприемането на действия в тази насока с цел разширяване възможностите на студентите магистри по здравен мениджмънт за участието им в изследователски проекти по време на обучението.

За доброто обучение на студентите е необходимо осигуряването на достатъчна литература и достъп до интернет по време на следването им. По-голям относителен дял 78,3% от анкетираните студенти са на мнение, че разполагат с достатъчно литература в библиотеката на МУ-София, а 11,7% са на противоположното мнение. (Фигура 43.) Наличието на свободен достъп до интернет посочват 178 (94,2%) от студентите. (Фигура 44)

Фигура 43. Достатъчна ли Ви е литературата в библиотеката на МУ-София?



Фигура 44. Имате ли достатъчно свободен достъп до Интернет?



Добър показател за перспективите за израстване в кариерата пред студентите магистри по здравен мениджмънт са отговорите на следващия въпрос от анкетното проучване. Положително (да – 36,5% и по-скоро да – 51,3%) са отговорили 87,8% от анкетираните студенти, което говори за готовността им да продължат обучението си във ФОЗ с цел придобиване на докторска степен.

Потърсихме корелационна зависимост между мотивацията за професионална реализация в сферата на управлението в системата на здравеопазване и готовността на студентите да придобият докторска степен във ФОЗ-София. Тестът χ^2 на Pearson показва, че съществува статистически значима връзка между двата изследвани признака - $\chi^2 = 8,689$, $p=0,034$. Това показва, че студентите, които са мотивирани за професионална реализация в сферата на управлението в системата на здравеопазване считат, че си заслужава да придобият докторска степен във ФОЗ-София. Данните са представени на таблица 39.

Таблица 39. Зависимост между мотивацията за професионална реализация в сферата на управлението в системата на здравеопазване и мнението на студентите относно готовността им да придобият докторска степен във ФОЗ-София :

			Мотивирани ли сте за професионална реализация в сферата на управлението в системата на здравеопазване				Общо	
			Да, напълно съм мотивиран	Да, донякъде съм мотивиран	Не съм мотивиран	Не мога да отговоря		
Смятате ли че си струва придобиването на докторска степен във ФОЗ на МУ-София?	Да	Брой	34	35	0	0	69	
		%	18,0%	18,5%	0,0%	0,0%	36,5%	
	По-скоро да	Брой	47	43	5	2	97	
		%	24,9%	22,8%	2,6%	1,1%	51,3%	
	Не	Брой	0	5	0	0	5	
		%	0,0%	2,6%	0,0%	0,0%	2,6%	
	По-скоро не	Брой	0	4	0	0	4	
		%	0,0%	2,1%	0,0%	0,0%	2,1%	
	Не мога да преценя	Брой	6	5	1	2	14	
		%	3,2%	2,6%	0,5%	1,1%	7,4%	
	Общо		Брой	87	92	6	4	189
			%	46,0%	48,7%	3,2%	2,1%	100,0%

СРАВНИТЕЛЕН АНАЛИЗ И ОЦЕНКА НА РЕЗУЛТАТИТЕ ОТ ПРОВЕДЕНОТО АНКЕТНО ПРОУЧВАНЕ СРЕД ЗДРАВНИТЕ МЕНИДЖЪРИ И СТУДЕНТИТЕ МАГИСТРИ ПО ОЗЗМ

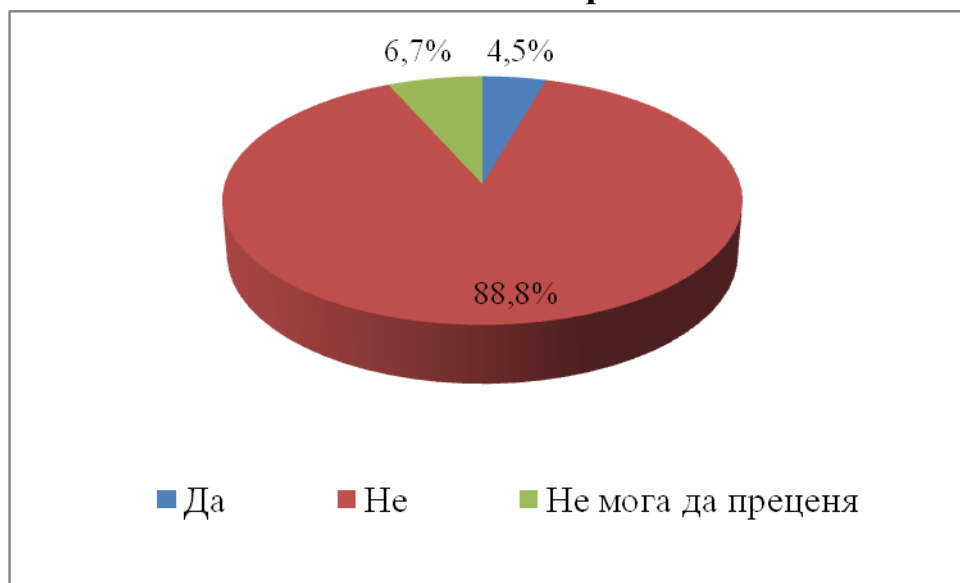
Слабости на здравната система в България според изследваните групи

Специално внимание в анкетното проучване се отделя на :

- удовлетворението на здравните мениджъри и студентите от действащия в момента модел на функциониране на здравната система в България;
- слабостите на здравната система;
- настъпването на промени в здравното обслужване, ако системата се демонополизира;
- направленията (областите), в които считат респондентите, че ще са тези промени.

Много голям е относителният дял на анкетираните здравни мениджъри /88,8%/ , както и на анкетираните студенти магистри /89,9%/ , които не са удовлетворени от действащия в момента модел на функциониране на здравната система в България. Едва 4,5% от здравните мениджъри са удовлетворени, а 6,7% не могат да преценят. (Фигура 45 и фигура 46.)

Фигура 45. Разпределение на здравните мениджъри според удовлетвореността им от функциониращия модел на здравната система в България :



Фигура 46. Разпределение на студентите според удовлетвореността им от функциониращия модел на здравната система в България :



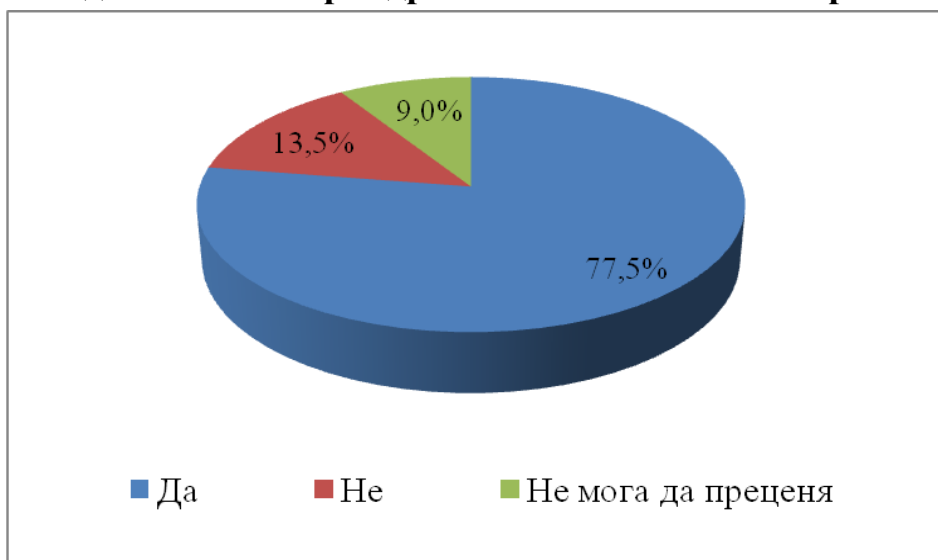
Като основни слабости на здравната система здравните мениджъри посочват: нормативните пропуски в законодателството; монопола на НЗОК; липса на лидерство и професионална квалификация по здравен мениджмънт най-вече на висше /политическо/ ниво, но и на ниво

оперативен мениджмънт; липсата на правила и контрол за ефективно изразходване на финансовите ресурси; системно недофинансиране на системата; липса на интегриран медико-социален подход; постоянно спадане на квалификацията на работещите лекари; липса на реални цели, визия и подготвен ресурс (човешки); наличие на противоречиви и често корпоративни интереси; неясни цели и ценности; липса на лидери, стратегия и последователност в политиката; начина на остойностяване на здравните услуги; липса на конкуренция между финансиращите органи в здравеопазването; недостатъчен относителен дял от БВП заделен за здравеопазване; липсата на реална конкуренция в сектора; непрекъснатите нормативни промени; проблема с здравнонеосигурените лица; липса на допълнително финансиране на здравните дейности.

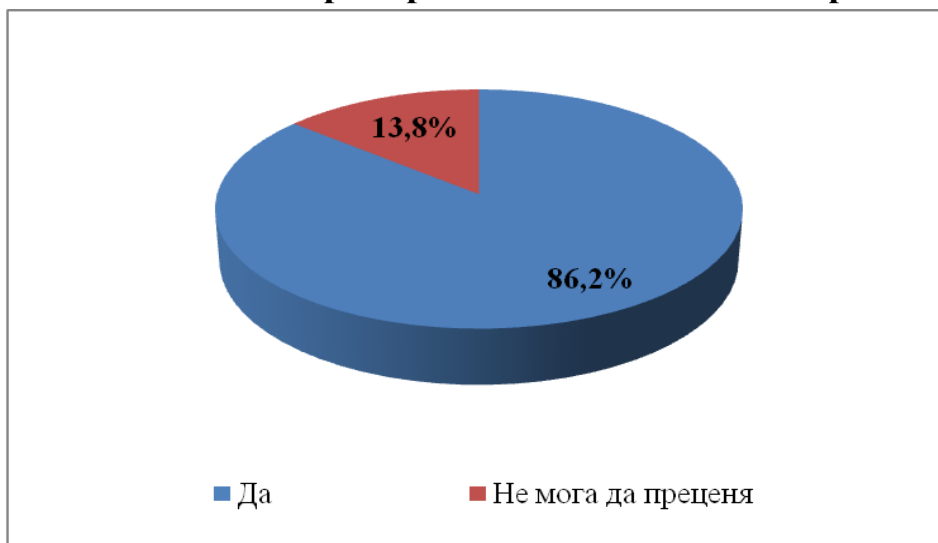
Студентите споделят мнението на здравните мениджъри в голяма степен относно основните слабости на здравната система, като допълват: липса на политическа воля за реализиране на стратегическите цели, също така и забавянето на въвеждане на електронното здравеопазване; липса на национална здравна карта; проблема с здравнонеосигурените лица.

След като потърсихме мнението на здравните мениджъри и студентите относно това дали ще настъпят промени в здравното обслужване, ако се демонополизира здравната система в България, идентифицирахме, че най-голяма част от респондентите мениджъри 69 /77,5%/ и респондентите студенти 163 /86,2%/ считат, че ще настъпят промени, а останалите 9% (здравни мениджъри) и 13,8% от студентите не могат да преценят. Докато 12 /13,5%/ от мениджърите са на противоположното мнение. (Фигура 47 и 48.)

Фигура 47. Разпределение на здравните мениджъри според мнението им за настъпването на промени в здравното обслужване, ако се демонополизира здравната система в България :



Фигура 48. Разпределение на студентите според мнението им за настъпването на промени в здравното обслужване, ако се демонополизира здравната система в България :



Запитани за областите, в които ще настъпят промени, ако се демонополизира здравната система в страната здравните мениджъри на първо място поставят качеството на здравното обслужване (85,2%), следвано от финансирането на здравната система – 77,8%. Почти еднакъв е относителния дял на анкетираните, които считат, че ще се реши проблема със здравнонеосигурените лица /42%/ и ще настъпи лоялна конкуренция между лечебните заведения /40,7%/. Около една трета от респондентите са на мнение, че ще се подобри достъпа до медицинската помощ /35,8%/ и координацията между различните нива в здравната система /37%/. (Таблица 40).

Таблица 40. Направления, в които ще се промени здравното обслужване при демонополизация на здравната система според анкетираните здравни мениджъри

Области на промяна	Брой	Относителен дял в %
Достъпа до медицинската помощ	29	35.8%
Качеството на здравното обслужване	69	85.2%
Финансирането на здравната система	63	77.8%
Координацията между различните нива в здравната система	30	37.0%
Лоялна конкуренция между лечебните заведения	33	40.7%
Решаване на проблема със здравнонеосигурените лица	34	42.0%

*Сумата на процентите е повече от 100%, тъй като анкетираните са дали повече от един отговор

Потърсихме корелационна зависимост между наличието на магистратура по здравен мениджмънт на анкетираните и направленията, в които ще се промени здравното обслужване при демонополизация на

здравната система. Тестът χ^2 на Pearson показва, че съществува статистически значима връзка между наличието на магистратура по здравен мениджмънт и промяна във финансирането на здравната система, ако тя се демонополизира - $\chi^2 = 6,69$, $df = 1$, $p = 0,01$. Това означава, че е здравните мениджъри, които имат магистратура считат, че ще настъпи промяна във финансирането на здравната система, ако тя се демонополизира.

