

# 12

## ПЛАНИРАНЕ И УПРАВЛЕНИЕ НА ЗДРАВНИ СИСТЕМИ

### ВЪВЕДЕНИЕ

Здравеопазната система е скъп комплекс от услуги, осъществявани от огромна верига от професионален и поддържащ персонал, съставляваща един от най-големите работодатели на жива сила във всяка страна. Услугите все повече се предоставят от организирани групи изпълнители в условия на икономически ограничения, изискващи резултатност в използването на ресурсите. Това, как функционират организациите, е от огромна важност не само за тяхното икономическо оцеляване, но така също и за благополучието на клиентите и изпълнителите на здравни грижи.

Понятието организация означава двама души или повече хора, работещи заедно за постигането на обща цел. Управлението е процес на определяне на целите и осигуряване на резултатно използване на организацията с оглед постигането на тези цели. Дори малките групи от хора в организациите изискват управление. Управлението на човешките ресурси е жизненоважно за успеха на организацията, независимо дали става дума за производство или за сферата на услугите. Здравните системи могат да съдържат от една единствена организационна структура до мрежа от много организации. Без значение как се финансират или действат, те изискват управление.

Управлението на здравеопазването има много да се учи от управлението в другите отрасли. Даже ако предоставянето на здравните услуги е организирано като предприятие с идеална цел, теориите и практиката на управлението, прилагани в ориентирания към печалба бизнес могат да бъдат приложени. Лекарите, медицинските сестри и другите здравни професионалисти е много вероятно да бъдат включени в управлението на част от здравната система, независимо дали става дума за болнично отделение, система за управлявани грижи, клиника или дори малък екип за предоставяне на здравни грижи. За каквото и ниво да се отнася, управлението означава работа с хората, използвайки ресурсите, предоставяйки услугите и работейки в посока постигането на предварително поставените цели.

Изпълнителите на здравни услуги се нуждаят от предварителна подготовка по теория и практика на управлението. Те се нуждаят от профилиране в областта на управлението, което се налага от по-широкото им участие в клиничните решения и тяхната роля в подпомагането на здравната система за постигането на предварително зададените цели. Студентите и практикуващите в областта на общественото здравеопазване се нуждаят от подготовка, за да осъзнаят, че здравната система е по-сложна от непосредственото извършване на индивидуални услуги. Подобно на това, политиците и мениджърите трябва да бъдат запознати със здравните нужди на индивида, и на населението като цяло, и с предоставяните в отговор на тези нужди здравни услуги.

## ЗДРАВНА ПОЛИТИКА И ПЛАНИРАНЕ КАТО КОНТЕКСТ

Здравеопазването се е развило от индивидуални услуги до сложни системи, организирани като част от финансови планове главно под егидата на правителството. Като правителствен приоритет, здравеопазването може да бъде повлияно от политическа идеология, понякога отразявайки обществените нагласи в решенията на партията, която е на власт, а понякога в противоречие с нейната обща социална политика. Следвайки модела на Бисмарк от 1881 г. за национално здравно осигуряване на работниците и техните семейства, заплащано съвместно от работниците и работодателите, повечето страни от индустриалния свят представят национални здравни планове. Обикновено това става по инициатива на социалистите или либералите, когато те са носители на политическата власт, но консервативните партии запазват вече инициирани национални здравни програми. Въпреки новия консерватизъм от 1990 г. с неговата идеология за превъзходство на силите на пазара, нарастващата роля на националните, щатските и местните власти в здравеопазването доведоха до доминиращата роля на правителството във финансирането и цялостната отговорност във връзка с предоставянето на здравни грижи.

Здравната политика е създадена, за да посрещне националните, щатските, местните или институционалните нужди. Те са определени професионално или политически посредством конституционни, правни и финансови ограничения. Изборът за посоката, в която да се развие организацията на здравни услуги обикновено е основан върху съвкупност от фактори, включващи политическия поглед на правителството, общественото мнение и относителната оценка на нуждите, определени чрез епидемиологични данни, анализ "разход-полза" и препоръки на експертите. Лобирането върху част от професионалните или свързани с определени интереси групи е част от процеса на формулиране на политиката и има важна роля в планирането и управлението на системите за здравни грижи. Винаги са налице интереси, които се конкурират за ограничени ресурси, някои в сферата на здравеопазването, а други извън тази сфера. Политическото равнище се включва в здравния мениджмънт при определяне мястото на здравните грижи като процент от общите бюджетни, правителствени разходи и в разпределението на фондове между конкуриращи се приоритети в здравния сектор. Политическият ангажимент трябва да бъде съпроводен от адекватни на обхвата на задачата ресурси. По такъв начин здравната политика е отчасти определена от обществото и не е изключително право на правителството, изпълнителите на здравни грижи, нито на някоя самостоятелна институция.

Като резултат от продължителните усилия на обединения, и политически или защитни групи, повечето страни с добре развити пазарни икономики са започнали да приемат здравеопазването като национално задължение. Въз основа на добре организираното общество те са въвели общодостъпни здравеопазни системи. Веднъж започнало, отпускането на ресурсите за здравеопазване е високо, с респективно високи заплати за здравните професионалисти. В тези страни разходите за здравеопазване съставляват между 7 и 14 % от brutния национален продукт. Някои индустриални държави, особено онези от бившия Съветски блок, с липсващи механизми за защита, включвайки потребителско и професионално мнение, имат склонност да виждат здравеопазването като политическа цел за социални ползи, но също така като "непродуктивен" консуматор на ресурси вместо производител на ново благосъстояние. Като резултат, бюджетните и общите разходи, като процент от brutния национален продукт за здравео-

пазване, са по-ниски от тези в други индустриални държави. Заплатите на здравния персонал са ниски в сравнение с тези на индустриалните работници от т.нар. "производителни сектори". Освен това, индустриалната политика не подкрепяше модерните индустрии, свързани със здравеопазване в сравнение с военните или тежкоиндустриалните сектори. Обикновено, такива страни отпускат между 3 и 5 % от техния брутен национален продукт за здравеопазване. Повечето развиващи се страни изразходват под 4 % от brutния национален продукт за здравеопазване.

Финансирането на здравните грижи и разпределението на ресурсите изисква баланс между първичното, вторичното и третичното ниво на грижи. Икономическата оценка, мониторирането и оценяването на здравната служба са част от определянето на здравните нужди на населението. Регулиращите агенции са отговорни за определянето на целите, приоритетите и обектите за резултатни услуги. Целите и методите за постигането им помагат да се определи базата за изпълнение и оценяване на стратегиите. Планирането изисква писмени планове, които включват изразяване на визията, мисията, целеви стратегии, методи и координиране по време на изпълнението. Определянето и оценката на отговорностите, ангажиране на ресурсите, както и участниците и партньорите са част от продължителния процес на управление.

Опасността от поемането в "грешна" посока може да бъде сериозна, не само в смисъл на финансова загуба, но и в смисъл на нарастване на заболяемостта и смъртността. Здравната политика често е неточна като наука, също както и медицината. Разликата е, че неподходящата политика може да повлияе живота и благополучието на много голям брой от хора, докато щетите, нанесени от един лекар в резултат на грешка, са по отношение само на отделни индивиди. Може да не съществува един единствен "верен" отговор и да има много спорове през целия път. Здравната политика е повече "изкуство", отколкото по-количествената и привидно точна сфера на здравната икономика.

Здравната политика, планирането и управлението са взаимосвързани и взаимозависими. Всяка поставена цел трябва да бъде съпроводена от планиране на средства за постигането ѝ. Политиката трябва да заявява ценностите, върху които се основава, така както и да определя точно източниците на финансиране, планиране и управленски мерки за нейното изпълнение. Проучването на стойността и ползите от алтернативните форми на здравни грижи помага при вземането на решения както за структурата, така и за съдържанието на здравните услуги. Това може да включва както структурите вътре в една организация, така и сътрудничеството със сходни звена. Методите, избрани за постигане на целта, в последствие се превръщат в приложна здравна политика.

Стратегията на Световната здравна организация "Здраве за всички" беше насочена към политическото ниво и имаше за цел да подпомогне правителствата да осъзнаят ролята на здравеопазването като ключов компонент на цялостното развитие. Вътре в здравеопазването се набляга на първичната помощ като най-ефективна инвестиция за подобряване на здравния статус на населението. През 1993 г. Отчетът за световното развитие на Световната банка възприе стратегията "Здраве за всички" и популяризира виждането, че здравеопазването е важен инвестиционен сектор за общото икономическо и обществено развитие. Обаче икономическите политики, подкрепящи приватизацията и децентрализацията в здравния сектор, могат да подкопаят тази голяма цел.

В Новото обществено здравеопазване, клиничните и профилактичните грижи са част от общественото здравеопазване, защото благополучието на индивида и общността изисква съвместни усилия от всички елементи на здравния спектър. Определя-

нето и постигането на националните здравни цели изисква планиране, управление и координиране на всички нива.

## ЕЛЕМЕНТИ НА ОРГАНИЗАЦИИТЕ

Учението за организациите се е развило от социологията, но се е превърнало в мултидисциплинарна дейност, включваща много други сфери като икономика, антропология, политически и инженерни науки. Организациите, без значение дали се намират в публичния или в частния сектор, съществуват във външна среда и използват своята собствена структура, участници и технология, за да постигнат своите цели. Те трябва да се адаптират във физическата, социалната, културната и икономическата околна среда.

Организациите, участващи в здравеопазването, свързват предоставящите здравни услуги и потребителите с цел по-доброто здраве на индивида и общността. Технологиите за това включва законодателство, регулация, професионализъм, инструменти, медикаменти, ваксини, образование и други фактори на интервенция за профилактика и лечение. Социалната структура на една организация може да бъде "формална" (или структурна устойчивост), "натурална" (или групирайки се съобразно общите интереси като обществено базирана организация) или "отворена" (или свободно събрани, взаимодействащи си системи, приспособяващи се за постигане на целите, използвайки материалите, енергията и информацията).

Формалните системи са преднамерено структурирани за целите на организацията. Натуралните системи са по-малко формални структури, където участниците работят заедно в дух на сътрудничество за постигане на общите цели, определени от организацията. Отворените системи свързват елементите на организацията до обединения от партньори във външната среда, за да бъдат постигнати взаимно желаните цели. Социалната структура на организацията включва ценности, норми и роли, управляващи поведението на участниците.