Таблица 41. Зависимост между наличието на магистратура по здравен мениджмънт и промяна във финансирането на здравната система, ако тя се демонополизира:

			Има магистърска степен по здравен мениджмънт		Общо
			Да	Не	
Финансирането на здравната система	Не	Брой	11	15	26
		%	12,4%	16,9%	29,2%
	Да	Брой	45	18	63
		%	50,6%	20,2%	70,8%
Общо		Брой	56	33	89
		%	62,9%	37,1%	100,0%

Най-голяма част от анкетиранияте студенти 163 /86,2%/ също са на мнение, че ще настъпят промени, а 26 /13,8%/ не могат да преценят. Относно областите, в които ще настъпят промени, ако се демонополизира здравната система в страната студентите за разлика от практикуващите мениджъри посочват - с 61,9% финансирането на здравната система, следвано от качеството на здравното обслужване – 57,7%. Почти еднакъв е относителния дял на анкетиранияте, които считат, че ще се реши проблема със здравнонеосигурените лица /25,4%/ и ще се подобри координацията между различните нива в здравната система /25,9%/. Около една трета от респондентите са на мнение, че ще има

лоялна конкуренция между лечебните заведения /38,1%/ и ще се подобри достъпа до медицинската помощ /28,6%/. (Таблица 42).

Таблица 42. Направления, в които ще се промени здравното обслужване при демонополизация на здравната система според анкетиранияте студенти :

Области на промяна	Брой	Относителен дял в %
Достъп до медицинската помощ	54	28,6%
Качество на здравното обслужване	109	57,7%
Финансиране на здравната система	117	61,9%
Координация между различните нива в здравната система	49	25,9%
Лоялна конкуренция между лечебните заведения	72	38,1%
Решаване на проблема със здравнонеосигурените лица	48	25,4%

*Сумата на процентите е повече от 100%, тъй като анкетиранияте са дали повече от един отговор

Корелационна зависимост има и между мотивацията за професионална реализация в сферата на управлението в системата на здравеопазване и промяната в качеството на здравното обслужване при демонополизация на здравната система. Тестът χ^2 на Pearson показва, че съществува статистически значима връзка между двата изследвани признака - $\chi^2 = 20,175$, $p < 0,001$. Това означава, че студентите, които са мотивирани за професионална реализация в сферата на управлението в системата на здравеопазване, считат, че ще настъпи промяна в качеството на здравното обслужване при демонополизация на здравната система.

Таблица 43. Зависимост между мотивацията за професионална реализация в сферата на управлението в системата на здравеопазване и промяна в качеството на здравното обслужване при демонополизация на здравната система:

			Мотивирани ли сте за професионална реализация в сферата на управлението в системата на здравеопазване				Общо
			Да, напълно съм мотивиран	Да, донякъде съм мотивиран	Не съм мотивиран	Не мога да отговоря	
Промяна в качеството на здравното обслужване	Не	Брой	26	44	6	4	80
		%	13,8%	23,3%	3,2%	2,1%	42,3%
	Да	Брой	61	48	0	0	109
		%	32,3%	25,4%	0,0%	0,0%	57,7%
Общо		Брой	87	92	6	4	189
		%	46,0%	48,7%	3,2%	2,1%	100,0%

Потърсихме корелационна зависимост между мотивацията за професионална реализация в сферата на управлението в системата на здравеопазване и направлението, в които ще се промени здравното обслужване при демонополизация на здравната система. Тестът χ^2 на Pearson показва, че съществува статистически значима връзка между мотивацията за професионална реализация в сферата на управлението в системата на здравеопазване и промяна във финансирането на здравната система, ако тя се демонополизира - $\chi^2 = 23,308$, $p < 0,001$. Това означава, че студентите, които са мотивирани за професионална реализация в сферата на управлението в системата на здравеопазване, считат, че ще настъпи промяна във финансирането на здравната система, ако тя се демонополизира. Данните са представени на таблица 44.

Таблица 44. Зависимост между мотивацията за професионална реализация в сферата на управлението в системата на здравеопазване и промяна във финансирането на здравната система, ако тя се демонополизира :

			Мотивирани ли сте за професионална реализация в сферата на управлението в системата на здравеопазване				Общо
			Да, напълно съм мотивиран	Да, донякъде съм мотивиран	Не съм мотивиран	Не мога да отговоря	
Промяна във финансирането на здравната система	Не	Брой	22	40	6	4	72
		%	11,6%	21,2%	3,2%	2,1%	38,1%
	Да	Брой	65	52	0	0	117
		%	34,4%	27,5%	0,0%	0,0%	61,9%
Общо		Брой	87	92	6	4	189
		%	46,0%	48,7%	3,2%	2,1%	100,0%

На база получените резултати в нашите проучвания сред здравните мениджъри и студентите магистри по ОЗЗМ и на направените анализи на здравноосигурителните системи в Европейските страни изработихме предложение за концепция за демонополизация на задължителното здравно осигуряване в България.

КОНЦЕПЦИЯ ЗА ДЕМОНОПОЛИЗАЦИЯ НА ЗАДЪЛЖИТЕЛНОТО ЗДРАВНО ОСИГУРЯВАНЕ

Определения

Здравното осигуряване е предпоставка, главно условие и системообразуващ фактор за развитието на съвременните здравни системи. Неговото място, роля и функции се определят от Националната политика и стратегия в областта на здравеопазването.

Съвременните европейски системи на здравеопазване и здравно осигуряване са социално ориентирани и гарантират солидарност, свободен достъп, свободен избор на изпълнител, високо качество на предоставяните здравни дейности и услуги чрез активна координация на системите за социална сигурност.

Характерна тенденция е включването на предприемачеството като субект на задължителното здравно осигуряване и свеждане на държавното участие до контрол върху дейността, функционирането на здравноосигурителната система за реализиране на договорените параметри и управление на конкуренцията на пазара на здравноосигурителни услуги, в интерес на гражданите.

Нова тенденция е развитието на индивидуалното здравно осигуряване и интегрирането му с останалите сектори на обществения живот в общ пакет от дейности и услуги за подобряване на качеството на живот.

Здравното осигуряване в Р. България е в процес на реформиране чрез ускорено внедряване на европейските принципи, директиви, стандарти и правила за развитие на националните здравни системи и на професионалното поведение.

Според ЗЗО, в Р. България функционира *двустълбов модел* на здравно осигуряване. Задължителното здравно осигуряване се осъществява от НЗОК, а доброволното здравно осигуряване – от лицензирани застрахователни акционерни дружества (ЗАД).

По закон, НЗОК е управител на Националния (солидарен) здравноосигурителен фонд от задължителните здравноосигурителни вноски на гражданите и едновременно - монополен здравноосигурителен оператор на Фонда.

В условията на непрекъснато разширяване на Основния здравноосигурителен пакет, съчетано с прогресиращо недофинансиране и централизирано държавно управление на НЗОК, **нарастват негативните ефекти** от функционирането на системата на задължително здравно осигуряване: ограничаване на достъпа до здравно обслужване и грижи, снижаване на качеството на медицинските услуги, неефективно управление и усвояване на финансовия ресурс, увеличаване на дела на личното нерегламентирано участие на ЗЗОЛ (Задължително здравно осигурено лице) , непрекъснато влошаване на показателите за състоянието на общественото здраве.

Това е закономерен резултат от **неправилното построяване на системата за здравно осигуряване**, в която главният акцент е поставен върху управлението на финансовия ресурс чрез разходно-покривна технология, вместо върху управлението на здравето на нацията, основаващо се на анализ и оценка на здравния риск и усвояване на финансовия ресурс за целенасочено опазване, възстановяване и поддържане на *индивидуалното и общественото* здраве. Този проблем се открива още в член 1, алинея 2 на Закона за здравното осигуряване относно дефиницията на здравното осигуряване.

На практика се възпроизвеждат прогресиращи негативни демографски и социални ефекти: съществено нарастване на смъртността, значимо снижаване на раждаемостта, необходимост от непрекъснато увеличаване на инвестирания ресурс, хроничен финансов дефицит, отклоняване на значителни средства и остатъци към консолидирания държавен бюджет, „изтичане“ на квалифициран човешки ресурс, безуспешни опити за каквито и да са реформи. Елиминира се принципът на солидарността, а функционирането на системата не възпроизвежда социална сигурност за гражданите.

*Един от вариантите за подобряване на ефективността и ефикасността от управлението на индивидуалното и общественото здраве и за прозрачно усвояване на отделения за целта ресурс е **демонополизация на задължителното здравно осигуряване** чрез въвеждане на реален пазар на здравно обслужване, грижи и стоки и разумен държавен контрол за реализация на политиките, стратегиите, програмите и плановете за подобряване на здравето на нацията.*

Основни акценти

***Цел** на националната система за задължително здравно осигуряване следва да бъде опазване, възстановяване и поддържане на индивидуалното и общественото здраве чрез оценка на индивидуалния и обществения здравен риск въз основа на комплексен анализ на общественото и индивидуалното здравно състояние, базиран на доказателства.*

***Оптимизиране на управлението и контрола** върху събирането и усвояването на финансовия ресурс.*

Привеждане на Основния здравноосигурителен пакет в съответствие с наличния финансов ресурс.

Интегриране на необходимите и достатъчни дейности и услуги за опазване, възстановяване и поддържане на единното здраве чрез оптимизиране на взаимодействието между задължителното и доброволното здравно осигуряване.

Оптимизиране на междусекторната и институционалната координация, мястото, ролята и задълженията на страните, участващи в управлението и реализацията на дейностите, на финансовите и информационните потоци.

Ясно регламентиране, регулиране и прозрачно управление на финансовите взаимоотношения между Националния здравноосигурителен фонд, здравните осигурители и доставчиците на здравни дейности, услуги, грижи и стоки.

Развитие на извънболничното здравно обслужване и грижи за оптимизиране на разходите.

Регламентиране и регулиране на връзките и взаимодействието между ПИМП, СИМП и болничната помощ в системата на задължителното здравно осигуряване.

Мобилизиране на личното участие на гражданите в управлението на собственото и общественото здраве чрез стимулиране на развитието на здравната, административната и финансовата култура за управление на здравето.

Общ дизайн (системен подход) на демонополизацията на задължителното здравно осигуряване.

Създава се независим *Национален здравноосигурителен фонд* (НЗОФ) за професионално управление на дейностите и усвояване на ресурсите въз основа на оценка на здравния и финансовия риск.

НЗОФ сключва договори със здравноосигурителните оператори - НЗОК и ЗАД, които въз основа на договори с гражданите и доставчиците на здравно обслужване, грижи и стоки професионално управляват индивидуалното и общественото здраве чрез оказване на задължително здравно осигуряване. НЗОК и ЗАД функционират въз основа на лиценз за задължително здравно осигуряване, в съответствие с реда и условията за дейност, заложен в ЗЗО и Кодекса за застраховането (КЗ).

Субект

Национален здравноосигурителен фонд (НЗОФ) с Управителен и Надзорен съвет – специализиран независим неправителствен орган, отговорен за изпълнението на държавната политика и задачи по задължителното здравно осигуряване, съгласно международните и националните директиви, регламенти, регулации, закони и подзаконовни нормативни актове и правилата за координация на системите за социална сигурност.

Мисия:

- Гаранции и развитие на обществените отношения и условия за функционирането на здравноосигурителната система, в която българските граждани да получат правото си на здравно обслужване и грижи. Като страна в здравното осигуряване, НЗОФ защитава обществените интереси в системата на здравеопазването.

- Гаранции, че качеството и достъпността, формиращи фундамента на Българската здравноосигурителна система, насърчават интересите на всеки, който има право на здравно обслужване и грижи, основани на Конституцията на Р. България, Закона за здравето и Закона за здравното осигуряване.
- Гарантира централната роля на гражданите, на тяхната сигурност за получаване на добро здравеопазване (добро качество и достъпност до основния здравноосигурителен пакет), постигано чрез независимост между граждани, политици и изпълнители.

Основни направления на дейност и техните разновидности:

- Здравно обслужване и грижи (здравноосигурително покритие, качество на здравното обслужване, квалифицирани здравни професионалисти – медицински и немедицински).
- Осигуряване (информираност на гражданите, координация по маршрута на движение в системата на задължителното здравно осигуряване, обществени поръчки и бизнес контакти, осигуряване на бизнеса).
- Персонал и поддръжка (стратегии, комуникации и подпомагане на изпълнението, персонал и организация, правни въпроси, фондове и финансов контрол, техническо осигуряване, информационен мениджмънт и технологии).

Здравноосигурителни оператори – НЗОК и ЗАД

- С лиценз за задължително здравно осигуряване по реда и условията на Закона за здравното осигуряване и Кодекса за застраховането.

- Функционират по договор с НЗОФ след конкурс по обществена поръчка.
- Организируют и управляват здравното осигуряване на задължително здравноосигурените лица на основата на индивидуален (семеен) здравноосигурителен договор (по стандарт на НЗОФ) с избраните ги граждани.
- Сключват договор (по стандарт на НЗОФ) с изпълнители и доставчици на здравно обслужване, грижи и стоки.

Обект

- Всички български граждани, които не са граждани и на друга държава.
- Българските граждани, които са граждани и на друга държава и постоянно живеят на територията на Р. България.
- Чужди граждани или лица без гражданство, на които е разрешено дългосрочно или постоянно пребиваване в Р. България, освен ако е предвидено друго в международен договор, по който Р. България е страна.
- Лица с предоставен статут на бежанец, хуманитарен статут или с предоставено право на убежище.
- Чуждестранните студенти и докторанти, приети за обучение във висши училища и научни организации у нас по реда на Постановление на Министерския съвет № 103 от 1993 г. за осъществяване на образователна дейност сред българите в чужбина и Постановление на Министерския съвет № 228 от 1997 г. за приемане на граждани на Р. Македония за студенти в държавните висши училища на Р. България.

- Лицата, извън посочените по-горе, за които се прилага законодателството на Р. България, съгласно правилата за координация на системите за социална сигурност, с изключение на подлежащите на здравно осигуряване в друга държава членка.

Предмет

- Ежегодно актуализиран Основен (стандартен) здравноосигурителен пакет от основните необходими и достатъчни здравни и медицински дейности, услуги, грижи и стоки за опазване, възстановяване и поддържане на здравето на гражданите, одобряван от Министъра на здравеопазването, разработен и съгласуван с БЛС, БЗС, БФС, легитимните пациентски организации и представители на МТСП (за обслужването по трудова медицина, социалните грижи и социалното подпомагане).
- Основният здравноосигурителен пакет включва основните необходими и достатъчни медицински услуги и стоки за опазване, възстановяване и поддържане на здравето на гражданите.
- Акцентът е върху профилактиката и развитието на извънболничното здравно обслужване и грижи чрез оптимизиране на взаимодействието „Лечебно заведение – Задължително здравноосигурено лице“ и развитие на домашния и дневния стационар.

Предмет на държавно гарантираното и програмно финансираното здравно обслужване, грижи и стоки, които не се покриват от задължителното здравно осигуряване (определени по закон):

- Спешна медицинска помощ.
- Асистирана репродукция.
- Психиатрична стационарна помощ.
- Инфекциозни заболявания.
- Редки заболявания.
- Трансфузионна хематология.
- Интензивно лечение и реанимация.
- Трансплантации.
- Генетична диагностика и лечение, лечение със стволови клетки.
- Легла и отделения за реанимация, травматология, токсикология, инфекциозни болести, изгаряния в случай на масови катаклизми.

Средства

- ✓ Индивидуален или семеен Договор за задължително здравно осигуряване с приложен Основен здравноосигурителен пакет и Общите условия по него.
- ✓ Форма на осигуряване за здравно обслужване и грижи - „В натура“ (без заплащане) в свободно избрани лечебни заведения и организации по договор с осигурителя; - „Чрез възстановяване на разходи“ за здравно обслужване и грижи срещу заплащане в свободно избрани лечебни заведения и организации с договор и без договор с осигурителя за последващо възстановяване на разходите – на доставчика или на задължително здравноосигуреното лице срещу представяне на отчетни документи по образец.
- ✓ Лична здравноосигурителна карта.

- ✓ Лична лекарствена книжка.
- ✓ Електронно здравно досие, съдържащо информация за всички обстоятелства, свързани със здравето състояние на задължително здравноосигуреното лице. До здравното досие имат право на достъп (чрез персонален идентификационен код) задължително здравноосигуреното лице (ЗЗОЛ) и всички лица с право на администратори на лични здравни данни.
- ✓ Единна информационна система.
- ✓ Електронни стандарти и типови протоколи за обмен на информация.
- ✓ Типова документация.

Технология:

- Всеки гражданин е задължен да сключи договор със здравен осигурител за Основния здравноосигурителен пакет. При желание за разширяване на пакета се сключва здравна застраховка за допълнително здравно осигуряване със ЗАД, свободно избрано от ЗЗОЛ. Изпълнението на Договора стартира след превеждане на първата здравноосигурителна вноска.
- За изходна оценка на здравния статус и профила на здравния риск се извършва стартов анализ и оценка на здравето състояние (по критерии и стандарт, разработен от НЗОФ) по данните от Електронното здравно досие. При недостатъчност на информацията се извършват допълнителни изследвания и консултации за удовлетворяване на критериите по стандарта на НЗОФ.
- На всяко ЗЗОЛ се разработва (по стандарт на НЗОФ) Програма за управление на индивидуалното здраве, в съответствие с оценката

на индивидуалния профил на здравния риск, включваща необходимите и достатъчни здравни дейности, услуги, стоки и обучение за опазване, възстановяване и поддържане на индивидуалното здраве.

- Последващ ежегоден анализ и оценка на здравното състояние за отчитане на резултатите от изпълнението на Програмата за управление на индивидуалното здраве през осигурителната година (по стандарт на НЗОФ), резултатите от които са основа за оценка на необходимото и достатъчно финансово покритие с цел изчисляване на средния прогнозен финансов риск за страната през следващия осигурителен период и на специфичната прогнозна оценка на финансовия риск на всеки здравен осигурител.

Връзки (взаимоотношения)

- На НЗОФ – НС, МС, НАП, МФ, МЗ, МТСП, НОИ, КФН, КЗП, КЗЛД, КЗК, съсловни организации, пациентски организации, договорни партньори и всички ведомства и организации, имащи отношение към здравето и здравеопазването на гражданите.
- На осигурителите на задължително здравно осигуряване – НЗОФ, териториалните поделения на НАП, другите оператори на задължително здравно осигуряване, ЗЗОЛ, договорни партньори, служби по трудова медицина, териториалните организации за социално обслужване и подпомагане, териториалните органи на властта, публични и корпоративни организации.

Организация

- Системата за здравно осигуряване се основава на принципа на социалната солидарност (солидарност между лицата с различен

здравен риск). Кандидатите за задължително здравно осигуряване следва да се уверят, че избраният здравен осигурител не отхвърля "скъпите" клиенти, като възрастни лица и граждани с хронични здравни проблеми.

- За приемане на една лична политика за задължително здравно осигуряване, лицето подава заявление до свободно избран здравен осигурител – НЗОК или ЗАД.
- Осигуровката е валидна от момента, в който е платена първата вноска.
- Всяко задължително здравноосигурено лице избира формата и начина на взаимодействие със Системата на задължително здравно осигуряване.
- Всяко ЗЗОЛ контролира изпълнението на здравноосигурителния си договор чрез пряк достъп до личното Електронно здравно досие . Условиата, редът и поведението на ЗЗОЛ в системата на задължителното здравно осигуряване се регламентира и регулира чрез Маршрутна карта (по стандарт на НЗОФ), адаптирана за специфичната организация на работа на всеки здравен осигурител, за конкретна група население или за обслужвана територия.
- Тактическо значение за гарантирания достъп и качеството на здравното обслужване и грижи имат бюрата (групите, отделите, центрoвете) за координация на здравните осигурители (бившите здравноосигурителни фондове имат богат и безценен опит в тази специфична организационна форма на обслужване).
- Здравноосигурителните претенции на ЗЗОЛ се уреждат чрез взаимодействие със здравния осигурител.

- За консултации, възникнали проблеми и претенции относно негативен опит и отклонения при изпълнението на Договора ЗЗОЛ се обръща към НЗОФ и неговите териториални представителства.

Среда

- Централни ведомства, институции и организации.
- Местни държавни органи, неправителствени организации, търговски дружества.
- Договорни партньори и всички организации, осъществяващи дейност, свързана с проблемите на здравеопазването.

Времева определеност

- Договорът за задължително здравно осигуряване се сключва за една календарна година.
- Осигурителната година започва от м. ноември на предходната година.
- Веднъж годишно всяко ЗЗОЛ може да сменя своя здравен осигурител в периода 01– 30 ноември.

Пространствена определеност

- Всеки осигурител на задължително здравно осигуряване покрива със своите поделения и договорни партньори територията на страната.
- Изпълняват се директивите и регламентите на ЕС за свободно движение на хора в рамките на Европейския съюз.
- Всеки здравен осигурител координира движението и поведението на ЗЗОЛ, независимо от мястото и времето на възникване на здравноосигурително събитие.

Продукт

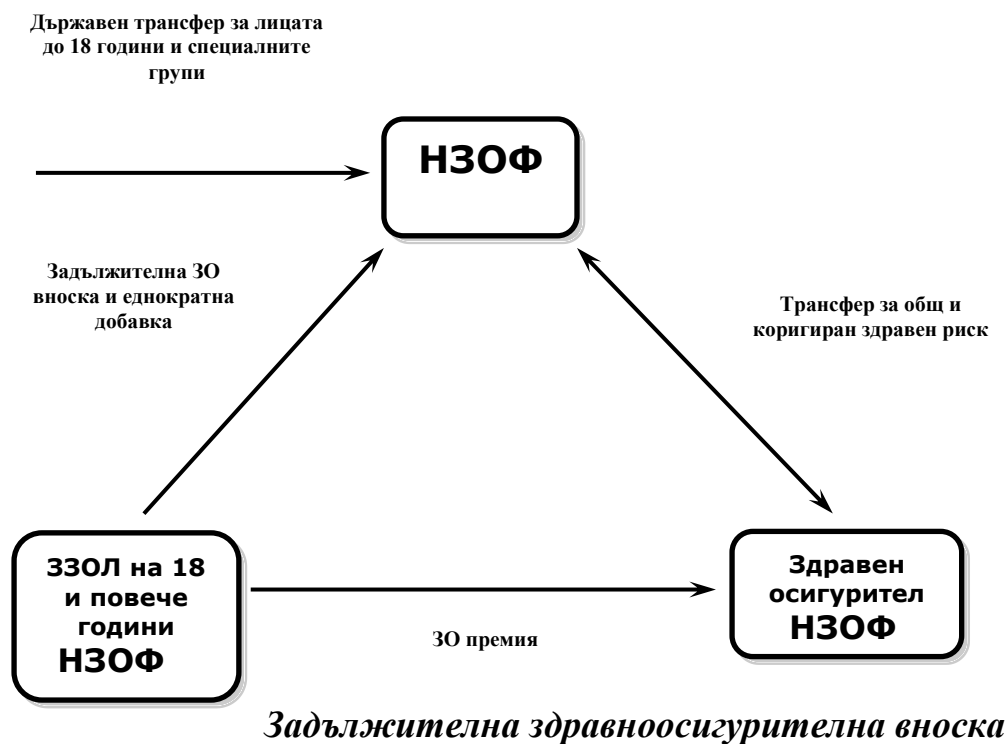
- Договор за задължително здравно осигуряване с Общи условия и Здравноосигурителен пакет.
- Програма за управление на индивидуалното здраве с Лекарствена книжка и Маршрутна карта.
- Годишна Оценка на здравното състояние в съответствие с профила на здравния риск и оценката на реалните финансови разходи през актуалната здравноосигурителна година.
- Годишна справка за вида, обема и разходите за ползваното здравно обслужване, грижи и стоки в рамките на задължителното здравно осигуряване.

Финансиране на задължителното здравно осигуряване.

НЗОФ управлява два фонда – Солидарен фонд и Фонд за извънредните медицински разходи. Не се допуска доплащане от ЗЗОЛ.

- Солидарен фонд от задължителните (по ЗЗО и КСО) здравноосигурителни вноски на гражданите за покриване на разходите за здравно обслужване, грижи и стоки по Основния здравноосигурителен пакет.
- Фонд за извънредните медицински разходи от задължителните здравноосигурителни вноски, държавни субсидии и личен принос за покриване на здравно обслужване, грижи и стоки, надхвърлящи по вид, обем и продължителност на оказване размера на разходите по Основния здравноосигурителен пакет (съгласно специално разработен закон).

Фигура 49. Финансиране на задължителното здравно осигуряване



- Еднакъв размер на вноската за всеки гражданин като % от доходите на физическото лице, определен със закон. За лицата от 0 до 18 години и всички специални групи по ЗЗО държавата внася задължителна здравноосигурителна вноска със същия размер. Това е минималната сума, която всеки здравен осигурител следва да получи за задължително здравно осигуряване по Основния здравноосигурителен пакет. Всяко ЗЗОЛ внася лично своите вноски.
- За избрани по Кодекса за социалното осигуряване контингенти ЗЗОЛ държавата превежда пълния размер на вноските (в определено по закон съотношение) или възстановява определен процент на ЗЗОЛ, върху който се начислява окончателен данък.