Правителството, бизнесът или обслужващите организации, включително здравните системи, изискват организационни структури, за да функционират. Организационната структура трябва да бъде скроена според размера и сложността на същността и целите, които желае да постигне. Структурата на организацията е начинът, по който тя разделя трудовите ресурси между отделните задачи и ги координира. Главните организационни модели, които не са взаимноизключващи се и в действителност биха могли да се допълват, са пирамидалните (бюрократичните) и мрежови структури. Бюрократичният модел се основава върху йерархична верига от нареждания с ясно определени роли. Противоположно на това, матричната или мрежова организация събира на едно място професионалисти или технически лица, за да работят върху специфични програми, проекти или задачи.

## НАУЧНО УПРАВЛЕНИЕ

Някои от концепциите на класическите организационни теории помагат да се постави база за модерни управленски идеи, които могат да се приложат в здравния сектор. Научният мениджмънт е въведен за първи път от Фредерик Уинслоу Тейлър (1856- 1915 г.).

Неговата работа е прагматична и основана на експериментално инженерство, развивано в наблюдателни проучвания, провеждани с цел повишаване ефективността на труда. Тейлъровите индустриално-инженерни учения за *Научно Управление* са основани върху концепцията, че най-добрият начин да бъде подобрена продуктивността на работниците е чрез разработване на подобрени техники и методи, които да се използват от работниците. Тази теория вижда работниците като инструменти, които трябва да бъдат манипулирани от мениджърите и приема, че резултатните, рационално планирани методи биха довели до по-добри индустриални резултати и индустриален мир, тъй като задачите на мениджърите и работниците биха били по-добре дефинирани.

Изследванията на време и движение анализират работните задачи, за да търсят по-резултатни методи. Мотивацията на работниците се разглежда във връзка със заплащането чрез свързване на работата с личния икономически интерес за максимизиране на производителността. Тейлър търси начини да подобри производителността на всеки работник и да направи управлението по-научно, за да увеличи заплатите на работодателите и работниците. Той открива, че работникът е по-резултатен и производителен, ако е ориентиран към целите, отколкото когато е ориентиран към задачите. Този подход доминира в организационната теория през първите десетилетия на XX-ти век.

Спротивата срещу Тейлъровите идеи идва както от страна на управлението, така и от страна на труда, първо, защото изглежда се намесва в изключителните права на мениджъра и второ, защото се очаква от работника да функционира с максимум резултатност през цялото време. Независимо от това, Тейлъровите идеи имат продължително влияние върху теорията за работата и организациите.

## БЮРОКРАТИЧНИ ПИРАМИДАЛНИ ОРГАНИЗАЦИИ

Традиционната пирамидална бюрократична организация, съществуваща от зората на човешкото общество, е анализирана от социолога Макс Вебер между 1904 и 1924 г. Тази форма на организация се вижда обикновено във военните и гражданските услуги, но също така в широкомащабната индустрия, където дисциплината, подчинението и лоялността към организацията са изискуеми и индивидуалността е сведена до минимум. Лидерството е приписвано на по-високата власт и се предполага, че трябва да притежава повече знание от членовете по-долу в организацията. Тази форма на организация е ефективна когато външната и вътрешната среда, технологията и функциите са сравнително добре определени, протичат по установен ред и са устойчиви.

Пирамидалната система (фигура 12.1) има за връх политиката и функциите на изпълнителната власт, за средно ниво - управленския и поддържащия персонал и за основа - хората, които произвеждат продукта на организацията. Потокът от информация е главно на най-горното ниво, където се вземат решения за детайлното изпълнение на задълженията на всички равнища. Създаването на допълнителни информационни системи, които да предоставят съществени данни за подпомагане на персонала от ниското и средното ниво на управление обикновено не намира подкрепа, защото това може да доведе до въвеждането на децентрализирано, вместо централизираното управление. Даже този тип организации все повече наблягат върху лоялността на малките групи, инициативността на ръководството и самоувереността.

Бюрократичната организация има следните характеристики:

1. Точно определено разделение на труда с ясна юрисдикция и основано на назначения, които са обект на промяна от ръководителя.
2. Налице е йерархия на офисите, като всеки по-ниско стоящ офис се контролира и надзирава от по-висш такъв.
3. Документирани и устойчиво-установени правила ръководят решенията и действията.
4. Собствеността и правата принадлежат на офиса, а не на ползвателя му.
5. Чиновниците са избирани на базата на квалификацията им, а заплатите и другите придобивки се основават върху техническите им умения.
6. Работата се предоставя на чиновниците след първоначален изпитателен период.



ФИГУРА 12.1

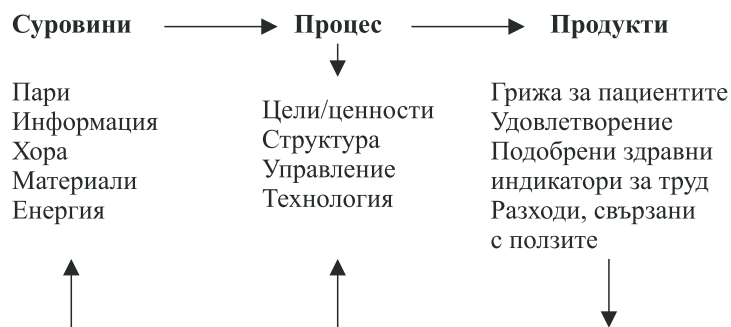
Пирамидална структура на организациите

Бюрократичната система, основаваща се върху формалната рационалност, структура и дисциплина е широко използвана в производството, сферата на услугите и правителствените агенции.

## ОРГАНИЗАЦИИТЕ КАТО ЕНЕРГИЙНИ СИСТЕМИ

Здравеопазните системи, както и другите организации, са динамични, изискващи продължително управление, настройки и системен контрол. Продължителното наблюдение и обратната връзка, оценяването и промяната помагат за посрещане нуждите на индивида и общността, за да се направят административни или образователни промени, които да запазят движението към определените цели. Моделът суровина-процес-продукт (фигура 12.2) зависи от системите за обратна връзка. Той използва суровини, които се преработват, за да бъдат произведени продукти. Суровини са парите, персоналът, информацията и запасите. Процес е сборът от всички предприети действия за достигане на набелязаните резултати. Продукт от производство или резултат е продукт-

тът, неговият маркетинг и печалба. В сектор за услуги, какъвто е здравеопазването, продуктът или въздействието могат да бъдат измерени посредством намалената заболяемост или смъртност, подобреното здраве или броят на успешно лекуваните и доволни пациенти. Системата на управление предоставя ресурсите и организира процеса като чрез това се надява да постигне установените цели.



ФИГУРА 12.2

Организациите като енергийни системи.

Изпълнението на програмата изисква системна обратна връзка, за да работи процесът ефективно. Когато целите са установени и стратегията е определена, ресурсите, без значение дали са нови или вече съществуващи, се поставят в услуга на новата програма. След това управлението е отговорно да използва ресурсите по най-добрия начин, за да постигне поставените цели. Резултатите са параметрите на производство, които се оценяват и се връщат под формата на обратна връзка до нивата на входа и процеса.

Здравните системи имат много подсистеми, всяка със своя организация, ръководство, цели, обекти и вътрешни информационни системи. Подсистемите имат нужда да общуват вътре в себе си, със сходни организации и с макро (здравеопазната) система. Лидерският стил заема централно място в този процес. Хирургът е лидер в операционния екип, но той или тя е зависим от подкрепата и мнението на другите ключови фигури в екипа, като анестезиолога, операционната сестра и другия поддържащ персонал, като патолога, радиолога и завеждащия лаборатория, всеки от които ръководи свой собствен екип. Болничният директор не може да функционира без да прилага във висока степен децентрализация на отговорността и творчески екипен подход към развитие качеството на уменията.

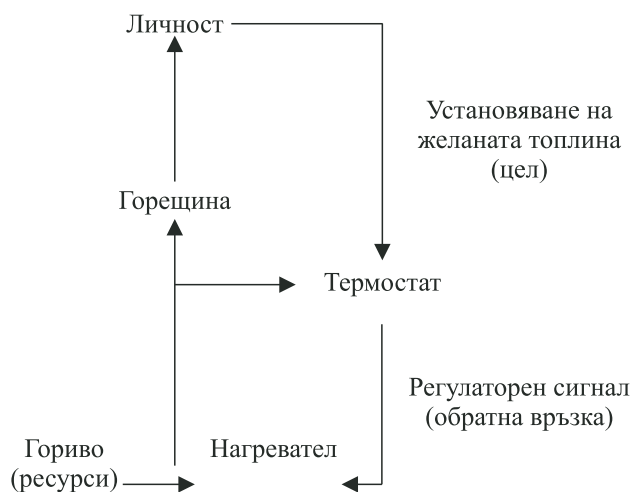
Управлението на здравните системи включва анализ на политиката на обслужване, бюджета, вземането на решения в политиката, така както и оперирането, регулирането, наблюдението, снабдяването, поддръжката, етичните стандарти и законодателството. Формулирането на политиката включва набор от решения, взети в процеса на работа по постигането на предварително определените цели в здравеопазването.

## КИБЕРНЕТИКА И УПРАВЛЕНИЕ

Кибернетиката, развита от Норберт Винер, се отнася до системи или организации, които са зависими една от друга, за да функционират и чиято взаимозависимост изисква гъвкавост на отговора. Кибернетиката е спечелила голямо доверие в инженер-



ните науки в началото на 50-те години на XX-ти век и системите за обратна връзка са станали част от стандартната практика на всички модерни управленски системи. Нейни по-късни трансформации се появяват в обслужващите оперативни системи като информация за управлението. Приложението на тази концепция е навлязло постепенно и в сферата на здравните грижи. Бързият напредък на компютърните технологии, чрез който персоналните компютри имат достъп до системите за Интернет и огромни масиви от данни, ще засили този процес. В механичните системи, поведението е съдържано и ограничено; в органичните системи съществува по-голямо взаимодействие между частите на системата. Примерът, посочен на фигура 12.3, е използването на термостат за контролиране на температурата и функционирането на един нагревател според условията в стаята. Това се описва още като система за обратна връзка.



**ФИГУРА 12.3**

Кибернетична организация, контролирана чрез обратна връзка.

Кибернетиката открива нови перспективи за използването на здравна информация при управление на процесите в здравеопазните системи. Базата данни за всяка здравна област би позволила оценка на текущите епидемиологични модели с помощта на подходящи сравнения със съседни области или регионални, щатски или национални модели.

Данните се нуждаят да бъдат преработени на щатско или национално ниво в сравними форми поради голямото разнообразие на индикаторите за здравно състояние. Освен това, данните трябва да бъдат подготвени в on-line вариант за местните области във формата на текущи здравни файлове: по такъв начин, данните могат да бъдат събрани и разпространени, за да посрещнат управленските нужди и могат да бъдат използвани, за да бъдат създадени реални цели и да се измери степента на посрещането на тези потребности. Географската информационна система може да покаже високи стойности на заболяемост в даден регион, които се дължат на рисковите фактори на местното население и това да се превърне в основа за интервенционна програма.

В сферата на здравеопазването, развитието на отчитащи системи за специфични болести или категории, се възпрепятства от липсата на интегрирани системи и географски, съобщителен подход. Новите компютърни технологии и Интернет трябва да



бъдат използвани за преработка на системите от данни в реално време и с по-лесен за потребителя начин. Това ще даде възможност на местните здравни власти и на извършващите здравни услуги да отговорят на актуалните здравни проблеми на подопечните им общности.

## ЦЕЛЕВО ОРИЕНТИРАНО УПРАВЛЕНИЕ

Управлението на ресурсите за постигането на производителност и измерим успех се съпровожда от развитието на системи, организиращи хора за постигане на решения на проблемите или за нововъведения в посока на определените цели.

### ИЗСЛЕДВАНЕ НАЧИНИТЕ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ

Изследването на начините за изпълнение е концепция, развита от британските учени и военния персонал, за търсене на решения на специфични проблеми при воюването през Първата и Втората Световни войни. Подходът е основан върху развитието на мултидисциплинарни екипи от учени и персонал. Развитието на "Комисията за откриване на вражески подводници" (КОВП), за откриване на подводници през Първата световна война, характеризира и поставя началото на тази форма на изследване. Общозвестната история за камилата превърнала се в кон, създадена от комисията е забавна, но такава организация работи. Известният Манхатънски проект, с който Съединените щати събраха един мощен екип за изследвания и развитие създаде атомната бомба, е най-добър пример.

Екипно- и целево ориентирана работа довежда до драматични ефекти в разрешаването на проблеми под огромно напрежение, характерно за военно време, а също така повлиява следвоенните подходи за развитие на потребностите в приложната наука, в области като развитие на космонавтиката и компютърните индустрии. Компютърните индустрии за хардуер и софтуер се характеризират с нововъведения изобретени от неформални работни групи с високо ниво на лична компетенция, самоконтрол в групите и ангажимент за решаване на проблемите. Това е начинът, по който Макинтош и Майкрософт надминаха "комплектите" на IBM по отношение на иновации и въвеждане на персоналния компютър. Подобни стартови групи разработиха Интернет и много от продуктите на Калифорнийската Силиконова долина и нейни подобия в много части на страната и по света.

В сферата на здравеопазването, нововъведение в организацията разви предплатена групово практика, която се превърна в здраве поддържаща организация (ЗПО), а по-късно организация за управлявани грижи, сега доминантен фактор в доставката на здравни грижи в Съединените щати. Други примери могат да бъдат намерени в мултидисциплинарните екипи за изследване, работещи върху ваксините или фармацевтичните изследвания и във все по-мултидисциплинарното функциониране на болничните отделения и особено много взаимнозависимите екипи за интензивни или домашни грижи.

### УПРАВЛЕНИЕ ПОСРЕДСТВОМ ЦЕЛИ

Бизнесконцепцията на управлението чрез цели (УЧЦ) е била въведена през 60-те год. на XX-ти век и е станала обща тема в здравния мениджмънт. УЧЦ е процес, в който мениджърите на предприятията съвместно идентифицират целите, определят инди-

видуалните области на отговорност с оглед на очакваните резултати и използват тези мерки като пътеводители при дейността на звеното и оценяване на приноса на неговите членове. Общите цели и след това целите на отделните звена трябва да бъдат установени, също както и организационната структура, за да се подпомогне постигането на тези цели. Целите могат да бъдат определени с оглед на крайните резултати, такива като специфичните цели за честотата на детската и майчина смъртност. Те могат също така да бъдат определени в смисъл на интервенции, като например достигането на 95 % обхващане с имунизации, осигуряване на пренатални грижи или скрининг за изследване на гърдата и мамография. Постиженията се измерват с оглед на важността, резултатността, въздействието и ефективността.

Подходът за УЧЦ беше обект на критика в средите на бизнес-управлението поради това, че набляга на механичната употреба на количествените мерки на резултата и защото игнорира въпроса за качеството. Този подход е имал голямо влияние върху приемането на "Здраве за всички" от Световната здравна организация и върху здравните цели на Американското министерство на здравето и услугите през 1979 г., здравни цели за 2000-та година. Определянето на болестите като цели за изкореняване може да допринесе за изграждането на институции, чрез развитие на опита и техническата компетентност, за разширяване на организационния капацитет. От друга страна, категориите програми могат да отклонят развитието на по-всеобхватни подходи. Подходящият баланс между изчерпателните и категориите подходи изисква много умело управление.

## УПРАВЛЕНИЕ НА ЧОВЕШКИТЕ ОТНОШЕНИЯ

Управлението е координиране и обединение на организационните ресурси, включващи хора, пари, материали, време и пространство. Целта е постигането на задачите колкото е възможно по-ефективно и по-ефикасно. Поради това, че работниците са ключът към постигането на целите, независимо дали става дума за производство на стоки и ползи или за ефективната доставка на услуги, управлението работи с човешката мотивация и поведение. Знанията и мотивацията на отделния клиент и на общността са също съществени за постигането на добро здраве, затова управлението трябва да има предвид познанията, нагласите, вярванията и навиците на потребителя поне толкова, колкото на хората, работещи в системата или даже повече.

Управлението, както и медицината, е наука, но и изкуство. Приложението на научните познания и технологии в медицината включват и двете: и теория и практика. Подобно на това, управленската практика чертае организационна теория, която, на свой ред, очертава поведенческите и социални науки, и количествените методологии. Социологията, психологията, антропологията, политическите науки, историята и етиката допринасят за разбирането на психосоциалните системи, мотивацията, състоянието, груповата динамика, въздействието, силата, властта и лидерството. Количествените методи, включващи статистика, епидемиология, методи за измерване и икономика, са също основни за развитието на системните концепции. Сравнителният, институционален анализ помага за развитието на принципите на организацията и управлението, докато философията, етиката и правото са част от разбирането на индивидуалните и груповите ценностни системи.

Организационната теория е сравнително нова дисциплина. Превеждането на организационната теория в управленската практика изисква познания, планиране, орга-

низация, събиране на ресурсите, мотивация и контрол. Здравните организации са станали по-сложни и скъпи във времето, особено в техния сбор от специализации в науката, технологията и професионалното обслужване. Организацията и управлението са особено решаващи за успешното приложение на принципите на Новото обществено здравеопазване, тъй като то включва обединяване на традиционно разделените здравни услуги. Делегирането на отговорности в здравните системи, като например звената за интензивни грижи, е основно за техния успех в грижите за пациента с поемането на по-голяма отговорност от страна на медицинските сестри, за управлението на грижите за сериозно болните пациенти с проблеми в много от жизнените системи.

### ХОТОРНСКИЯТ ЕФЕКТ

Елтън Мейо от Харвардското бизнес училище е провел серия от наблюдателни изследвания в Хоторн, Илинойския завод на Западната електрическа компания между 1927 г. и 1932 г. Мейо и неговите колеги индустриални инженери и психолози, имат голям принос в развитието на управленската теория. Мейо започва с индустриално-инженерни проучвания на ефекта от увеличено осветление върху производството в една поточна линия. Това е било последвано от други подобрения в работните условия, включващи намалена продължителност на работния ден, по-дълги периоди за почивка, по-добро осветление, цветни схеми, музика за фон и други фактори във физическата околна среда. Тези проучвания показват, че производството нараства с всяка от тези промени и подобрения. Обаче изследователите са открили, за тяхна изненада, че производството продължава да нараства и когато подобренията са преустановени. Освен това, в контролната група, където условията са останали същите, производителността също е нараснала през периода на проучването. Това е довело Мейо до заключението, че работниците са подобрили работата си поради чувството, че ръководството се интересува от тях.

Традиционно, индустриалното управление гледа на работниците като на механични компоненти на производствената система. Предишна теория е гласяла, че производителността представлява функция от условията на труд и паричните стимули. Това, което Хоторнският ефект показва е важността на социалните и психологичните фактори за производителността. Формалните и неформалните социални организации сред ръководството и работниците се определят като ключови елементи на производителността, сега наричани индустриален хуманизъм. Изследователските методи, адаптирани от поведенческите науки, спомагат за научните проучвания в индустриалното управление. Традиционните теории на бюрократичния модел на организация и научното управление са модифицирани посредством поведенческите науки. Това доведе до очертаването на системния подход или научния анализ за анализиране на сложните структури или организациите, вземайки предвид взаимозависимите елементи на дейностите, взаимодействията и междуличностните отношения между ръководство и работници.

### ЙЕРАРХИЯ НА ПОТРЕБНОСТИТЕ ПО МАСЛОУ

Йерархията на човешките потребности на Ейбрахам Маслоу представлява важен принос към управленската теория. Маслоу (1908-1970 г.) определя приоритетното подреждане на потребностите, от тези за основно човешко оцеляване, включващи сигур-

ност, подслон, храна и топлина, до тези за социална принадлежност, почит и самозадоволяване. Другите в йерархията включват социализация и самореализация.

Тази концепция е важна от гледна точка на управлението, защото тя идентифицира човешките потребности отвъд тези за физическо и икономическо благополучие, отнасящи се до социалното съдържание на работната среда с потребности за зачитане, удовлетвореност, самопочитане и самозадоволяване. Тя отваря много позитивни области за изследвания в управлението, не само за мотивацията на работниците в производствената и обслужваща сфера, но също така и мотивацията на потребителите. Фигура 12.4 представя йерархията на човешките потребности по Маслоу.



**ФИГУРА 12.4**

Йерархия на потребностите по Маслоу

Йерархията на потребностите по Маслоу е допринесла за започването на дискусия в управлението на потребителите и на работниците. Тя играе важна роля в приложението на социологическата теория към поведението на клиента, така както темата за личния начин на живот и здравето става важна част от общественото здравеопазване и клиничното управление на много състояния, например в намалението на рисковите фактори за сърдечносъдовите заболявания.

## ТЕОРИЯ X - ТЕОРИЯ Y

Теория X - теория Y, развита от клиничния психолог Дъглас Макгрегър през 60-те год. на XX-ти век, разглежда две крайни степени на управленски предположения за човешката природа, които в края на краищата оказват въздействие върху дейностите в организациите. Организации с централизирано вземане на решения, йерархична пирамида и външно контролирани са основани върху някои концепции за човешката природа и мотивация. Теорията на Макгрегър, начертана върху йерархията на потребностите по Маслоу, тръгва от алтернативен комплект от предположения, в които се залага на доверието към повечето хора с капацитет за самоконтрол.