- Личните вноски и държавните трансфери се превеждат ежемесечно в НАП. При закъснение се дължи законна лихва.
- На лицата, нежелаещи да се включат в системата на задължителното здравно осигуряване, удостоверено с писмена декларация пред НАП, се определя данък в съответствие с личните доходи, който се събира от НАП.
- Държавата или общината поема разходите на неузрядните ЗЗОЛ, които НАП възстановява от лицата по надлежния ред.

Задължителна еднократна здравноосигурителна добавка

- Еднократната задължителна здравноосигурителна добавка е форма на доплащане за покриване на разходите за: осигурителни претенции, както и във връзка с ограничаване на излишното потребление, ограничаване на нерегламентирания плащания, контрол от страна на ЗЗОЛ.
- Задължителната здравноосигурителна добавка не се прилага за: услуги, предоставяни от общопрактикуващи лекари; акушерски и постнатални грижи; стоматологична помощ за лицата под 18 години.
- Еднакъв размер на задължителната еднократна здравноосигурителна добавка за всички граждани, определен в абсолютна стойност със закон.
- Всяко ЗЗОЛ внася лично своята задължителна еднократна здравноосигурителна добавка.
- За избрани по КСО контингенти ЗЗОЛ държавата превежда пълния размер на задължителната еднократна здравноосигурителна добавка или възстановява определен процент на ЗЗОЛ, върху който се начислява окончателен данък.

- *Разходите* за задължително здравно осигуряване през осигурителната година стартират с усвояване на задължителната еднократна здравноосигурителна добавка, след изчерпването на която се включва ресурсът на Солидарния фонд и/или други фондове, определени по закон.

Финансови потоци

- *НАП събира* дължимите задължителни здравноосигурителни вноски, задължителната еднократна здравноосигурителна добавка, определения данък на здравно неосигурените лица, дължимите суми за платено здравно обслужване и грижи на неизрядни ЗЗОЛ, дължимите глоби и лихви.
- *НАП превежда* събраните за определен период суми по сметките на НЗОФ.
- *НЗОФ превежда на здравните осигурители* дължимите суми за определен период: по прогнозните разчети за осигурителната година - преди началото на следващия осигурителен месец; по предварително коригирания финансов риск на осигурителя (в съответствие със специфичния профил на здравния риск) - преди началото на осигурителната година; за ретроспективното коригиране на финансовия риск - след края на осигурителната година; за направените извънредни разходи над определения размер за конкретно здравно обслужване, грижи и стоки - до 30 дни от приемането на отчета; за окончателното изравняване по изпълнението на осигурителната година – след приемане на окончателния годишен отчет на здравния осигурител.

Изравняване/коригиране на финансовия риск

Целта е създаване на система от стимули за организационно и финансово достъпна здравна система, предоставяща висококачествено здравно обслужване и грижи. Неизбежно винаги съществува напрежение между целите за контрол върху разходите - от една страна, и за всеобщата достъпност и качеството - от друга. Един от начините за намаляване на разходите е чрез ограничаване на качеството и/или достъпа до здравно обслужване и грижи. Чрез ефективно управление на наличните средства обаче е възможно да се осигури качество и достъпност, когато се контролират разходите. Това изисква достатъчно стимули за ефективност.

Сега обемът на здравното обслужване и цените са централно регулирани, НЗОК определя разходните лимити за всеки компонент на здравното обслужване и грижи, НЗОК не поема никакъв финансов риск и дори реализира „печалба“ в полза на консолидирания държавен бюджет под формата на еднократни преводи и остатък. Това поставя НЗОК в ролята на счетоводител и формира една от обективните предпоставки за негативни практики по цялата верига на реализация на задължителното здравно осигуряване. Отсъствието на солидарност по отношение на разходите означава отсъствие на стимули за ограничаване на потреблението на здравни услуги и стоки. От друга страна, напредъкът в медицинските технологии и застаряването на населението формират обективна потребност от нарастващ контрол върху разходите.

Коригирането на финансовия риск е инструмент за предотвратяване на избора на лица с предпочитан здравен риск. Здравните осигурители следва да получат финансова компенсация за ЗЗОЛ с неблагоприятен рисков здравен профил (възрастни лица,

хронично болни и недееспособни лица, разходите на които за здравното обслужване и грижи са по-високи). За целта всеки здравен осигурител следва да получи от НЗОФ компенсация под формата на финансов трансфер, чиито размер зависи от състава на осигурените лица. Здравен осигурител със сравнително голям брой задължително здравноосигурени лица с неблагоприятен рисков здравен профил следва да получи по-висока компенсация от друг здравен осигурител с относително голям брой на задължително здравноосигурените лица с благоприятен рисков здравен профил. По-възрастните задължително здравноосигурени лица са по правило с неблагоприятен рисков здравен профил, доколкото те имат средно по-високи медицински разходи в сравнение с по-младите задължително здравноосигурени лица. Така един здравен осигурител следва да получи по-висока компенсация от коригирания финансов риск за по-възрастните задължително здравноосигурени лица, отколкото за по-младите такива, равна на предсказуемо по-високите разходи за здравното обслужване и грижи на по-възрастно или боледуващо задължително здравноосигурено лице. Така осигурителят разполага с ресурс да инвестира в по-високи разходи за такова индивидуално здравно обслужване и грижи. По този начин, коригирането на финансовия риск премахва финансовия стимул за избор според здравния риск или за отклоняване от задължително здравно осигуряване на боледуващо задължително здравноосигурено лице.

Всеки осигурител предоставя задължително здравно осигуряване при равни условия, съчетани с ефективни практики, като насърчаване на лоялната конкуренция, ефективна организация, намаляване на административните разходи или договаряне с доставчиците на здравно обслужване, грижи и стоки на по-добри цени за своите клиенти.

Коригираният финансов риск не компенсира осигурителите за различията между тях по отношение на разходите за тяхната бизнес практика - неефективно закупуване на здравно обслужване и грижи или неефективна организация на здравното осигуряване.

В резултат на тази политика, внедрявана и професионално управлявана от НЗОФ, лицата с чести здравословни проблеми не трябва да плащат повече, отколкото останалите ЗЗОЛ, за тяхното задължително здравно осигуряване. Тази корекция носи цялата тежест на регулирането на финансовия риск, необходимо за изравняване на рисковите пулове на отделните здравни осигурители.

Министърът на здравеопазването ежегодно определя средно претеглената сума за коригиране на финансовия риск и правилата за нейното прилагане - със заповед преди годината на изпълнение. С този акт се предоставя на здравните осигурители максимална и прозрачна информация за очакваните постъпления от коригирането на финансовия риск, въз основа на която те могат да изчислят оптималния вариант на своите проекти за здравноосигурителни плащания към доставчиците на здравно обслужване, грижи и стоки.

Една система за коригиране на риска в основата си е предварителна, т.е. коригираният финансов риск се определя преди календарната година на изпълнение. С предварителното коригиране на финансовия риск здравният осигурител може да управлява общия си финансов риск, тъй като той трябва да обедини постъпленията от коригирания финансов риск и приходите от задължителните здравноосигурителни вноски, независимо от действителните разходи през календарната година на изпълнение на дейността. Предварителното

коригиране е един стимул за здравния осигурител да усвои полученото финансиране възможно най-ефективно и ефикасно.

След края на осигурителната година, здравните осигурители са частично компенсирани за реалните разходи, които те са направили за предоставяне на здравно обслужване и услуги. С ретроспективно изравнително компенсиране се въвежда корекция на недостатъците в модела за коригиране на финансовия риск - проспективните оценки не елиминират напълно финансовия риск на осигурителите. Освен това ретроспективното компенсиране намалява финансовия риск и на индивидуално ниво. Ретроспективното коригиране на финансовия риск е по отношение на броя осигурявани, на общите разходи, на отклоненията в здравния риск в рамките на осигурителната година и на други възможни и доказани рискове.

С ретроспективното и окончателното годишно изравнително компенсиране се въвежда корекция на недостатъците в модела за коригиране на финансовия риск по отношение на броя ЗЗОЛ, на общите разходи, на отклоненията в здравния риск в рамките на осигурителната година и на други възможни и доказани рискове.

Основни предимства и ползи от демонополизацията на задължителното здравно осигуряване.

- 1) Създаване на предпоставки и условия за **въвеждане на реален пазар** на здравноосигурителни услуги и стоки.
- 2) Създаване на **намесата на държавата** до контрол върху дейността на операторите при реализиране на държавната политика, стратегия, програми и планове за подобряване

здравето на нацията и управление на конкуренцията на пазара на здравноосигурителни услуги.

- 3) **Оптимизиране на управлението на индивидуалното и общественото здраве** чрез интегриране на индивидуалното и груповото здравно обслужване и грижи, обслужването по трудова медицина, социалните грижи и социалното подпомагане във връзка с развитието на здравното състояние във времето и пространството, а не разкъсването им чрез „надграждащо“ и/или „заместващо“ здравно осигуряване.
- 4) Стимулира се развитието и усъвършенстването на **единна информационна система** за здравно осигуряване. Електронното здравно досие става носител на пълната информация за състоянието и развитието на здравето и неговата връзка с всички обстоятелства и събития в живота на ЗЗОЛ.
- 5) **Разкрива се потенциалът на предприемачеството** в условията на реален пазар на здравните услуги и стоки, на лоялна конкуренция, целенасочено регулирана от държавата в полза на гражданите.
- 6) Създават се предпоставки и условия за **развитие на доброволното здравно осигуряване** в полза на единното здраве.
- 7) Включването на ЗАД е в **съответствие с директивите, изискванията, принципите и правилата на ЕК** за добра здравноосигурителна/здравнозастрахователна практика. Преодолява се относително скъпата и правно неиздържана идея за връщане към модела със здравноосигурителни

дружества. Внедрява се многогодишният ценен опит на тези дружества по индивидуална и групова координация на здравното осигуряване, гарантираща своевременен достъп, високо качество и ефективно финансиране на здравното обслужване и грижи.

- 8) **Изрични условия за операторите** на задължително здравно осигуряване са: приемане на всеки кандидат за задължително здравно осигуряване, определяне на еднаква вноска за всички ЗЗОЛ, спазване на принципа на солидарността (солидарност между лицата с различен здравен статус).
- 9) **Гарантира се прозрачност** за вида, обема и степента на покритие на здравните дейности, услуги, стоки и грижи по Основния здравноосигурителен пакет.
- 10) **Въвежда се пряко договаряне** между осигурен/осигуряващ и здравноосигурителен оператор.
- 11) Гарантира се **свободен доброволен избор на здравен осигурител и форма на потребление** на здравното обслужване, грижи и стоки.
- 12) **Мобилизира се личното участие** на ЗЗОЛ в управлението и контрола на собственото здраве и на инвестираните средства.
- 13) Създават се предпоставки за **отпадане на горната граница на осигурителния доход** при изчисляване на задължителната здравноосигурителната вноска.
- 14) **Контролира се нерегламентираното доплащане** в задължителното здравно осигуряване за пресичане на корупционните практики и „сивата икономика“ в здравеопазването.

- 15) *Стимулира се дейността по ценообразуване* на здравните дейности, услуги и грижи, ефективното управление на лекарствата, медицинските изделия, медицинското оборудване и храните със специално предназначение.
- 16) Въвежда се технология на *професионален анализ на индивидуалното здравно състояние и оценка на индивидуалния здравен риск* въз основа на изходен и последващ комплексен медицински преглед и изследвания като основа за проектиране, планиране и реализиране на необходимите и достатъчни здравни дейности, услуги и стоки и периодична оценка на ефекта върху здравното състояние за конкретен период.
- 17) Въвеждат се *ясни и прозрачни финансови параметри за здравните осигурители* преди началото и по време на актуалната здравноосигурителна година, според избрани критерии за оценка на финансовия риск, за прогнозно, ретроспективно и изравнително коригиране на финансовия риск, в съответствие със рисковия здравен (и финансов) профил на осигурявания контингент.
- 18) *Всеки опит за печалба* чрез увеличаване на задължителната здравноосигурителна вноска, чрез намаляване на качеството и/или чрез ограничаване на достъпа до здравно обслужване и грижи е *мотив за смяна на здравния осигурител*.

Основни трудности при демонополизацията на задължителното здравно осигуряване.

- Задължителен политически и обществен *консенсус*.

- Създаване на *нови институции* и специализирани органи и звена.
- Изисква провеждане на относително *продължителна предварителна* разяснителна *кампания* и време за известно обучение.
- *Регламентирано противопоставяне* на бюрокрацията, лобирането и защитата на корпоративни интереси.
- *Време за въвеждане* на необходимите изменения, допълнения, основно преработване или нова разработка на закони, подзаконови актове, нормативна база и стандарти.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Здравният мениджмънт навлезе широко в управленската практика на развитите европейски страни и през последните десетилетия се обособи и утвърди като самостоятелна автономна функция и професионална кариера.