Управлението чрез насочване и контрол (Теория X) приема, че работниците са мързеливи, неамбициозни, нетворчески настроени и мотивирани от основните физиологични потребности или страх (табл. 12.1). Моделът на теория Y представя по-оптимистичен поглед върху човешкия потенциал, приемайки, че ако са правилно мотивирани, хората могат да бъдат самонасочващи се и творчески настроени в работата, и че

ролята на управлението е да развърже този потенциал в работниците. Много други теории за мотивацията и управлението са били развити, за да обяснят човешкото поведение и как да се използват присъщите умения, за да се произвежда по-творческа работна среда, да се намали съпротивата към промените, да се намалят ненужните спорове и в края на краищата да се създаде една по-ефективна организация.

**ТАБЛИЦА 12.1**

Теория X - Теория Y

Теория X	Теория Y
1. Работата е присъщо отвратителна за хората.	1. Работата е толкова естествена, колкото игра в благоприятни условия.
2. Повечето хора са неамбициозни, имат малко желание за отговорност и предпочитат да бъдат насочвани.	2. Самоконтролът е необходим в постигането на целите.
3. Повечето хора имат нисък капацитет за творческото решаване на организационните проблеми.	3. Капацитетът за творчество е широко разпространен сред населението.
4. Мотивацията се появява само на нивата на сигурността.	4. Мотивацията съществува на нивата на физиологичните потребности и социална принадлежност, почитането исамоусвършенстването и на нивата на физиологичните потребности и сигурността.
5. Повечето хора трябва да бъдат контролирани отблизо и често принуждавани да постигат организационните цели.	5. Хората могат да бъдат самонасочващи се и творчески настроени в работата, ако са правилно насърчени.

Вариантите на подхода за човешката мотивация в управлението развиват концепцията по-нататък чрез проучване на индустриалната организация, с цел да се определи какъв ефект имат управленските практики върху индивидуалното поведение и личностното израстване в работната среда. Теорията X приема, че управлението произвежда незрели отговори на част от работниците: пасивност, зависимост, блуждаещи слаби интереси, краткосрочна перспектива, субординация и липса на самосъзнание. Напротив, другият край на незрелостта - спектърът на зрелостта е зрелият работник, с активен подход, независим ум, способен на голямо разнообразие от реакции, по-дълбоки и по-силни интереси, дългосрочна перспектива и високо ниво на съзнание и самоконтрол. Този модел е бил проверяван многократно в различни индустриални условия, показвайки, че даването на възможност на работниците да израстват и да узряват в работата помага за по-пълното задоволяване на основните физиологични потребности и им позволява да използват повече своя потенциал в довеждането до край на организационните цели.

В "Мотивацията за работа" (1959 г.), американският клиничен психолог Фредерик Хърцбърг пише за своята мотивационно хигиенна теория. Той е развил своята теория след обширни изследвания на инженери и счетоводители, проучвайки както той ги нарича хигиенни фактори (например административни, надзорни, парични, осигуряващи сигурността и статуса в работната среда). Неговите мотивационни фактори, за които доказва, че имат по-голям положителен ефект върху удовлетворението от рабо-

тата, включват постижения, признаване на изпълнението, предизвикателна работа и повишават отговорността за личностно и колективно развитие.

Тези теории за човешките ресурси в управлението помагат за промяна на индустриалните подходи за мотивация от "обогатяване на работата" до по-фундаментално и преднамерено надграждане на отговорността, сферата на действие и предизвикателността на работата чрез оставянето на работниците да развиват техни собствени начини за достигане на целите. Даже когато теориите са прилагани в очевидно неизискваща умения работа, като например портиери на завод, работниците се променят от апатични, слабо изпълнителни групи в сплотен, производителен екип, изпитващ гордост от своята работа и външна изява. Този подход дава на членовете на екипа възможност да посрещнат своите потребности за саморазвитие чрез поемането на по-голяма отговорност за решаване на проблеми и това дава резултати в по-малкия брой отсъствия от работа, по-висок морал и по-голяма производителност с подобро качество.

Ренсис Ликърт, който заедно с Макдугъл и Хърцбърг помага за откриването на "Училището за човешки отношения" през 60-те год. на XX-ти век, прилага теорията за човешките ресурси в управленските системи и стилове. Той класифицира своята теория в четири различни системи, както следва:

**Система 1.** Управлението няма увереност или доверие в подчинените и избягва включването им във вземането на решения и установяването на цели, които се правят в посока отгоре надолу. Управлението е ориентирано към задачите, високо структурирано и авторитарно. Страхът, наказанието, заплахите и случайните награди са принципни методи на мотивация. Взаимодействието работник - управление е основано върху страх и недоверие. Неформалните организации вътре в системата се развиват често, което води до пасивна съпротива срещу управлението и те са деструктивни по отношение целите на формалната организация.

**Система 2.** Управлението има снизходително отношение към подчинените, с някаква степен на доверие и увереност. Повечето решения са централизирани, но някаква децентрализация е разрешена. Наградите и наказанията са използвани за мотивация. Неформалните организации стават по-важни в цялостната структура.

**Система 3.** Управлението влага по-голяма степен на доверие и увереност в подчинените, на които се дава по-голяма власт за вземане на решения. Цялостната политика остава централизирана функция.

**Система 4.** Управлението се разглежда като наличие на пълна увереност в подчинените. Вземането на решения е разпръснато и комуникационните потоци са в двете посоки - нагоре и надолу. Икономическите възнаграждения се свързват с достигането на целите и подобряването на методите. Отношенията между управлението и подчинените са приятелски, в дух на екипна работа и висока степен на уважение.

Казусите показват, че смяната от управленска система 1 към система 4, радикално променя изпълнението на работата, намалява производствените разходи, намалява текучеството и повишава морала на персонала. Още повече - работниците и управлението, споделят виждането за качеството на продукта или услугата, а така също и конкурентноспособността и успеха на тяхната индустрия. Здравната индустрия включва високообучени професионалисти и парaprofесионални работници, които функционират като екип с висока степен на сплотеност, зряла зависимост и автономия, както хирургичните и реанимационните екипи.

## МРЕЖОВА ОРГАНИЗАЦИЯ

Мрежата, или ориентираната към задачите работна група, основно е организация на отношенията, вместо на властта. Това е организацията, най-добре пригодена да бъде ефективна за адаптация, когато околната среда е сложна и динамична, когато работната сила е до голяма степен от професионалисти и когато функционирането на технологията и системите непрекъснато се променя. Сложността и технологичната промяна изискват информация, вещина, гъвкавост и иновация, сили, най-добре промотирани в свободната размяна на идеи във взаимностимулираща околна среда.

В мрежовата организация, лидерството може да бъде формално или неформално, определено според конкретната функция, която може да бъде временна, средносрочна или постоянна, за постигане на една определена задача или за развиване на една междусекторна програма. Работният екип е обикновено с краткосрочно специфично предназначение; една работна група за средносрочен проект, като например интегрирани услуги за региона; и комисия за постоянни задачи, като например мониториране на имунизационна програма.

Значителните предимства на тази форма на организация са предизвикателството и подялбата на информация и отговорност, което дава на професионалистите предизвикателства, творчество и удовлетворение от работата чрез предоставянето на възможност да демонстрират своята творческа настройка. Членовете на работната група за изпълнение на конкретна задача могат да докладват поотделно вътре в тяхната собствена пирамидална структура или като група, която работи за постигането на набелязаната цел. Те могат също така да бъдат интердисциплинарни или работна група, или съставена от различни агенции за координиране на дейностите, преглеждане на минала работа или планиране на общи бъдещи действия.

Една работеща мрежова организация може да бъде правителствена кабинетна комисия за координиране на правителствената политика и на работата на различните правителствени отдели или едно обединение от ръководители за координиране на различни услуги. Този подход е широко използван от групи, където интердисциплинарните екипи от професионалисти се сблъскват с необходимостта да координират функциите на отделение в една болница или където мултидисциплинарна група от експерти е създадена със специфична задача с технически характер.

Дейността на мрежовата организация е част от постоянните функции на здравните професионалисти. Неформалната работа в мрежа е ежедневна дейност на лекаря в консултациите с колеги и също така е част от по-формализирани мрежови групи. Болничното отделение до голяма степен трябва да функционира като мрежова организация с различни професионалисти, работещи като екип по-ефективно, отколкото в стриктно авторитарния пирамидален модел. Министерството на здравеопазването се нуждае от развитие на съвместни работни групи с министерството на транспорта, полицията и тези, отговорни за автомобилните стандарти, за да се намерят пътища за намаляване на смъртността и нараняванията в резултат на пътни катастрофи. Ако се започне проект за изкореняване на морбили, е необходимо създаването на мултидисциплинарен и мултиорганизационен екип или мрежа, за да планира и осъществи комплекса от задачи, необходими за постигане на целта (фигура 12.5).

Организационната теория и практика е обединила мрежовия модел и пирамидалните системи като част от тоталното управление на качеството (*TQM*), или постоянно подобряване на качеството на Световната здравна организация. В *TQM*, заводската



производствена единица работи като екип, с качествен контрол като част от производствения процес.

В програма за здравни грижи, това може да бъде развито като мултидисциплинарни екипи за самооценка. Всяко болнично настоятелство има нужда от свои собствени мултидисциплинарни срещи, за да обсъжда грижите за пациента и функционирането на отделението, за да поддържа и развива неговите професионални услуги. Всеки местен здравен отдел се нуждае от това да поддържа постоянни срещи на персонала, за да развиват комуникациите и доверието, които са жизненоважни за посрещане на неговите здравни цели.

Председател / медиатор / координатор

A	B	C	D
E	F	G	H
I	J	K	L

ФИГУРА 12.5

Мрежова организационна структура. В организацията за здравни услуги, групата, която има за задача да определи как да изкорени болестта морбили на локално ниво, може да бъде председателствана от заместник на областния директор по здравеопазване. Членовете могат да включват главната медицинска сестра на областта, административен бюджетен чиновник, фармацевт, завеждащият педиатрично отделение в областната болница, администратор от началното училище, здравно обучаващ, представител на медицинската асоциация, завеждащ лабораторията, завеждащ складовия отдел, представител на отдела по образование, представител на доброволна организация с интереси по темата и други, които са подходящи.

Повечето организации имат и пирамидални, и мрежови структури. Често е трудно за една устойчива пирамидална структура да работи съвместно с паралелните организации по структурния начин, така че мрежовият подход е необходим за установяване на работни отношения с външни организации за постигане на общите цели. Мрежата е демократично, функционално групиране на онези професионалисти и организации, необходими за постигане на специфична цел, включвайки личности от много различни организации. Съществуват вертикално интегрирани управленски системи, включващи професионални екипи и единици, чиято взаимозависимост в грижите за пациента и финансова отговорност са централни елементи в Новото обществено здравеопазване.