В България внедряването и регламентирането на професионален здравен мениджмънт се забавя и среща определени бариери в съществуващата нормативна база.

Актуален проблем е механизмът на подбор и формиране на управленските екипи в нашите лечебни заведения. Регламентирано е конкурсното начало за заемане на някои управленски длъжности, но не е преодоляно формално-бюрократичното провеждане на конкурсите. Няма също задължително изискване за образователна степен магистър по здравен мениджмънт като условие за участие в тези конкурси.

Тези слабости в известна степен се преодоляват чрез въведеното академично обучение в областта на здравния мениджмънт, провеждано от факултетите по обществено здраве (ФОЗ).

ФОЗ реализират своята главна мисия – формиране на новата генерация здравни мениджъри в България, необходими за успешната организационна промяна на националната здравна система и нейното ефективно управление.

В същото време е необходимо ФОЗ да създадат нов вид интелектуален продукт: образователна система за хора, които искат да стават предприемачи и инвеститори в здравеопазването.

ИЗВОДИ

1. Повече от две трети (70,8%) от анкетираните здравни мениджъри и 88,9% от студентите магистри са съгласни в различна степен с твърдението, че магистратурата по обществено здраве и здравен мениджмънт е фактор за професионална им реализация.
2. Най-честият мотив за избор на специалността здравен мениджмънт е желанието за бъдеща професионална кариера като здравен мениджър (46,6%), следвано от желанието да повишаване на управленската култура (36,5%).
3. По-голямата част от анкетираните мениджъри /73%/ и студенти /68,8%/ считат, че професионаления мениджмънт в управлението на здравната система е внедрен в известна степен, като едва 16,9% от здравните мениджъри и 5,3% от студентите считат, че компетентността по здравен мениджмънт на лицата, изпълняващи управленски функции в здравеопазването е висока.
4. По-голямата част от анкетираните здравни мениджъри (88,8%) и студенти (66,2%) считат, че прекия им ръководител притежава качества на лидер, докато 11,2% от мениджърите и 33,8% от студентите са на противоположното мнение по този въпрос.
5. Факторите, които имат много силно влияние за реализирането на успешна кариера като здравен мениджър според анкетираните мениджъри са комуникацията и организационното поведение (68,5%), развитието на ефективен екип (64%) и управлението на целите (60,7%), а според студентите поставят на първо място развитието на ефективен екип (63,5%), следван от базисни мениджърски умения (56,1%) и управление на целите (55%).

6. Като много значима компетентност при оптимизиране на професионалната им подготовка най-голяма част от здравните мениджъри /74,2%/ и студенти /75,1%/ посочват постигането на резултати, следвана от личната организационна ефективност /67,4%/ според мениджърите и самоусъвършенстването и развитието на личностни качества и умения /66,7%/ според студентите.
7. Най-голяма част от анкетираните здравни мениджъри /55,1%/ и студенти /55,9%/ считат, че за заемане на длъжността болничен директор задължителен образователен ценз е наличието на образование по медицина плюс магистратура по здравен мениджмънт, следвани от отговорилите икономика или право плюс магистратура по здравен мениджмънт /40,4% от мениджърите и 42,6% от студентите/. Сравнявайки резултатите от проведеното проучване сред действащите здравни мениджъри и студентите магистри по здравен мениджмънт стигаме до извода, че и експертите и студентите са убедени, че магистратурата по здравен мениджмънт е необходимо и задължително условие за успешната им реализация в сферата на управлението на здравеопазването.
8. Повечето от анкетираните здравни мениджъри /63%/ и студенти /72%/ считат, че научните доказателства имат значителна роля за избора на дадено управленско решение.
9. С най-висок относителен дял напълно влияещи върху удовлетвореността от работата им според анкетираните здравни мениджъри са възможността за повишаване на квалификацията /69,7%/, сигурност на работното място /65,2%/ справедливост на възнаграждението /64%/, морално удовлетворение от добре

свършената работа /62,9%/ и възможност за израстване в кариерата /60,7%/.

10. Като много значимо умение необходимо да се справят максимално добре с работата си като ръководители здравните мениджъри посочват поемането на отговорност /88,8%/, следвано от работата в екип – 83,1%, определянето на цели /74,2%/ и уменията за комуникация /71,9%/.
11. Положителна оценка (над 1) за степента им на удовлетвореност от обучението във ФОЗ са дали 93,2% от студентите, като преобладаващият брой от запитаните (66,1%) поставят нивото на подготовката си във ФОЗ-София на първо място в сравнение със студентите от другите ФОЗ в България.
12. По-голямата част от анкетираните студенти (75,3%) са на мнение, че лекциите допълват и разясняват учебната литература и дават допълнителни насоки за подготовка, а 43,9% са на мнение, че семинарите, които посещават разглеждат казуси от практиката, с което се създава реална представа за бъдещата ми професия.
13. Повечето от анкетираните студенти /74,1%/ считат, че обучението им по здравен мениджмънт във ФОЗ-София е достатъчно, за да се реализират като добри здравни мениджъри, като 92,6% са на мнение, че знанията и уменията получени по време на обучението им във ФОЗ са напълно приложими в практиката им в различна степен.
14. Почти всички от анкетираните студенти (97,4%) дават положителна оценка за нивото на преподаване във ФОЗ, а за подобряване на обучението студентите посочват необходимостта да дискутират казуси от реалната практика (77,2%).

15. Повече от половината от студентите (51,8%) са на мнение, че нямат достатъчно възможности за участие в изследователски проекти, т.е перспективата на студентите да съчетават научната с образователната дейност не е налице.
16. Много голям е относителният дял на анкетираните здравни мениджъри /88,8%/ и студентите магистри /89,9%/, които не са удовлетворени от действащия в момента модел на функциониране на здравната система в България.
17. Като основни слабости на здравната система студентите, както и здравните мениджъри посочват:
- Нормативните пропуски в законодателството;
 - Монопола на НЗОК;
 - Липса на лидерство и професионална квалификация по здравен мениджмънт най-вече на висше /политическо/ ниво, но и на ниво оперативен мениджмънт.
18. Най-голяма част от здравните мениджъри /77,5%/ и студентите /86,2%/ считат, че ще настъпят промени в здравното обслужване, ако се демонополизира здравната система в България. Анкетираните виждат тези промени в подобряване качеството на здравното обслужване според 85,2% от студентите и 57,7% от мениджърите, както и оптимизиране на финансирането на здравната система /77,8% от студентите и 61,9% от мениджърите/.
19. Аргументирано са обосновани основните предимства и ползи от демонополизацията на задължителното здравно осигуряване.

ПРЕПОРЪКИ

Към Министерство на здравеопазването

1. Промяна в нормативната база на нашето здравеопазване, като се регламентира внедряването на професионалния здравен мениджмънт във всички управленски сектори и нива на национална здравна система.
2. Законово регламентиране на изискването за образователно ниво „магистър” по здравен мениджмънт за заемане управленски длъжности /директор и зам. директор на болница, началник на клиника или отделение/.
3. Конкурсите за директори на лечебни заведения да се провеждат от независими комисии, съставени от експерти по здравен мениджмънт.
4. Създаване на по-добри условия за реално повишаване на квалификацията на действащите здравни мениджъри и за продължаващо (перманентно) обучение по здравен мениджмънт като цялостна система.
5. Демонополизацията на задължителното здравно осигуряване на базата на предложената концепция.

Към Факултетите по обществено здраве

1. Създаване на възможност за улеснен достъп до обучение чрез въвеждане на дистанционно обучение по магистърска програма по ОЗЗМ.

2. Периодично проучване на удовлетвореността на студентите от обучението във ФОЗ с цел откриване на слабости и своевременно актуализиране на учебните програми.
3. Стимулиране участието на студентите в изследователски проекти по време на обучението им, което ще доведе до съчетаването научно-приложната с образователната дейност.
4. Създаване на стимули за повишаване квалификацията на преподавателите във ФОЗ с цел повишаване качеството на обучение и създаването на нов вид интелектуален продукт: образователна система за хора, които искат да станат предприемачи и инвеститори в здравеопазването.

Към Българския лекарски съюз

1. Разработване на „Система за регулирано повишаване на квалификацията на здравните мениджъри“ на базата на методите за продължаващо обучение, като всяко постигнато следващо ниво в квалификацията да бъде съпроводено с повишаване на трудовото възнаграждение.

Към Националното сдружение по здравна политика и мениджмънт

1. По-голяма активност по проблемите на професионалната подготовка на здравните мениджъри, като се насочи вниманието към изработването на стратегия за развитие на здравния мениджмънт в България съвместно с експерти от ФОЗ.

ПРИНОСИ

Настоящият дисертационен труд има научно-приложени приноси в следните няколко направления:

1. Направено е сравнително проучване на мотивацията за професионална реализация и внедряването на професионален мениджмънт в управлението на здравната система между студентите магистри по ОЗЗМ и работещите здравни мениджъри.
2. Представена е степента на влияние на основните фактори на базисните мениджърски компетенции за реализирането на успешна кариера на здравните мениджъри.
3. Проучена е степента на значимост на лидерските компетентности за оптимизиране на професионалната подготовка на студентите и здравните мениджъри.
4. Изследвано е влиянието на факторите-мотиватори върху удовлетвореността от работата на здравните мениджъри и степента на значимост на уменията, които трябва да притежава човек на тяхната позиция, за да се справя максимално добре с работата си като ръководител.
5. Проучено е мнението на студентите магистри по ОЗЗМ и работещите здравни мениджъри относно слабости на здравната система в България.
6. Анализирани са организацията и качеството на образователния продукт във ФОЗ при МУ-София и потребностите от обучение на студентите магистри.
7. Предложена е концепция за демонополизация на задължителното здравно осигуряване.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балканска, П., Комуникативната компетентност – необходимо социално умение на мениджъра, Здравен мениджмънт, т. 3, 2/2003 г.
2. Балканска, П., Психологът в помощ на мениджъра, Здравен мениджмънт, том 4, 5, 2004, 26-29.
3. Балканска П., З. Савова, Мениджърът като лидер или как тези две позиции да се съвместят. Здравен мениджмънт, том 3, 5, 2003,11-14.
4. Балканска П., Психологични подходи в здравния мениджмънт, София, Булвест 2000, 2009.
5. Балканска П., Модел за развитие на лидерска компетентност в сферата на здравеопазването, непубл. хабилит. труд, София, 2010.
6. Балканска П., Психологични подходи в здравния мениджмънт, Булвест 2000, София, 2009.
7. Балканска, П. Има ли дефицит на лидери в здравеопазването – преодолим ли е? – Медицински мениджмънт, 2010,2, 39-44.
8. БАУРЧР . Професионални стандарти за работещите в областта на управление и развитие на човешките ресурси, Сиела-Софт енд паблицинг, 2003.
9. Борисов, В. Здравен мениджмънт – новата азбука на здравния мениджмънт. 3-то изд., 2009.
10. Борисов, В. Мигове по пътя – щрихи от летописа на ФОЗ. 2014, 168 с.
11. Борисов, В. Стратегически здравен мениджмънт – философия и практика. С., 2006, 320 с.
12. Борисов, В. Управленският професионализъм в здравеопазването – реалност или мит? - Медицински меридиани, списание за стратегически здравен мениджмънт, 2014, 2.
13. Борисов, В., З., Глутникова, Ц. Воденичаров, Ново обществено здравеопазване, изд. Аква графикс ООД, С. 1998, с. 266
14. Борисов, В., К. Кирилов. Мениджмънт на кариерата. В: Ново обществено здравеопазване, 1998, с. 282-284.
15. Българска стопанска камара, доклад « Здравеопазване 2014г.: състояние, проблеми, решения, предизвикателства», март 2014г.
16. В Политики в здравеопазването – икономически анализ и оценки.в: Икономическо развитие и политика в България: оценки и очаквания. ИИИ при БАН 2013
17. Веков, Т. Стратегия и управление на маркетинга – принципи и приложение в здравеопазването. С., 2011, 320 с.
18. Воденичаров, Ц., За реален старт на управленския професионализъм в здравеопазването, Първа национална конференция по здравен мениджмънт с международно участие, Стара Загора, май 2003 г.
19. Воденичаров, Ц. Десетте принципа на медика и мениджъра. 2009.
20. Воденичаров, Ц. Професионалният здравен мениджмънт няма алтернатива, списание Медицински меридиани, 2014г., бр.2, 3-7 стр.