## ТОТАЛНО УПРАВЛЕНИЕ НА КАЧЕСТВОТО

В Съединените щати по времето на Втората Световна война, У. Едуардс Деминг, физик и статистик, е развил система от икономически и статистически методи за контрол на качеството в производствените индустрии. След войната, Деминг е бил показан да преподава в Япония и се премества от университета на нивото на индустриалното управление. Японските индустриалци приемат неговите принципи на управление и въвеждат управлението на качеството във всички индустрии, с удивително успешни

резултати в рамките на едно десетилетие. Концепцията, по-късно наричана тотално управление на качеството (*TQM*), е била вече приета в американската индустрия.

**ПАНЕЛ 12.1****СТАНДАРТНА ТЕОРИЯ НА УПРАВЛЕНИЕТО**

1. Качеството е скъпо;
2. Наблюдението е ключът към качеството и контрола - експертите и наблюдаващите трябва да са уверени в това;
3. Системите са проектирани от външни експерти - не са необходими вложения от страна на работниците;
4. Работните стандарти и целите могат да подпомогнат производителността;
5. Хората могат да бъдат наети, когато са необходими и временно освободени от работа, когато не са необходими;
6. Възнагражденията и наказанията ще доведат до по-висока производителност и творчество;
7. Купувай на най-ниската цена;
8. Променяй доставчиците често, базирайки се единствено на цената;
9. Печалбите се основават на поддържането на ниски разходи и високи приходи;
10. Печалбата е най-важният индикатор на компанията.

В подхода на Деминг за управлението на компаниите, качеството излиза на първо място и е ключова отговорност на управлението, а не на работниците. Ако управляващите установят този дух и включат работниците, качеството се повишава, разходите намаляват - потребителската удовлетвореност и лоялността нарастват. Това означава увеличаване гордостта на работника, вслушване в неговите идеи и избягване подхода на наказателната инспекция. Премахването на страха и пораждането на чувство за взаимно участие и общи интереси, са задължение на ръководството. Обучението е една от най-важните инвестиции на компанията. Разликата между управленската теория и *TQM* е показана в Панели 12.1 и 12.2.

Подходът за *TQM* обединява подходите за научното управление и човешките отношения, чрез предоставяне на работниците на доверие за интелектуален капацитет и очаква от тях да го използват при анализиране и изпълнение на задачите. Нещо повече, този подход очаква от работниците на всички нива да допринасят за по-доброто качество в процеса на проектиране, производство и даже маркетинг на продукта или услугата.

Тези идеи са революционни и успешни, когато са приложени към бизнес управлението в производствените индустрии. Концепцията за *TQM* повече подлежи на обсъждане в сферата на услугите. Световната здравна организация адаптира *TQM* до модел, наречен непрекъснато подобряване на качеството, с поставянето на ударение върху взаимните отговорности в цялата здравна система за качеството на грижите. Приложението на подходите за *TQM* и непрекъснатото подобряване на качеството са обсъдени в Глава 15, включваща подходите за външна регулация и саморазвитие на *TQM*.

## ПАНЕЛ 12.2.

**ТОТАЛНО УПРАВЛЕНИЕ НА КАЧЕСТВОТО**

1. Качеството води до по-ниски разходи;
2. Инспекцията е твърде закъсняла - включването на работника в качеството на услугите елиминира дефектите;
3. Качеството се постига чрез управлението;
4. Повечето дефекти са причинени от системата, не от работника;
5. Елиминират се всички работни стандарти и квоти в индустрията;
6. Страхът води до бедствие;
7. Направи така, че работниците да се чувстват сигурни в тяхната работа;
8. Осъждането, наказанието и възнаграждението за изпълнение над или под средното ниво руши екипната работа, което е основно за качеството на производство;
9. Работа с доставчици за подобряване на качеството и снижаване на разходите;
10. Печалбите са произведени от лоялни потребители - ръководенето на компанията единствено според печалбата е като да караш кола, гледайки през огледалото за обратно виждане.

**ПРОМЯНА НА ЧОВЕШКОТО ПОВЕДЕНИЕ**

Човешкото поведение е индивидуално, но заема място и в социалния контекст. Промяна на поведението е необходима за намаляване на рисковете от заболяване. Промяната е заплашителна; тя изисква изменение, заместване, трансформация или модификация на целите, процедурите, методите или стила. Изпълнението на плановите обикновено изисква някаква промяна, която обикновено води до съпротива. Съпротивата срещу промяната може да бъде професионална, техническа, психологическа, политическа, емоционална или съвкупност от всички тях. Мениджърът на здравното заведение или услуга трябва да се бори за промяната и да събира подкрепата на онези, участващи в ефективното създаване или изпълнение на промяната.

Поведението на работника в производствената индустрия или в сферата на услугите е жизненоважно за успеха на организацията. Също толкова важно е поведението на купувача или потребителя на продукта или услугата. Диагностицирането на организационните проблеми е важно умение, което трябва да се притежава от ръководителите на здравните системи. Даже по-важна е способността да се идентифицират и изменят променливите величини, които изискват промяна и адаптация, за да се подобри изпълнението в организацията. Високите очаквания са съществени за постигане на по-добро изпълнение и подобрени стандарти на услугата или производителността. Точно обратното, ниските очаквания не само водят до лошо изпълнение, но произвеждат и водещ надолу спираловиден ефект. Това е приложимо не само вътре в организацията, но и при обслужването на индивидите и общността, независимо дали става дума за покупка на произведени стоки или за свързано със здравето поведение.

Хората често се съпротивляват на промяната поради страх от неизвестното. Участието в процеса на дефиниране на проблемите, формулирането на целите и иден-

тифицирането на възможните алтернативи е свързано с носителство на промени. Промяната в организационното изпълнение е сложна и представлява тест за ръководството. Подобно на това, промяната на индивидуално ниво е съществена за постигане целите на групата, независимо дали става дума за функционирането на единица за здравни услуги, като например болница, или за индивидуално решение за промяна на поведението, например отказване от тютюнопушенето. Здравето на индивида и на населението като цяло зависят от мотивацията и представянето на отделните членове на здравния екип.

Поведението на индивида е важно за неговото собствено здраве и за здравето на общността. Дори малките стъпки в посока на желаната промяна в поведението, трябва да бъдат възнаградени колкото е възможно по-своевременно. Модификацията на поведението се основава на концепцията, че промяната в поведението започва с чувствата вътре в индивида. Промяната включва поредица от елементи за определяне "къде се намираш ти":

1. Познание: какво е нивото на адекватната здравна информация?
2. Отношения: какво е личното възприемане на тази информация?
3. Поведение на индивида: какво прави индивидът в действителност?
4. Поведение на групата: какви са обществените норми и действия?
5. Поведение на организацията: какво прави здравната система, за да промени тези фактори?

Промяната в поведението е жизненоважна в здравната сфера. Моделът на здравните разбирания (виж глава 2) е широко въздействащ в психологията и здравната промоция. Подходът разбиране-интервенция включва програми, имащи за цел да намалят рисковите фактори или проблем в общественото здравеопазване. Той може да изисква промяна в организационното поведение, с включване и обратна връзка от страна на хората, които определят политиката, онези, които управляват услугите и предоставящите услуги на общността.

## УПЪЛНОМОЩАВАНЕ

През 80-те год. на XX-ти век, главните индустрии в Съединените щати са били неспособни да се конкурират успешно с Японските в потребителската електроника и автомобилната индустрия. Управленската теория е започнала да набляга върху упълномощаването като управленски инструмент. Подходът на TQM поставя ударение върху екипната работа и включването на работника, за да бъде достигнато по-добро качество на производство. В сравнение, упълномощаването отива по-далеч с включването на работника в дейността, оценката на качеството и дори планирането на процесите на проектиране и производство. Резултатите в производствените индустрии били забележителни, с увеличена резултатност, по-малко отсъствия от работа и по-голямо търсене на идеи за подобряване качеството и резултатността на производството, с участието на работника в процеса на управление и производство.

Упълномощаването е навлязло в сферата на услугите със същите смисъл, име, подобрене в качеството и резултатността на услугите, изисквайки активно физическо и емоционално участие на работника. Участието във вземането на решения е ключът към упълномощаване. Това изисква управлението да възприеме нови методи, които позволяват на работника, независимо дали е висококвалифициран или не, да се чувст-

ва като активен участник. Успешното приложение на принципа на упълномощаване в здравните грижи се простира до пациента, семейството и обществото, наблюдайки на правата на пациента за информирано участие в решенията, касаещи медицинските грижи за него и защита на правото на уединение и на достойнството.

Упълномощаването е възможно, когато управлението на услугите е децентрализирано. Делегирането на правомощия на професионални, неправителствени и защитни организации е част от упълномощаването в здравната организация. Правителствените правомощия за управление или промоциране на области, като лицензиране, акредитация, обучение, проучвания и услуги могат да бъдат прехвърлени на местни власти или неправителствени организации чрез трансфер на власт или парични средства. Организационната промяна може да включва децентрализация. Местните институционални промени чрез смесване на болници, продължителни грижи, амбулаторни грижи и услугите на общественото здравеопазване се нуждаят от по-ефикасна употреба на ресурсите. Обединяването на услугите под общественото лидерство и управление включва властта за трансфер на парични средства вътре в областната здравна мрежа от институционалните грижи до общественобазираните грижи. Такива промени са тест за ръководни умения и промяна в поведението и включват здравните работници в политиката и управлението.

## СТРАТЕГИЧЕСКО УПРАВЛЕНИЕ НА ЗДРАВНИ СИСТЕМИ

Стратегическото управление набляга на важността от позиционирането на организацията в нейната околна среда, в отговор на нейната мисия, ресурси, потребители и конкуренти. То изисква развитие на план за действие или изпълнение на определената стратегия за постигане на мисията или целта на организацията. При дефинирането на мисията и целите на организацията трябва да се има предвид външната и вътрешната околна среда, ресурсите, оперативните нужди за изпълнение и оценка на адекватността на резултатите. Стратегията на организацията свързва нейния вътрешен подход с външните фактори, като например потребителските нагласи и конкурентните организации. Тя е комплекс от методи и умения на здравния мениджър за постигане на целите на организацията, включвайки:

1. Осъществяване на висококачествени грижи;
2. Прилагането на нововъведения, за да се избегне изваждането от употреба и остаряването;
3. Развитие на добри вътрешни и външни професионални отношения;
4. Ефикасно използване на човешките ресурси;
5. Осигуряване на разбиране за околната среда;
6. Промоциране на услугите за подобряване на пазарния дял;
7. Резултатно управление на финансовите ресурси;
8. Промоциране на адекватното и резултатно използване на физическите ресурси.

Политиката се състои във формулиране на целите и приоритетите. Стратегията се отнася до широкомащабни планове за достигане на специфични цели, посочвайки проблемите, които трябва да бъдат очаквани и как да се справиш с тях. Стратегията не посочва всички действия, които трябва да се предприемат, но включва оценката на процеса, протекъл в посока на заявената цел. Докато терминът традиционно е бил из-

ползван във военен смисъл, той е станал основна концепция в управлението, независимо дали става дума за индустрията, бизнеса или здравните грижи. Тактиките са методи, използвани да изпълнят стратегията. Това стратегическо управление чрез цели е приложимо към здравната система, обединявайки дефинирането на цели и обекти и методите за достигането им (панел 12.3).

**ПАНЕЛ 12.3.****ПРОЦЕС НА СТРАТЕГИЧЕСКО УПРАВЛЕНИЕ**

1. Политика и планиране:
  - а) Дефиниране на мисия, цели и обекти;
  - б) Надзор;
  - в) Анализ на външната среда;
  - г) Анализ на вътрешната среда;
  - д) Оценка на способностите;
  - е) Оценяване на стратегическия избор, в малък мащаб;
  - ж) Развитие на стратегическото планиране, в широк мащаб;
  - з) Ръководене на процеса на изпълнение;
  - и) Съобщаване на насочеността на политиката.
2. Изпълнение:
  - а) Мотивация: съобщете ясно целите и планове на организацията;
  - б) Направете разлика между краткосрочни и дългосрочни цели;
  - в) Проверете дали персоналът знае своите отговорности;
  - г) Осигурете доставката на адекватни ресурси;
  - д) Внушете чувство за включване на персонала;
  - е) Променете структурата, за да посрещнете нуждите;
  - ж) Делегирайте власт, посочвайте отговорността;
  - з) Промоцирайте координацията между отделите и междуличностните отношения;
  - и) Промоцирайте капацитет за справяне с промяната;
  - й) Ревизирай политиката за поддържане на напредъка в посока на целите;
  - к) Промоцирайте разбирането на промяната и устойчивостта на промяната.
3. Мониториране:
  - а) Оценка на ефективността;
  - б) Оценка на резултатите, научените уроци;
  - в) Ревизиране на стратегическия план;
  - д) Използвай ресурсите в съответствие с научените уроци.

Промяната в здравната организация може да включва съществена промяна в размера на/или връзките между съществуващите програми (табл. 12.2). Стратегическият план на здравната реформа в отговор на нуждата за съдържание на разходите, предефиниране на здравните цели или неудовлетворението от състоянието в миналото,

изисква модел или визия за бъдещето. Това изисква стратегически план и добре управлявана програма. Съпротива срещу промяната може да се появи поради психологични, социални и икономически причини или поради страх от загуба на работата или промени в задачите, заплатата, властта, ползите или статуса. Ограничаването на болничния сектор в изграждането на обществената здравеопазна система, е един от най-главните въпроси в здравните реформи на много страни. Това може да бъде постигнато чрез отлагането на пенсиониране, преквалификация или преназначаване. Всичко това изисква умело ръководство.

**ТАБЛИЦА 12.2**

Промяна на парадигмите за здравните грижи

Стара парадигма	Нова парадигма
Наблягане върху болничните грижи	Наблягане върху продължителността на грижите
Наблягане върху лечението на болестта	Наблягане върху поддържането, промоцирането на добро здраве
Отговорност за индивидуалния пациент	Отговорна за определено население
Специалистите са по-възнаградени от общопрактикуващите	По-голямо икономическо равенство между доставчиците
Хирургията е по-добре възнаградена от останалите мед. услуги	Възнаграждение за превенцията
Цел да се запълнят леглата	Доставка на грижи на подходящото ниво
Разделяне на организацията, финансиране на другите болнични здравни грижи услуги	Обединение на системата за доставка на здравни грижи
Мениджърите ръководят организацията, отделението	Мениджърите промоцират пазарния дял
Мениджърите координират услугите	Мениджърите промоцират вътресекторното сътрудничество

Източник: Модифицирано от Shortell and Kaluzny, 1994.

## ОРГАНИЗАЦИОННИ МОДЕЛИ НА ЗДРАВНАТА СИСТЕМА

Новото обществено здравеопазване е интеграция или координация на широка материална база и програми промоциращи здраве. То се развива в различни форми и на различни места като мрежи с административни и бюджетни взаимодействия между участващите елементи. Всяка организация доставя свои собствени специфични услуги или групи от услуги. Как те функционират вътрешно и как взаимодействат функционално и финансово е важен аспект на управлението и резултатите на здравните системи. Здравната система функционира като мрежа с формални и неформални отношения; тя може да бъде много широка и слабо свързана, както в силно децентрализирана система, с много линии на комуникация, плащане, регулация, установяване на стандарти и равнища на властта.

Отношението и размяната между различните звена за здравни грижи има функционални и икономически елементи. Това най-добре може да бъде показано чрез пример. Бременна жена, която е здрава и получава достатъчно грижи, е по-малко вероятно



да развие усложнения и да изисква продължителни болнични грижи като резултат от раждането, отколкото жена, чието здраве е занемарено. Цената на добрата грижа за бременни е малка част от икономическата цена на лечението на потенциални усложнения и щети върху здравето на майката или на новороденото. Здравната система е отговорна да провери дали жените в репродуктивна възраст приемат фолиева киселина преди да забременеят, дали са получили консултации по семейно планиране, дали бременността е желана, дали интервалът между бременностите е достатъчен за здравето на майката и на нейното бебе и дали майката получава адекватни грижи за бременни. Отделението по акушерство трябва да бъде включено в осигуряването на пренатални грижи, особено в случаи на висок риск и това трябва да бъде в подходящи хигиенни и професионални условия.

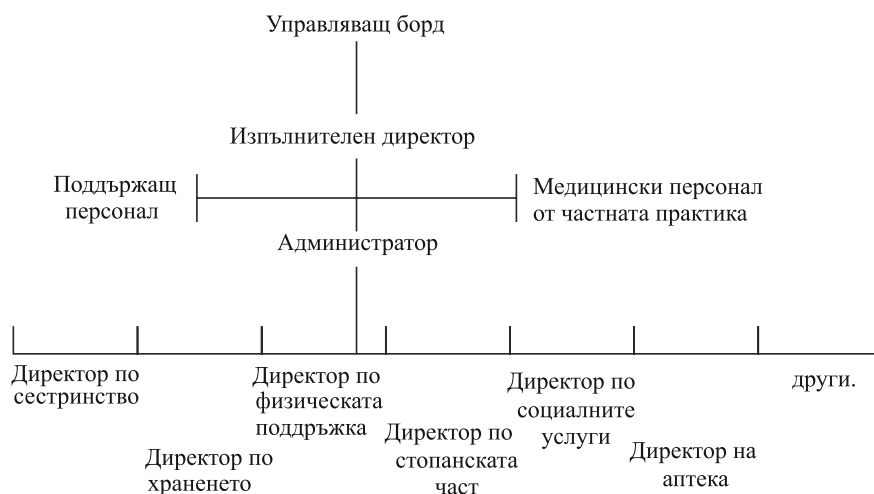
Подобно на грижите за деца и възрастни, тук има голямо разнообразие от общественоздравни и лични грижи, които съставляват адекватен и рентабилен комплект от услуги и програми. Икономическият товар за предоставянето на грижи на болни деца пада върху болницата. Когато е налице сума, която се отпуска от областта, на глава от населението, тогава болницата и първичната помощ имат взаимен интерес да намалят заболяемостта, а отгук и смъртността. Това е принципът на здравноподдържащите организации и областните здравни системи, обсъдени на друго място. Това е също така принцип и на Новото обществено здравеопазване.

Здравните организации се различават според големината, сложността, собствеността, принадлежността, видовете услуги и местоположението. Традиционно здравната организация предоставя един вид услуга, като например болница за остри заболявания, предоставяща епизодични болнични грижи, или агенция за домашни, здравни грижи. В сегашните здравни реформи, здравните организации, като например здравноподдържащите организации или областна здравна система, доставят базирана на населението, обширна програма от услуги. Всяка организация трябва да има или да развива структура, пригодена да посреща определените цели, както във вътрешната, така и във външната среда. Общите елементи, с които всяка организация трябва да разполага включват политика, производство или услуги, поддръжка, финансиране, свързвайки ги с външната среда и адаптирайки се към променящите се условия.

### ФУНКЦИОНАЛЕН МОДЕЛ

Един функционален модел на организация, може би най-добре пригоден към помалки болници, е разделението на труда в специфични функционални отдели, например медицински, сестрински, финансов, фармацевтичен и поддържащ домакинството, всеки представляващ самостоятелна брънка от верига на командване към изпълнителния директор (фиг. 12.6).

Правителствената агенция, която може да бъде местен, ненасочен към печалба борд или национална здравна система, има цялостна правна отговорност за дейността и финансовото състояние на болницата, както и за увеличаване на инвеститорския капитал. Медицинският персонал може да бъде в частна практика и да работи в болница с негови собствени пациенти, прилагайки правото на "гостуващи лекари" според техните квалификации, или медицинският персонал може да бъде нает от болницата подобно на останалия персонал. Медицинският персонал, който е на заплата, може да включва лекари в администрацията, патологията, анестезиологията и радиологията, така че даже в пазарната система на частната практика много голям брой от медицинския персонал са болнични работници.



ФИГУРА 12.6

Функционален модел на организация

Това е широко разпространено в болниците на Северна Америка. Надзорният борд на "доброволната", неправителствена, ненасочена към печалба организация, с общински и обществени представители може да бъде назначен от спонсорираща религиозна, общинска или друг вид организация.

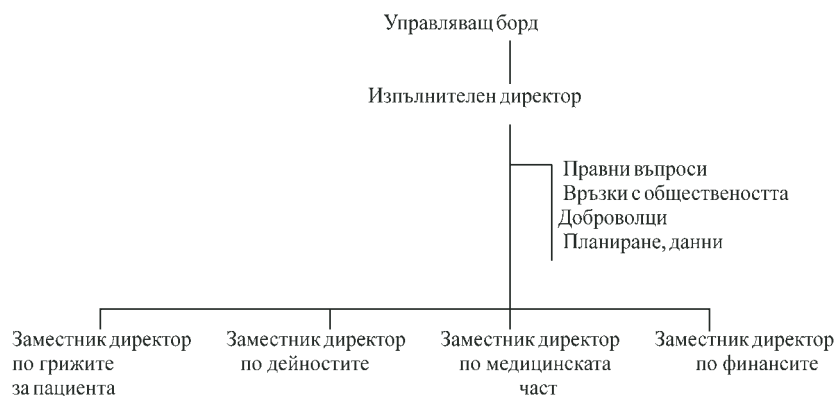
### КОРПОРАТИВЕН МОДЕЛ

Корпоративният модел на здравна организация (фиг. 12.7) е често използван в по-големите болници или където са налице сливания с други болници или здравни заведения. Това изисква изпълнителният директор да делегира отговорност на другите членове на управляващия екип, които имат оперативна отговорност за главните сектори на болничното функциониране.