21. Воденичаров, Ц. Седемте разлики между медика и мениджъра. 2005.
22. Воденичаров, Ц., В. Борисов, Ст. Гладилов, К. Чамов, Д. Кръшков. Модел за ефективно развитие на българското здравеопазване. Здравен мениджмънт, 2008, том 8, №1, 53-61.
23. Воденичаров, Ц., Г. Грънчарова, В. Борисов. Мисията на факултетите по обществено здраве – актуални предизвикателства. – Юбилейна научна конференция, 5-6 октомври, 2006, Плевен.
24. Воденичаров, Ц., Път в медицината, София, БАН, 1992.
25. Воденичаров, Ц., С. Попова, Медицинска етика, София, ДАК, 2003.
26. Воденичаров, Ц. Професионалният здравен мениджмънт няма алтернатива. – Медицински меридиани, списание за стратегически здравен мениджмънт, 2014, 2.
27. Гавраилова, Д., Ж. Сурчева. Сила и авторитет на сестринската професия, Здравен мениджмънт, 3, 2003, 6, 17-19.
28. Гончев, Вл. Формиране и професионално развитие на здравните мениджъри в условията на здравна реформа в Република България. Автореферат, 2009, 50 с.
29. Грийн, Р. 48-те закона на властта. София, Сила, 2001
30. Димитров, Д. Ефективният болничен мениджър. 2009, 96 с.
31. Димитров, Д. Проблеми на професионалната кариера на болничния мениджър. Автореферат, 2008.
32. Димитров, Д., А. Жеков, Проблеми на професионалната мотивация на здравните мениджъри, Здравна политика и мениджмънт, 2009, 1, 21-24.
33. Димитров, Д., Стил на лидерство и мениджмънт в болницата, Здравна политика и мениджмънт, 2009, 2, 25-30.
34. Димитров, Д., Управленска компетентност на началник отделенията и старшите сестри, Здравна политика и мениджмънт, 2008, 5, 76-79.
35. Димитров, П. Каталог на компетентностите, Психоблог, 2007
36. Директива 2001/20/ЕС за сближаване на законовите, подзаконовите и административните разпоредби на държавите-членки във връзка с прилагането на добрата клинична практика при провеждането на клинични изпитвания на лекарствени продукти за хуманна употреба;
37. Дракър, П. Мениджмънт на предизвикателствата през 21 век. Издателство “Класика и стил”, 2000;
38. Илкова, Р. (2010). Лекарските грешки. Общество и право. Бр. 6 и 7. Стр. 22-31, 71-77;
39. -
40. Китов, Б. Болничен мениджмънт - теория и актуални подходи. Изд. Булгарика, 2003, 56 с.
41. Младенов, А. Приложение на маркетинговите концепции в съвременната болница. Дисертация, 2013, 270 с.
42. Петров, М., М. Александрова. Непрекъснато обучение и професионализъм. В: Етиката в българското здравеопазване, 2007, 347-353.
43. Попов, Т. Мотивацията за учене на обучаваните в системата на общественото здраве. – Здравен мениджмънт, 2006, 2, 55-60.
44. Попова, Кр. Клиничен мениджмънт като концепция и практика. – Медицински меридиани, 2010, 2, 2-6.
45. Попова, С. Социалноетични измерения на здравния мениджмънт. 2004, 140 с.

46. Раковска, Г. Професионалното ориентиране и кариерното развитие на младите хора. - biforum. org/lectures/1000032 Gergana Rakovska.ppt
47. Тулевски, Б. и др. Лидерство и комуникации. В: Болничен мениджмънт, 2005, 155-168.
48. Чамов, К. Здравеопазване – системи. Реформата на здравеопазването в България. В: Здравна икономика, Стови, Пловдив, 2001, 201-207.
49. Чамов, К., А. Кехайов. Технология за избор на приоритети в здравеопазването. – Здравен мениджмънт, 2006, 6, 51-56.
50. Шопова, К. Стил на мениджърско поведение - актуални проблеми. - Здравен мениджмънт, 2002, 1, 11-16.
51. Aditya, R., R. House, S. Kerr. Theory and Practice of Leadership: Into the New Millennium . – IN: G . Cooper , E . Locke (Eds.) Industrial and Organizational Psychology: Linking Theory with Practice. Malden, Massachusetts: Blackwell Publishers, 2000 , pp. 130 – 166 .
52. AMACOM-American Management Association,Productivity Drive, People Management, April, 2004
53. Avolio, B. Examining the Full Range of Leadership: Looking back to transform forward. In D. Day, St. Zaccaro, S. Halpin. Leader development for Transforming Organizations Lawrence Erlbaum Associates Inc., 2004, p.71 – 98.
54. Bennis, W. On Becoming a Leader. Perseus Books, 1994.
55. Bennis, W. Research on Leadership Selection and Training: One View of the Future, Administrative Science Quarterly , 1996 , pp. 41, 241-254
56. Borisov, V., B. Borisova. Leadership - an undervalued resource of the health reform. – Fourth International Medical Congress, 11-15 September 2013, Portoroz, Slovenia.
57. Boyatzis, R. E., Kolb, D. A. Learning Skills Profile, TRG Hay/McBer., 1993.
58. Boyatzis, R.E., Cowen, S.S., Kolb, D.A. Innovation in Professional Education, McBer & Company, 1998.
59. Brown, B. Meta-competence: a recipe for reframing the competence debate? Personnel Review, 22 (6), p. 26–37. Brue Greg Six Sigma for Small Business, <http://www.amazon.com/>, 2008.
60. Burgoyne J. at al. The Development of Management and Leadership Capability and its Contribution to Performance, Henley, DfES Research Report 560, 2004.
61. Council of Europe, (2006). Recommendations of the Committee of Ministers to member states on management of patient safety and prevention of adverse events in health care; COM(2000)285 final from 16.05.2000;
62. Davies, H., S.Harrison. Trends in doctor-manager relationships. BMJ, 2003, 326, 646-649.
63. Dilts R . Visionary Leadership Skills . Meta Publications , CA , 2002, p . 17
64. Dorsey ER, Jarjoura D, Rutecki GW. Influence of controllable lifestyle on recent trends in specialty choice by US medical students. Journal of the American Medical Association. 2003;290:1173–1178. doi: 10.1001/jama.290.9.1173.
65. Dorsey ER, Jarjoura D, Rutecki GW. The influence of controllable lifestyle and sex on the specialty choices of graduating U.S. medical students, 1996-2003. Academic Medicine. 2005;80:791–796.
66. Drucker, P. The coming of the new organization. Reprinted in Harvard Business Review on knowledge management. Boston: Harvard Business School Press, 1998, pp. 1-19.

67. Dulevicz V. Personal Competency Framework Manual. Henley College, 1998.
68. Duncan, B. Health policy in the European Union: how it's made and how to influence it. – *BMJ*, 324, 2992, 7344, 1027-1030.
69. Duncan, W., P. Ginter, L. Swayne. *Strategic Management of Health Care Organizations*. Boston, 1992, 788.
70. European health policies - moving towards market in health? - *Eurohealth*, 9, 2004, 4, 18-21.
71. European health policies - moving towards market in health? *Eurohealth*, 9, 2004, 4, 18-21.
72. Framework for the International Classification for Patient Safety. Final Technical Report;
73. Gargiulo DA, Hyman NH, Hebert JC. Women in surgery: do we really understand the deterrents. *Archives of Surgery*. 2006;141:405–407. doi: 10.1001/archsurg.141.4.405.
74. Gargiulo DA, Hyman NH, Hebert JC. Women in surgery: do we really understand the deterrents. *Archives of Surgery*. 2006;141:405–407. doi: 10.1001/archsurg.141.4.405. [PubMed]
75. Garvin, D. Building a learning organization. - *Harvard Business Review*, 1993, 71, 4, 78-91.
76. Generalsekretariat der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte. FMH-Ärztetätigkeit 2005. *Schweizerische Ärztezeitung*. 2006;87:747–767.
77. Georgieva, L., P. Salchev et al. *Health Systems in Transition – Bulgaria*. WHO, 2007, 156 p.
78. Gilmore, T. *Managing a Leadership change*. - San Francisco, 1988.
79. Girard DE, Choi D, Dickey JDD, Bloom JD. A comparison study of career satisfaction and emotional states between primary care and specialty residents. *Medical Education*. 2006;40:79–86.
80. Gjerberg E. Gender differences in doctors' preference - and gender differences in final specialisation. *Social Science & Medicine*. - 2002;54:591–605.
81. Gjerberg E. Gender differences in doctors' preference - and gender differences in final specialisation. *Social Science & Medicine*. 2002;54:591–605.
82. Gjerberg E. Medical women - towards full integration? An analysis of the specialty choices made by two cohorts of Norwegian doctors. - *Social Science & Medicine*. 2001;52:331–343.
83. Gjerberg E. Medical women - towards full integration? An analysis of the specialty choices made by two cohorts of Norwegian doctors. *Social Science & Medicine*. 2001.
84. Golinowska, St. Changes and reforms of healthcare system in transition countries. – *European Health Conference, Bulgaria, 2006*, 315-372.
85. Griffith, J., White, K. The revolution in hospital management. – *Journal of Healthcare Management*, 2005, 5, 49-55.
86. Halligan, A., D. Grewcock. What are the best ways that healthcare leaders can train managers to train others? - *The International Hospital Federation Reference Book*, 2006/2007.
87. Halligan, A., D. Grewcock. What are the best ways that healthcare leaders can train managers to train others? - *The International Hospital Federation Reference Book*, 2006/2007.
88. Harden, R. (1999) From Competency to Meta-competency: A Model for the Specification of Learning Outcomes. *Medical Teacher*, Vol. 21, Issue 6, p. 546.

89. Harrison J., T. van Zwanenberg. Bridging the gap after vocational training. - *BMJ* 1998, 7148, Volume 316.
90. Holland, J.L. Making vocational choices: A theory of careers. New York, Prentice Hall; 1973.
91. Humphray, H. et al. Promoting an environment of professionalism: the University of Chicago "Roadmap". – *Acad.Med.*, 82, 2007, 11, 10298-1107.
92. IOM: Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academy Press, 2001;
93. Ivanchevich, J., M. Matteson. Management and Organizational Behaviour. 7 th ed. Boston: Irwin, 1999.
94. Iverson O. An Investigation into the Importance of Managerial Competencies across National Borders in Europe, 8-th World Congress on HR Management, Paris, 2000.
95. Kabene, S. et al. The importance of human resources management in health care: a global context. - *The International Hospital Federation Reference Book*, 2006/2007.
96. Kessler, D., & McClellan, M. Do doctors practice defensive medicine? *Quarterly Journal of Economics*, 1996, 111(2), 353—390.
97. Kickbusch, I. Perspectives on health governance in the 21st Century in Marinker, M (ed.) *Health Targets in Europe: Policy, progress*. 2005.
98. Kotter, J. *Leading Change*, Harvard Business School Press , 1996.
99. Kuntz, L. and Scholtes, S. The role of medical professionals in top management ... www.jbs.cam.ac.uk/.../workingpapers/wp0801.pd.
100. Lambert EM, Holmboe ES. The relationship between specialty choice and gender of U.S. medical students, 1990-2003. *Academic Medicine*. 2005;80:797–802. .
101. Lambert TW, Evans J, Goldacre MJ. Recruitment of UK trained doctors into general practice: findings from national cohort studies. *Br J Gen Pract* 2002; 52: 364-372.
102. Linstead, S. Developing Management Meta-competence: Can Distance Learning Help? *Journal of European Industrial Training*, 1990, Vol. 14, Issue 6, p. 17–27.
103. Linstead, S. Developing Management Meta-competence: Can Distance Learning Help? *Journal of European Industrial Training*, 1990, Vol. 14, Issue 6, p. 17–27.
104. Ludwig, U. Hospitals in a competitive market in Germany – Opportunities of professional marketing and effective communication. - In: *Challenges of delivering health in the enlarged Europe – experience and perspectives from member states and associated countries*. Proceedings, European Health Conference, Sunny Beach, Bulgaria 2006, 57-65.
105. *Management in healthcare practice*. Ed. L. Kovacic, L. Zaletel-Kragelj. 2008.
106. Management Standards Centre (2004) *National Occupational Standards for Management and Leadership*. London. www.management-standards.org
107. *Managerial Communications*, Business Publications, Inc, 1988
108. McIntyre, S. *Conflict Management by Male and Female Managers as Reported by Self and by Male and Female Subordinates*. Unpublished Doctoral Dissertation, Georgia State University, Atlanta, 1991.
109. McKenna. *Business Psychology & Organizational Behavior*, Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 1994.
110. McManus IC, Sproston KA. Women in hospital medicine in the United Kingdom: glass ceiling, preference, prejudice or cohort effect? *J Epidemiol Community Health*. 2000;54:10–16.