Разновидност на корпоративния модел е дивизионният модел на здравна организация, предоставящ на средното ниво на управление по-висока степен на автономност (фиг. 12.8). При тази разновидност често е налице отделно бюджетиране за всяка услуга, която оперира като икономическа единица, като това помага за балансирането на приходите и разходите. Всеки отдел е отговорен за изпълнение на своите функции, с власт за вземането на стратегически и оперативни решения. Този модел се използва широко в частните корпорации, като например в "Дженерал Мотърс" в Съединените щати. С увеличаване на комплекса от услуги, този модел е възприет също в корпоративните здравни системи в Съединените щати, с регионални подразделения.

### МАТРИЧЕН МОДЕЛ

Матричният модел на здравна организация е основан върху комбинация от пирамидална и мрежова организация (фигура 12.9). Този модел е подходящ за отделите по обществено здравеопазване в щата, окръга или града. Персоналът е в пирамидална верига на подчинение, но също така работи в мултидисциплинарни екипи по специфични програми или проекти.



ФИГУРА 12.7

Корпоративен модел на здравна организация

Диетологът в геронтологичното отделение е отговорен пред завеждащия хранителния блок, но функционално е член на екипа на геронтологичната единица. В една странично-интегрирана здравеподдържаща организация или областна здравна система, специализираният персонал може да изпълнява и двете роли: институционална (например болница) и обществено - здравна.

Организационната структура, подходяща за дадени условия може да не бъде подходяща за други. Даже ако системата на плащане е регионална или областна здравно-системна структура, вътрешната дейност на болницата ще изисква модел на организация, подходящ за нея. Болниците имат нужда да модифицират своята организационна структура, защото те се развиват, а и икономиката на здравните грижи се променя.



ФИГУРА 12.8

Дивизионен модел на здравна организация



ФИГУРА 12. 9

Матричен модел на здравна организация

## УМЕНИЯ ЗА УПРАВЛЕНИЕ

Лидерството в една организация изисква способност да се определят целите или мисията на организацията, да се развива стратегия и да се определят стъпките, необходими за достигане на тези цели. То изисква способност да се мотивира и да се поражда ентузиазъм чрез работа с другите за спечелването на тяхната подкрепа и участие. В здравеопазването, както при другите организации, е по-лесно да се формулират планове, отколкото да се изпълнят. Промяната изисква не само способност да се формулира концепцията за промяна, но и също да се промени организационната структура, бюджетните ресурси, операционните политики и може би най-важното, корпоративната култура на организацията.

Управлението включва умения, които не са част от обучението на здравните професионалисти. Умели клиницисти често се преместват на позиции, изискващи управленски умения, за да построят и развият здравеопазната инфраструктура. В някои страни, болничните мениджъри трябва да бъдат лекари, често такива с по-дълъг стаж. Клиничните способности не преминават автоматично в умения за управление на хора, бюджети и ресурси. Следователно, обучението по мениджмънт е много важно за здравния професионалист.

Мениджърът се нуждае от обучение за изследвания и откриване на фактите и от способност да оценява хора, програми и въпроси, както и да установява приоритети за справяне с краткосрочни и дългосрочни въпроси. Преговарянето с персонала и с външни агенции са постоянни дейности на мениджъра, простиращи се от обикновени до главни решения с широко участие. Може би най-критичното умение на мениджъра е комуникацията: способността да предава вербални, писмени и неписмени послания, които се получават и разбират и да оценява отговорите като еквивалентна част от обмяната на информация.

Междоличностните комуникативни умения са част от управленската практика. Способният мениджър може да общува с персонала от всички нива по един отворен и еднакъв начин. Това е съществено за подхранването на чувството на гордост и включ-

ване на целия персонал в работата по постигането на едни и същи цели и да покаже на всеки член от екипа, че той/тя са важни за постигане на целите на организацията. В същото време, мениджърът има нужда да обменя информация, особено що се отнася до това как организацията работи по постигането на нейните цели.

## ИЗПЪЛНИТЕЛНИЯТ ДИРЕКТОР НА ЗДРАВНИТЕ ОРГАНИЗАЦИИ

Болничните директори в миналото често са били по-стари лекари, наричани завеждащи, без обучение по здравен мениджмънт. Бизнес мениджърът-изпълнителен директор е станал общоизвестен в болничния мениджмънт в Съединените щати през 50-те год. на XX-ти век, наричан администратор. Той или тя е работил под напътствията на Надзорния съвет, който определя бюджета, разработва политиката и често е бил включен във вътрешното администриране.

Където изпълнителният директор не е лекар, което е обичайната практика в болниците на Северна Америка, често възниква конфликт с клиничния персонал на болницата. В някои случаи това е довело до назначаване на паралелна структура с началник на медицинския персонал, на пълно работно време. В Европейските болници, изпълнителният директор обикновено е лекар, често по закон, а обединяването на управленската функция с ролята на клиничен началник е преобладаващ модел.

След време ролята на изпълнителния директор се е променила до тази на координатор, тъй като разходите и сложността на здравната система се увеличават. Изпълнителният директор сега е включен повече във външните отношения и по-малко във всекидневната дейност на здравното заведение. Изпълнителният директор е партньор, но *primum inter pares* или първи сред равни, в управленския екип, който споделя информация и работи за определяне на целите и решаване на проблемите. Това премахва ударието от авторитарната роля и поставя такова върху интегриращата функция.

Изпълнителният директор е отговорен за финансовото управление на оперативния и на капиталовия бюджет на здравното заведение, което е съществено за планирането и бъдещото развитие на лечебното заведение. Бюджетите включват четири главни фактора: доход, фиксирани или постоянни разходи, променливи или непредвидими разходи и капиталови разходи, всички те са съществени за оцеляването и развитието на организацията.

Ключовата роля на най-високото ниво на управление е да развива визията, целите и обектите на институцията, да поддържа атмосферата и системите за промоциране на качеството на грижите, финансовата стабилност и да представя институцията пред обществото. Цялата отговорност за функционирането и благополучието на програмата е на изпълнителния директор и на общественния борд.

## ОБЩЕСТВЕНО УЧАСТИЕ

Общественото участие в управлението на здравните заведения има дългогодишна и конструктивна традиция. Традиционният болничен борд служи като механизъм за общественото участие и лидерство в подпомагане развитието и управлението на здравното заведение на общественото ниво. Ролята на болничните бордове се е развила от филантропска и определяща бюджетните средства първоначално, до по-голяма и цялост-

на функция за политика и планиране. Това е свързано с бързото нарастване на разходите, с въвеждане на осигурителна схема, с необходимост от разширяване ролята на надзорните бордове в случаите на незаконни и грешни действия и осигуряване на качеството. Централно развитите здравни системи, като Националната здравна система на Великобритания, подкрепят областните и окръжните здравни системи с висока степен на обществено участие и управление, както на областно ниво, така и за индивидуалните услуги или заведения (например, обща практика и болници).

## ИНТЕГРАЦИЯ - ХОРИЗОНТАЛНА И ВЕРТИКАЛНА

Рационализацията на здравните заведения все повече означава организационни връзки между независими преди заведения. Сливанията на здравни заведения са чести явления в много здравни системи. В Съединените щати, сливанията между болници или здравни заведения, свързани в здравеподдържащи организации или системи за управлявани грижи, са чести явления. Здравната реформа в много страни е основана върху подобни връзки.

Хоризонталната интеграция е термин, използван за сливане между подобни заведения. Това е като при веригите от хотели, а в здравните грижи се включват две или повече болници, обикновено, за да постигнат задържане на разходите, финансова и разходна ефикасност и за да намалят дублирането на услугите. Градските болници често реагират на пазарната конкуренция чрез закупуването на други болници. Това често е по-лесно за болнично ориентирания изпълнителни директори и персонал отколкото обединяването с обществено базирани здравни услуги.

Вертикалната интеграция описва организационните връзки между различни видове здравни заведения за формиране на интегрирани, всеобхватни мрежи за здравни услуги. Това позволява изместване на ударението и ресурсите от болничните грижи към продължителни домашни и амбулаторни грижи. Това е моделът на управляваната грижа или моделът на областна здравна система. Общественият интерес е фактор в промоцирането на промяната към интегриране на услугите, която може да бъде главно промяна в управленската култура, особено в болницата.

Оцеляването на здравното заведение може да зависи от интеграцията с подходящи промени в концепциите на управление. През 90-те год. на XX-ти век, голяма част от калифорнийските жители преминаха към програмите за управлявани грижи поради високата стойност на здравноосигурителното обезщетение "такса за услуга" и заради федералния отказ да се подкрепят управляваните грижи за ползвателите на *Medicare* и *Medicaid*. Независимите обществени болници без силна връзка с програмите за управлявани грижи са били в опасност от загубване на финансовата си основа. Използваемостта в обществените болници в Съединените щати е паднала от 75 % през 1975 г. до 62 % през 1996 г. Главните медицински центрове са реагирали чрез стратегически планове за закупуване на обществени болници и развитие на присъединяването на медицински групи, както и договарянето на отношения с организации за управлявани грижи за засилване на техния "пазарен дял" в осигуряване на услугите за населението в бъдеще.

Вертикалната интеграция е важна не само в градските райони, но може да служи за основа на развитието на селското здравеопазване както в развитите, така и в развиващите се страни. Областната болница и центърът за първична помощ, действащи интегрирано, могат да предоставят висококачествени услуги. Болнично центрираните

здравни грижи, широко разпространени в индустриалните страни, насочват повечето от наличните парични средства за здравеопазване към болницата, за сметка на осигуряване адекватно финансиране на първичната здравна помощ. За да избегнат това, развиващите се страни могат да възприемат подходът на първичните грижи, който сега е основа на системата за управлявани грижи, включващи опит да се ограничи болничната помощ чрез подобряване на услугите в амбулаторния и профилактичен сектор.

## НОРМИ И ИНДИКАТОРИ ЗА ИЗПЪЛНЕНИЕ

Нормите са полезни за повишаване на ефективното използване на ресурсите и популяризирането на високи стандарти за грижи, ако се основават на емпирични стандарти, доказани по метода на опита и грешката и чрез научно наблюдение. Нормите могат да са необходими, даже без достатъчно доказателства, но трябва да се проверят в реалността чрез наблюдение, опит и експеримент. Това изисква данни и обучени наблюдатели, свободни да проучват, докладват и публикуват откритията за отворена дискусия сред колеги в процес, отворен за медиите и обществото.

Нормативните стандарти на планирането са определяне броя на леглата или лекарите на 1 000 души население или продължителността на престоя в болницата, който се смята за подходящ за нуждите на населението. Много организации, базирани на бюрократичния модел използват норми за ресурсите като основа за планиране и финансиране на услугите (виж глава 11). Това води до системи на плащане, които стимулират по-голямата употреба на този ресурс. Ако заплащането в един завод е на базата на броя на работниците, а не на броя и качеството на произведените коли, то управлението няма да има стимул да въведе мерки за подобряване на резултатността и качеството. Ако в една област или болница се заплаща на базата на броя легла или пролежаните дни в болницата, там няма стимули да се въведат алтернативни услуги, като например амбулаторна хирургия и домашно лечение.

Индикаторите за изпълнение са мерки за извършване на специфични дейности на профилактиката, като имунизации, мамография, скрининг за диабет и високо кръвно налягане. Те са индиректни мерки за икономичност, ефикасност и ефективност на услугата и са възприети като по-добри методи за мониториране и заплащане на услугата, като например чрез заплащане на премия. Общопрактикуващите лекари във Великобритания получават допълнително заплащане за пълното имунизационно покритие на децата, регистрирани в техните практики. Блокова сума или сума на глава от населението може да бъде обвързана с индикатори, рефлектиращи върху добрите стандарти за грижа или профилактика, като например ниска смъртност сред новородените, децата и майките. Стимулиращите заплащания на болниците могат да промотират амбулаторните услуги като алтернатива на хоспитализацията и за намаляване на продължителността на престоя. Ограниченията на финансовите ресурси в индустриалните страни и даже повече в развиващите се страни прави употребата на подходящи индикатори за изпълнение много важна в управлението на ресурсите.

## НОВИ ОРГАНИЗАЦИОННИ МОДЕЛИ

Нови модели на здравна организация се очертават и развиват бързо в много страни. Отчасти това е в резултат от търсенето на по-икономични методи за доставяне на



здравни грижи и също така е резултат от целево-ориентирания подход на здравно планиране, който търси най-добрия начин за постигане на определените здравни цели. Развитите страни търсят начини за задържане на увеличаващите се разходи, а развиващите се страни търсят начини за ефективно и нескъпо подобряване на здравните стандарти за тяхното население. Новите организационни модели, които се опитват да посрещнат тези цели, включват общински здравни системи и системи за управлявани грижи, описани по-детайлно в глава 11.

## УПРАВЛЕНИЕТО И НОВОТО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕОПАЗВАНЕ

Управлението в здравеопазването има за цел подобряване на здравето, а не просто поддържане на институцията. Отделното управление на разнообразието от здравни заведения, служещи на обществото, се е породило на различни исторически етапи. Новото обществено здравеопазване гледа на всички услуги като на част от една мрежа от независими услуги, всяка допринасяща за удовлетворяване на здравните потребности, независимо дали се отнася за грижите в болниците или за налагане на законодателен контрол върху производителите на храна.

Разделеното управление и бюджетиране на този комплекс има като резултат диспропорция на финансирането, персонала и вниманието към традиционните услуги, като например болниците и не успява да пренасочи ресурсите до по-ценово ефективни и чувствителни към пациентите видове услуги, като например домашните и профилактичните грижи. Ефектите на стимулите и антистимулите, изградени във финансовите системи, са централни въпроси в определянето на това как управлението подхожда към решаването на проблеми и планирането на програми и следователно са важни съображения в промоцията на здравето.

Управленският подход за пререшаване на тази дилема, е професионално виждане и ръководство за промоциране на по-широк подход на Новото обществено здравеопазване. Мениджърът, който продължава да отстоява остарели традиции, незачитайки цялостната картина, може да открие, че неговата болница е остаряла и неконкурентна в новия климат, където икономическите стимули налагат намаляване размерите на болниците и осъвременяване на здравната промоция. Насоченото навътре в себе си управление остарява, а агресивното, гледащо навън управление е пионер на Новото обществено здравеопазване.

## ОБОБЩЕНИЕ

Здравеопазването е една от най-големите и важни индустрии във всяка страна, консумираща навсякъде от 3 до 14 % от brutния национален продукт. То е сфера на услугите, а не на производствената индустрия и е жизненоважно за здравето и благополучието на индивида, населението и икономиката. Поради това, че в него са заети голям брой обучени професионалисти, то е често жизненоважно за икономическото оцеляване на малките общности, както и за усещането на обществото за благополучие.

Управлението включва планиране, ръководене, контролиране, организиране, мотивиране и вземане на решения. То е прилагане на ресурсите и персонала по посока

постигането на целите. Следователно, то включва учението за употреба на ресурсите и мотивацията и функциите на включените хора (производителя или доставчика и потребителя, клиента или пациента). Това не може да се включи във вакуум, а е основано върху продължително мониториране на информацията и нейната комуникация до всички включени части. Тези дейности са приложими на всички нива на управление, от политиката до оперативния мениджмънт на производството или на системата на услугите. Съзидателното управление на здравните системи е жизненоважно за функционирането на системата на макрониво, както и на нивото на отделното поделение за услуги. Това означава ефективна употреба на ресурсите за постигане на целите и удовлетвореност на обществото, доставчика и потребителя. Това са трудни предизвикателства, не само когато парите са налице в изобилие, а още повече, когато ресурсите са ограничени и се налага да се правят трудни избори.

Сферата на действие на Новото обществено здравеопазване е широка. Тя включва програми на традиционното обществено здравеопазване, но едновременно с това се интересува от управлението и планирането на обширни системи от услуги и измерването на техните функции. Изборът на цели и приоритети е често определен по-скоро от осъществимото, отколкото от идеала. Здравният мениджър, независимо дали е на макро (здравно) ниво, или управлява клиника, има нужда да фокусира вниманието си върху реалните възможности за постижения с текущи и подходящи методи. Доброто управление означава проектиране на целите въз основа на баланса между осъществимото и желаното. Това може да бъде резюмирано в поговорката "врагът на доброто е перфектното". Новото обществено здравеопазване е не само концепция, то е управленски подход за подобряване здравето на индивидите и населението като цяло.

#### ПРЕПОРЪЧВАНА ЛИТЕРАТУРА

- Kirsch, T. 1988. Local area monitoring (LAM). *World Health Statistics Quarterly*, 41: 19-25.
- McMahon, R., Barton, E., Piot, M., Gelina, N., Ross, F. 1992. *On being in Charge: A Guide to Management in Primary Health Care*, Second Edition. Geneva: World Health Organization.
- Scott, R. W. 1992. *Organizations: Rational, Natural and Open Systems*, Third Edition. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Woodall, J. P. 1988. Epidemiological approaches to health planning, management and evaluation. *World Health Statistics Quarterly*, 41: 2-10.

#### БИБЛИОГРАФИЯ

- Aday, L. A., Begley, C. E., Lairson, D. R., Slater, C. H. 1993. *Evaluating the Medical Care System: Effectiveness, Efficiency, and Equity*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- Adler, P. S. 1993. Time-and-motion regained. *Harvard Business Review*, January-February: 97-108.
- Aguayo, R. 1990. *Dr. Deming: The American Who Taught the Japanese About Quality*. New York: Simon & Schuster.
- Cohen, J. 1990. Health policy, management and economics. In Lambo, T., Day, S. B. (eds). *Issues in Contemporary International Health*. New York: Plenum.
- Darr, K., Rakich, J. S. 1989. *Hospital Organization and Management*, Fourth Edition. Owings Mills, MD: National Health Publishing.
- Donabedian, A. 1976. *Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care*. Boston: Harvard University Press.

- Duncan, W. J. P., Ginter, P. M., Swayne, L. E. 1995. *Strategic Management of Health Care Organizations*. Cambridge, Massachusetts: Blackwell Business.
- Dutton, D. B. 1979. Patterns of ambulatory health care in five different delivery systems. *Medical Care*, 17: 221-243.
- Elleneweig, A. Y. 1992. *Analysing Health Systems: A Modular Approach*. Oxford: Oxford University Press.
- Ezioni, A. 1964. *Modern Organizations*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Glynn, J. J., Perkins, D. A. (eds). 1995. *Managing Health Care: Challenges for the 90s*. London: W. B. Saunders.
- Griffith, J. R. 1993. *The Moral Challenges of Health Care Management*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- Katzenbach, J. R., Smith, D. K. 1993. *The Wisdom of Teams: Creating the High-Performance Organization*. Cambridge, MA: Harvard Business School Press.
- Maslow, A. 1954. *Motivation and Personality*. New York: Harper.
- May, E. 1945. *The Social Problems of an Industrial Civilization*. Boston: Graduate School of Business Administration, Harvard University.
- Mintzberg, H. 1994. The fall and rise of strategic planning. *Harvard Business Review*, January-February: 107-114.
- Mooney, G. 1987. What does equity in health mean? *World Health Statistics Quarterly*, 40: 296-303.
- Reinke, W. A. (ed). 1988. *Health Planning for Effective Management*. New York: Oxford University Press.
- Robbins, S. P. 1990. *Organization Theory: Structure, Design and Applications*, Third Edition. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Shortell, S. M., Kazluny, A. D. (eds.). 1994. *Health Care Management: Organization Design and Behavior*, Third Edition. Albany, NY: Delmar Publishers.
- Sloan, M. D., Chmel, M. 1991. *The Quality Revolution and Health Care: A Primer for Purchasers and Providers*. Milwaukee, WI: ASQC Quality Press.
- Tarimo, E. 1991. *Towards a Health District: Organizing and Managing District Health Systems Based on Primary Health Care*. Geneva: World Health Organization.
- Taylor, C. E. 1992. Surveillance for equity in primary care: Policy implications from international experience. *International Journal of Epidemiology*, 21: 1043-1049.
- Taylor, F. W. 1947. *Scientific Management*. New York: Harper & Brothers, reprint.
- Vaughn, J. P., Morrow, R. H. 1989. *Manual of Epidemiology for District Health Management*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. 1994. *Information Support for New Public Health Action at the District Level*. Report of a WHO Expert Committee. Technical Support Series 845. Geneva: World Health Organization.