111. Mitzdorf, U.; Beck, K. Frauenspezifische Probleme in der Medizin aus feministischer Sicht. In: Puppel E, Bullinger M and Hrtel U. , editor. Medizinische Psychologie und Soziologie. Weinheim, Chapman & Hall; 1994. pp. 386–404.
112. Mobility of Health Professionals. – www. EPSU.ORGq 2004.
113. Mullins, L. Management and organizational behaviour. Second edition. Pitman Publishing, 1989, 335-367.
114. Neuhaus, P. Why Should Young Doctors Choose to Become Surgeons?- Annals of Surgery. 2007, 246 (6):911-915.
115. Neuman, B. The Neuman systems model: Application to education and practice. Appleton/Lange, 1992, 170 p.
116. Newton DA, Grayson MS, Foster Thompson L. The variable influence of lifestyle and income on medical students' career choices: data from two U.S. medical schools, 1998-2004. Academic Medicine. 2005;80:809–796.
117. Offenbeek Marjolein van et al. The compatibility of future doctors' career intentions with changing health care demands. - Medical education, 2006 vol. 40, no6, pp. 530-538.
118. Peters, T., R. Waterman. In Search of Excellence. Harpet and Row, 1992.
119. Petrides, K., Mcmanus, I. Mapping medical careers: questionnaire assessment of career preference in medical school applicants and final-year students. - BMC Medical Education. 2004;4:18.
120. Poehlmann K, Brunstein J. GOALS: Ein Fragebogen zur Messung von Lebenszielen. Diagnostica. 1997;43:63–79.
121. Porter, M., Teisberg, E. Redefining competition in healthcare. - Harvard Business Review, (2004). 82(6), 65—77.
122. Powell, P. T., Nakata, D. A. Can earnings decline cause a retirement flight of physicians? Financial compensation and the decision to stay in practice. - Medical Care Research and Review, (2001), 58(3), 361—378.
123. Prediger DJ. Dimensions underlying Holland's Hexagon: Missing link between interests and occupation? Journal of Vocational Behavior. 1982;21:259–287.
124. Prediger, D. Dimensions underlying Holland's Hexagon: Missing link between interests and occupation? Journal of Vocational Behavior. 1982;21:259–287.
125. Reardon, J. The restructuring of the hospital services industry. - Journal of Economic Issues. 1995, 29(4), 1063—1081.
126. Rosenberg, M. Society and the adolescent self-image. Princeton N.J., University Press; 1965.
127. Rosenblatt RA, Andrilla CH. The impact of U.S. medical students' debt on their choice of primary care careers: an analysis of data from the 2002 medical school graduation questionnaire. Academic Medicine. 2005;80:815–819.
128. Rosener, JB. Ways women lead. In: Kanter RM. , editor. Reach for the top. Boston, Harvard Press; 1990. pp. 13–23.
129. Sackett,D, et al. Evidence-Based Medicine: What it is and what it isn`t. BMJ 1996; 312: 71-72;
130. Sanchez, A. The Contribution of Personality Type (Preference) and Selected Situational Factors to Visionary Leadership Behavior. Unpublished Doctoral Dissertation, University of Colorado at Denver,1988.

131. Schappe, Stephen P. The Influence of job satisfaction, organizational commitment, and fairness perceptions on organizational citizenship behavior. Vol. 132, *The Journal of Psychology*, 05-01-1998, pp. 227(14).
132. Schrieman, C., J. Toliver, O. Behling . *Leadership Theory: Some Implications for Managers* . MSU Business Topics, Summer , 1978.
133. Scot Foresman, L. Brown. *Contemporary . Higher education*, London, 1995.
134. Sharon Buchbinder Jon Thompson. *Career Opportunities in Health Care Management: 2010*, Jones and Bartlett Publishers, LLC
135. Shipkovenska, E. "Bulgaria Health Study 1998-1999" – Some Conclusions. - In: *Challenges of delivering health in the enlarged Europe – experience and perspectives from member states and associated countries. Proceedings, European Health Conference, Sunny Beach, Bulgaria 2006*, 264-268.
136. Spencer, L.M., and Spencer, S.M. (1993) *Competence at Work: Models for Superior Performance*, NY: John Wiley & Sons Stanton, W. & Ch. Futrell, *Fundamentals of Marketing*, McGraw-Hill, NY, 1987.
137. Statistisches Bundesamt. *Medizinstudierende in Deutschland*. Wiesbaden, Statistisches Bundesamt; 2005.
138. Taylor, K., Lambert, T., Goldacre, M. (2008). Future career plans of a cohort of senior doctors working in the National Health Service. *JRSM* 101: 182-190.
139. Thornton J, Esposto F. How important are economic factors in choice of medical specialties? *Health economics*. 2003;12:67–73. doi: 10.1002/hec.682.
140. Toyry S, Rasanen K, Kujala S, Адгимаа М, Juntunen J, Kalimo R, Luhtala R, Мдкелд Р, Myllyмдкi K, Seuri M, Husman K. Self-reported health, illness, and self-care among finnish physicians: a national survey. - *Arch Fam Med*. 2000, 9(10):1079-85.
141. Tracey A. LaPierre, Mary K. Zimmerman, (2012) "Career advancement and gender equity in healthcare management", *Gender in Management: An International Journal*, Vol. 27 Iss: 2, pp.100 – 118
142. Valian, V. *Why so slow? The advancement of women*. Cambridge, Mass., London, MIT Press; 1999.
143. Walton, P. *Isolation and professional adaptation*. - 10th IAALD World Congress, Dakar, 24-28 January 2000.
144. Wendel TM, Godellas CV, Prinz RA. Are there gender differences in choosing a surgical career? *Surgery*. 2003;134:591–596.
145. Wetterer, A. *Professionalisierung und Geschlechterhierarchie. Vom kollektiven Frauenausschluss zur Integration mit beschrnkten Mglichkeiten*. Vol. 3. Kassel, Wissenschaft ist Frauensache. Neue Folge; 1993.
146. WHO Regional Office for Europe. *Highlights of Health in Bulgaria*. 2001.
147. WHO, A World Alliance for Safer Health Care, (2009). *Conceptual*

ПРИЛОЖЕНИЕ 1. Анкетна карта за студенти

АНКЕТНА КАРТА

Уважаеми колега,

Изготвената от нас анкета има за цел да изследва студентските мнения на магистрите по здравен мениджмънт относно организацията и качеството на образователния продукт във ФОЗ при МУ-София, мотивацията за професионална реализация и значимите лидерски компетентности в сферата на здравеопазването.

Моля отговорете на въпросите като оградите избрания от Вас отговор.

Анкетата е анонимна.

Благодарим Ви за отзивчивостта!

1. Вашият пол ?

- 1) Мъж
- 2) Жена

2. От коя възрастова група сте ?

- 1) до 30 години
- 2) от 31 до 40 години
- 3) от 41 до 50 години
- 4) над 50 години

3. Местоживееене:

- 1) село
- 2) град
- 3) столица

4. Вашето образование:

- 1) Медицинско
- 2) Друго (посочете какво)

5. Имате ли медицинска специалност:

- 1) Да (посочете каква).....
- 2) Не

6. Настоящата Ви длъжност е (посочете каква):

- 1) В здравеопазването
- 2) В друг сектор.....

7. Завършили ли сте квалификационни курсове в областта на здравния мениджмънт?
- 1) Да
 - 2) Не
8. Кой водещ мотив Ви подтикна да изберете обучение в магистратура по здравен мениджмънт?
- 1) За да реализирам себе си
 - 2) За да повиша управленската си култура
 - 3) С оглед бъдещото ми развитие като здравен мениджър
 - 4) По съвет на приятели и колеги
 - 5) Случайно
 - 6) Друго
9. Промени ли се по-късно мотивацията ви за обучение в областта на здравния мениджмънт?
- 1) Повиши се
 - 2) По-скоро се повиши
 - 3) По-скоро се понижи
 - 4) Понижи се
10. Мотивирани ли сте за професионална реализация в сферата на управлението в системата на здравеопазване:
- 1) Да, напълно съм мотивиран
 - 2) Да, донякъде съм мотивиран
 - 3) Не съм мотивиран
 - 4) Не мога да отговоря
11. Според вас в каква степен е внедрен професионален мениджмънт в управлението на здравната система?
- 1) В голяма степен
 - 2) В известна степен
 - 3) Изобщо не е внедрен
 - 4) Не мога да отговоря
12. Считате ли, че имате реални перспективи за професионална реализация и кариера като здравен мениджър?
- 1) Да
 - 2) Отчасти
 - 3) Не

13. Според Вас какъв задължителен образователен ценз е нужен за заемане на длъжност болничен директор (възможни до два отговора)?
- 1) Медицина с призната специалност
 - 2) Магистратура по здравен мениджмънт
 - 3) Медицина плюс магистратура по здравен мениджмънт
 - 4) Сестринство плюс магистратура по здравен мениджмънт
 - 5) Икономика или право плюс квалификационен курс по здравен мениджмънт
 - 6) Икономика или право плюс магистратура по здравен мениджмънт
 - 7) Други
14. В коя област на здравния мениджмънт Вие изпитвате нужда от по-специални познания и умения (може до три отговора)?
- 1) Обща принципи на мениджмънта
 - 2) Здравна политика
 - 3) Стратегически мениджмънт
 - 4) Мениджмънт на промяната
 - 5) Мениджмънт на времето
 - 6) Мениджмънт на финансовите ресурси
 - 7) Мениджмънт на човешките ресурси
 - 8) Статистически методи и информатика
 - 9) Маркетингови подходи
 - 10) Мениджмънт на качеството
 - 11) Други
15. Понастоящем каква е според Вас компетентността по здравен мениджмънт на лицата, изпълняващи управленски функции в здравеопазването?
- 1) Висока
 - 2) Средна
 - 3) Ниска
 - 4) Липсва
16. Как оценявате квалификацията в областта на здравния мениджмънт на административния персонал във Вашата месторабота?
- 1) Висока
 - 2) По-скоро висока
 - 3) По-скоро ниска

- 4) Ниска
17. Има ли Вашият пряк ръководител качества на лидер
- 1) Да
 - 2) По-скоро да
 - 3) По-скоро не
 - 4) Не
18. Какви конкретни предложения имате за създаване условия за стабилна и ефективна професионална кариера на здравния мениджър (дайте до три предложения)
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
19. Магистратурата по Обществено здраве и здравен мениджмънт е фактор за професионална Ви реализация:
- 1) Да, напълно съм съгласен
 - 2) Да, донякъде съм съгласен
 - 3) Напълно несъгласен
 - 4) Не мога да отговоря
20. Каква е Вашата оценка за степента Ви на удовлетвореност от обучението във ФОЗ? оградете!
- 5 - 4 - 3 - 2 - 1 0 1 2 3 4 5
- негативна неутрална позитивна
21. Ако трябва да сравните нивото на подготовката си с това на студентите от другите ФОЗ в България, на кое място бихте се поставили?
- 1 2 3 4
- Ако не сте отбелязали 1-во, моля посочете, кои факултети дават по-добро образование.....
22. Смятате ли, че подготовката ви по Здравен мениджмънт е адекватна на „средната за ЕС”

- 1) Да
 - 2) По-скоро да
 - 3) Не
 - 4) По-скоро не
 - 5) Не мога да преценя
23. Имате ли ясна представа какви дисциплини ще изучавате по време на обучението Ви в магистърската програма по Здравен мениджмънт?
- 1) Да
 - 2) По-скоро да
 - 3) Не
 - 4) По-скоро не
 - 5) Не мога да преценя
24. Когато започвате обучение по нова дисциплина знаете ли какви са нейните образователни цели, какво точно ще изучавате и кога ще ви бъде преподадено?
- 1) Да
 - 2) По-скоро да
 - 3) Не
 - 4) По-скоро не
 - 5) Не мога да преценя
 - 6) Разликите при различните преподаватели са толкова големи, че е невъзможно да се отговори
25. Наясно ли сте с критериите, по които ще бъдете оценявани в края на семестъра
- 1) Да
 - 2) По-скоро да
 - 3) Не
 - 4) По-скоро не
 - 5) Не мога да преценя
26. Лекциите, които посещавате според вас:
- 1) Допълват и разясняват учебната литература и дават допълнителни насоки за подготовка
 - 2) Не допълват с нищо учебната литература, а просто я повтарят.
 - 3) Допълват и разясняват учебната литература, но с нищо не помагат в практически план

- 4) Разликите при различните преподаватели са толкова големи, че е невъзможно да се отговори.

27. Семинарите, които посещавате :

- 1) Нямаат никаква връзка с лекциите, с което създават допълнително объркване
- 2) Координирани са с лекциите, но създават изцяло теоретични знания
- 3) Разглеждат казуси от практиката, с което се създава реална представа за бъдещата ми професия
- 4) Разликите при различните преподаватели са толкова големи, че е невъзможно да се отговори.

28. Мислите ли, че обучението Ви по Здравен мениджмънт във ФОЗ МУ-София е достатъчно за да се реализирате като добър здравен мениджър?

- 1) Да
- 2) По-скоро да
- 3) Не
- 4) По-скоро не
- 5) Не мога да преценя

29. Мислите ли, че можете да управлявате процеса на образованието си според вашите нужди?

- 1) Да
- 2) По-скоро да
- 3) Не
- 4) По-скоро не
- 5) Не мога да преценя

30. Приложими ли са в практиката получените по време на обучението Ви във ФОЗ знания и умения?

- 1) Да, напълно са приложими
- 2) Да, донякъде са приложими
- 3) Не са приложими
- 4) Не мога да отговоря

31. Как бихте оценили нивото на преподаване на вашите преподаватели?

- 5 - 4 - 3 - 2 - 1 0 1 2 3 4 5
негативно неутрално позитивно

32. Посочете 3 лекционни курса, които сте запомнили с качествено преподаване и добър краен резултат?

.....
.....
.....
.....

33. Какво считате, че е необходимо за по-доброто Ви обучение в магистърската програма по здравен мениджмънт?

- 1) дискусия на казуси от реалната практика
- 2) личен контакт с преподавателя
- 3) сформирание на групи за работа в екип на студентите от курса при решаване на поставени задачи
- 4) участие в проекти по време на обучението
- 5) друго

34. Смятате ли, че имате достатъчно възможности за участие в изследователски проекти, самостоятелно или заедно със своите преподаватели ?

- 1) Да
- 2) По-скоро да
- 3) Не
- 4) По-скоро не
- 5) Не мога да преценя

35. Достатъчна ли Ви е литературата в библиотеката на МУ-София?

- 1) Да
- 2) По-скоро да
- 3) Не
- 4) По-скоро не
- 5) Не мога да преценя

36. Имате ли достатъчно свободен достъп до Интернет?
- 1) Да
 - 2) По-скоро да
 - 3) Не
 - 4) По-скоро не
 - 5) Не мога да преценя
37. Смятате ли че си струва придобиването на докторска степен във ФОЗ на МУ-София?
- 1) Да
 - 2) По-скоро да
 - 3) Не
 - 4) По-скоро не
 - 5) Не мога да преценя
38. Как бихте оценили преподавателите си по отношение на познаване на новостите в научната им област ? оградете!
- | | | | | | | | | | | |
|-----------|-----|-----|-----------|-----|---|---|-----------|---|---|---|
| - 5 | - 4 | - 3 | - 2 | - 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| негативно | | | неутрално | | | | позитивно | | | |
- Разликите при различните преподаватели са толкова големи, че е невъзможно да се отговори
39. Каква е ролята на научните доказателства при вземане на решения в мениджърската практика ?
- 1) Значителна
 - 2) Незначителна
 - 3) Не мога да преценя
40. Моля, отбележете Вашето мнение за степента на влияние на всеки един от шестте основни фактора на базисните мениджърски компетенции за реализирането на успешна кариера като здравен мениджър (1 = Много силно влияние; 2 = Силно влияние; 3 = Неутрален; 4 = Слабо влияние; 5 = Много слабо влияние)

№	Фактори	1	2	3	4	5
1	Управление на времето					
2	Управление на целите					
3	Комуникация и организационно поведение					
4	Базисни мениджърски умения					
5	Развитие на ефективен екип					
6	Управление на проекти и реализиране на приоритети					

41. Моля, отбележете Вашето мнение относно степента на значимост на всяка една от шестте групи лидерски компетентности в сферата на здравеопазването необходими при оптимизиране на професионалната подготовка на здравните мениджъри (1 = Много значим; 2 = Значим ; 3 = Неутрален; 4 = Малко значим; 5 = Незначим)

№	Фактори	1	2	3	4	5
1	Самоусъвършенстване и развитие на личностни качества и умения					
2	Лична организационна ефективност					
3	Лидерство на другите					
4	Стил на лидерско действие					
5	Лидерство на постиженията и на промяната					
6	Постигане на резултати					

42. Доволни ли сте от действащия в момента модел на функциониране на здравната система в България?

- 1) Да
- 2) Не
- 3) Не мога да преценя

43. Кои са според Вас слабостите на здравната система в България?

.....
.....
.....
.....

44. Според Вас ще настъпят ли промени в здравното обслужване, ако се демонополизира здравната система в България?

- 1) Да
- 2) Не
- 3) Не мога да преценя

45. Ако отговора Ви е „Да” то в кои направления (области) считате, че ще са промените:

- 1) Достъпа до медицинската помощ
- 2) Качеството на здравното обслужване
- 3) Финансирането на здравната система
- 4) Координацията между различните нива в здравната система
- 5) Лоялна конкуренция между лечебните заведения
- 6) Решаване на проблема със здравнонеосигурените лица
- 7) Друго

.....

ПРИЛОЖЕНИЕ 2. Анкетна карта за здравни мениджъри

АНКЕТНА КАРТА

Уважаеми здравни мениджъри,

Изготвената от нас анкета има за цел да изследва мнението Ви относно необходимостта от внедряване на професионален мениджмънт в управлението на здравната система, мотивацията за професионална реализация, значимите лидерски компетентности в сферата на здравеопазването и удовлетвореността от работата.

Моля отговорете на въпросите като оградите избрания от Вас отговор.

Анкетата е анонимна.

Благодарим Ви за отзивчивостта!

1. Вашият пол ?

- 1) Мъж
- 2) Жена

2. От коя възрастова група сте ?

- 1) до 30 години
- 2) от 31 до 40 години
- 3) от 41 до 50 години
- 4) от 51 до 60 години
- 5) от 61 до 70 години
- 6) над 70 години

3. Местоживееене:

- 1) село
- 2) град
- 3) столица

4. Вашето образование:

- 1) Медицинско
- 2) Друго (посочете какво)

5. Имате ли медицинска специалност:
- 1) Да (посочете каква).....
 - 2) Не
6. Настоящата Ви длъжност е (посочете каква):
- 1) В здравеопазването
 - 2) В друг сектор.....
7. Завършили ли сте квалификационни курсове в областта на здравния мениджмънт?
- 1) Да
 - 2) Не
8. Имате ли магистърска степен по здравен мениджмънт?
- 1) Да
 - 2) Не
 - 3) В момента съм студент
9. Ако отговора на въпрос 8 е „Да”, моля отговорете на следното твърдение: Магистратурата по Обществено здраве и здравен мениджмънт е фактор за професионална Ви реализация:
- 1) Да, напълно съм съгласен
 - 2) Да, донякъде съм съгласен
 - 3) Напълно несъгласен
 - 4) Не мога да отговоря
10. Мотивирани ли сте за професионална реализация в сферата на управлението в системата на здравеопазване?
- 1) Да, напълно съм мотивиран
 - 2) Да, донякъде съм мотивиран
 - 3) Не съм мотивиран
 - 4) Не мога да отговоря

11. Според вас в каква степен е внедрен професионален мениджмънт в управлението на здравната система?
- 1) В голяма степен
 - 2) В известна степен
 - 3) Изобщо не е внедрен
 - 4) Не мога да отговоря
12. Според Вас какъв задължителен образователен ценз е нужен за заемане на длъжност болничен директор (възможни до два отговора)?
- 1) Медицина с призната специалност
 - 2) Магистратура по здравен мениджмънт
 - 3) Медицина плюс магистратура по здравен мениджмънт
 - 4) Сестринство плюс магистратура по здравен мениджмънт
 - 5) Икономика или право плюс квалификационен курс по здравен мениджмънт
 - 6) Икономика или право плюс магистратура по здравен мениджмънт
 - 7) Други
13. В коя област на здравния мениджмънт Вие изпитвате нужда от допълнителни по-специални познания и умения (може до три отговора)?
- 1) Обща принципи на мениджмънта
 - 2) Здравна политика
 - 3) Стратегически мениджмънт
 - 4) Мениджмънт на промяната
 - 5) Мениджмънт на времето
 - 6) Мениджмънт на финансовите ресурси
 - 7) Мениджмънт на човешките ресурси
 - 8) Статистически методи и информатика
 - 9) Маркетингови подходи
 - 10) Мениджмънт на качеството
 - 11) Други

14. Каква е ролята на научните доказателства при вземане на решения в мениджърската практика?
- 1) Значителна
 - 2) Незначителна
 - 3) Не мога да преценя
15. Понастоящем каква е според Вас компетентността по здравен мениджмънт на лицата, изпълняващи управленски функции в здравеопазването?
- 1) Висока
 - 2) Средна
 - 3) Ниска
 - 4) Липсва
16. Как оценявате квалификацията в областта на здравния мениджмънт на административния персонал във Вашата месторабота?
- 1) Висока
 - 2) По-скоро висока
 - 3) По-скоро ниска
 - 4) Ниска
17. Има ли Вашият пряк ръководител качества на лидер?
- 1) Да
 - 2) По-скоро да
 - 3) По-скоро не
 - 4) Не
18. Какви конкретни предложения имате за създаване условия за стабилна и ефективна професионална кариера на здравния мениджър ? (дайте до три предложения)
-
-
-
-

19. Моля, отбележете Вашето мнение за степента на влияние на всеки един от шестте основни фактора на базисните мениджърски компетенции за реализирането на успешна кариера като здравен мениджър (1 = Много силно влияние; 2 = Силно влияние; 3 = Неутрален; 4 = Слабо влияние; 5 = Много слабо влияние)

№	Фактори	1	2	3	4	5
1	Управление на времето					
2	Управление на целите					
3	Комуникация и организационно поведение					
4	Базисни мениджърски умения					
5	Развитие на ефективен екип					
6	Управление на проекти и реализиране на приоритети					

20. Моля, отбележете Вашето мнение относно степента на значимост на всяка една от шестте групи лидерски компетентности в сферата на здравеопазването необходими при оптимизиране на професионалната подготовка на здравните мениджъри (1 = Много значим; 2 = Значим ; 3 = Неутрален; 4 = Малко значим; 5 = Незначим)

№	Фактори	1	2	3	4	5
1	Самоусъвършенстване и развитие на личностни качества и умения					
2	Лична организационна ефективност					
3	Лидерство на другите					
4	Стил на лидерско действие					
5	Лидерство на постиженията и на промяната					
6	Постигане на резултати					

21. Моля, отбележете за всеки фактор степента на влиянието му относно удовлетвореността Ви от работата (1 = Напълно влияе; 2 = По-скоро влияе; 3 = Неутрален; 4 = По-скоро не влияе; 5 = Напълно не влияе)

№	Фактори-мотиватори	1	2	3	4	5
1	Възможност за повишаване на квалификацията					
2	Възможност за развитие и израстване в кариерата					
3	Професионална свобода и възможност за инициатива в процеса на работа					
4	Доход, който осигурява добър стандарт на живот					
5	Взаимоотношения и възможност за обратна връзка с прекия ръководител					
6	Справедливост на възнаграждението					
7	Сигурност на работното място					
8	Социални придобивки					
9	Социална среда (отношения с колеги, климат в екипа)					
10	Предизвикателна и интересна работа					
11	Възможност за участие в управленския процес и вземането на решения в здравното заведение					
12	Признание за личните качества и способности от прекия ръководител					
13	Признание, получено от колегите в екипа					
14	Морално удовлетворение от добре свършената работа					
15	Условия на труд (физически условия за работа – оборудване по европейски стандарт, безопасни условия на труд, достатъчност на консумативи и обновена материална база)					
16	Организация на труда (организация на работния процес в структурата, в която работите).					
17	Професионален мениджмънт от страна на ръководството					

22. Моля, отбележете Вашето мнение относно степента на значимост на всяко умение, което трябва да притежава човек на Вашата позиция, за да се справя максимално добре с работата си като ръководител? (1 = Много значимо; 2 = Значимо ; 3 = Неутрално; 4 = Малко значимо; 5 = Незначимо)

№	Умения	1	2	3	4	5
1	Работа в екип					
2	Самодисциплина					
3	Планиране и организиране					
4	Увереност					
5	Обективност и безпристрастност					
6	Определяне на цели					
7	Гъвкавост					
8	Лидерство, убеждаване и оказване на влияние					
9	Анализ на данни					
10	Инициативност					
11	Умения за комуникация					
12	Показване на съпричастност					
13	Поемане на отговорност					
14	Прецизност, внимание към детайлите					
15	Продуктивност и действеност					
16	Умения за сътрудничество и подпомагане					
17	Използване на технологии					
18	Умения за преговаряне					
19	Писмена комуникация					
20	Осмисляне					
21	Други					

23. Доволни ли сте от действащия в момента модел на функциониране на здравната система в България?

- 1) Да
- 2) Не
- 3) Не мога да преценя

24. Кои са според Вас слабостите на здравната система в България?

.....

.....

.....

.....

.....

25. Според Вас ще настъпят ли промени в здравното обслужване, ако се демонополизира здравната система в България?

- 1) Да
- 2) Не
- 3) Не мога да преценя

26. Ако отговора Ви е „Да” то в кои направления (области) считате, че ще са промените?

- 1) Достъпа до медицинската помощ
- 2) Качеството на здравното обслужване
- 3) Финансирането на здравната система
- 4) Координацията между различните нива в здравната система
- 5) Лоялна конкуренция между лечебните заведения
- 6) Решаване на проблема със здравнонеосигурените лица
- 7) Друго

.....