

МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – СОФИЯ
ФАКУЛТЕТ ПО ОБЩЕСТВЕНО ЗДРАВЕ

Катедра “Здравна политика и мениджмънт”

ЕЛИСАВЕТА ДАНАИЛОВА ПЕТРОВА – ДЖЕРЕТТО

ПРОУЧВАНЕ ПОТРЕБНОСТТА ОТ ЧОВЕШКИ РЕСУРСИ В
ОБЩИНСКИТЕ БОЛНИЦИ

АВТОРЕФЕРАТ
ЗА ПРИСЪЖДАНЕ НА ОБРАЗОВАТЕЛНА И НАУЧНА
СТЕПЕН “ДОКТОР” В

Област на висше образование: 7. “Здравеопазване и спорт”;
Професионално направление: 7.4. “Обществено здраве”
и научна специалност “Социална медицина и организация на
здравеопазването и фармацията”

НАУЧНИ РЪКОВОДИТЕЛИ

Проф. д-р Вихрен Петков, дм
Проф. д-р Красимир Визев, дмн

РЕЦЕНЗЕНТИ

Проф. д-р Ралица Златанова- Великова, дм
Проф. д-р Мария Семерджиева, дм

гр. София

2018

Дисертационният труд е одобрен и насрочен за защита от катедрен съвет на Катедра по Здравна политика и мениджмънт при Факултета по Обществено здраве при Медицински Университет - София.

Дисертационният труд съдържа 211 страници и е онагледен с 75 фигури, 23 таблици и 7 приложения.

Библиографската справка съдържа 267 източника, от които 188 на кирилица и 79 на латиница.

Научно жури:

Проф. д-р Красимир Стоянов Визев, дмн

Проф. д-р Ралица Златанова Златанова- Великова, дм

Проф. д-р Елена Младенова Шипковенска, дм

Проф. д-р Веселин Борисов Василев, дмн

Проф. д-р Мария Анастасова Семерджиева, дм

Резервни членове:

Проф. д-р Тодор Димитров Черкезов, дм

Доц. д-р Боряна Миткова Парашкевова, дм

Публичната защита ще се състои на 19 март 2019г. от 14.00 часа в зала 7 на Факултет по обществено здраве, УМБАЛ „Царица Йоанна-ИСУЛ“ ЕАД, ул. „Бяло море“ №8, гр. София.

Материалите по защитата са на разположение в секретариата на Деканата на ФОЗ, МУ София, УМБАЛ „Царица Йоанна-ИСУЛ“ ЕАД, ул. „Бяло море“ №8, гр. София и на интернет страницата на МУ София.

Номерерациите на таблиците и фигурите не отговаря на тази в дисертационния труд.

СЪДЪРЖАНИЕ

I. ВЪВЕДЕНИЕ	4
II. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ.....	6
III. РЕЗУЛТАТИ ОТ СОБСТВЕНОТО ПРОУЧВАНЕ	10
1. Анализ и изводи от литературния обзор.....	10
1.1 Причини за състоянието на болничния сектор в България.....	10
1.2. Заплахи за обществото и ролята на болниците, SWOT анализ.	11
1.3 Социалните рискове, най-силно влияещи върху общинското здравеопазване.....	15
1.4. Движениена човешките ресурси в болничните лечебни заведения	17
1.5 Закономерности, произтичащи от еднаквата отговорност при предоставяне на медицински услуги-мениджмънт, ресурси, резултати.....	19
2. Анализ и изводи от анкетното проучване.....	21
2.1.Характеристика на контингента:ръководство, лекари и специалисти по здравни грижи (персонал)	21
2.2. Резултати от проведената анкета- ръководство и персонал	26
2.3. Анализ на анкетата проведена сред пациенти.....	34
2.3.1 Характеристика на анкетираните пациенти по възраст, образование, пол	34
2.3.2 Резултати и обсъждане на качествените въпроси в анкетата за пациенти	37
3. Обобщение на литературния обзор	42
4. Изводи от анкетното проучване	45
ГЛАВА IV: ПРЕПОРЪКИ.....	48
1. Към Министерството на здравеопазването и Националната здравноосигурителна каса- с оглед мениджмънта на болничните лечебни заведения	48
2. Към Министерството на здравеопазването, Медицинските университети и съсловните организации– с оглед човешките ресурси в системата:	48
3. Към Народното събрание и Министерство на здравеопазването:.....	49
4. Към Народното събрание, Министерство на здравеопазването, общинското здравеопазване .	49
5. Към Министерски Съвет:	50
V. ЗАКЛЮЧЕНИЕ	51
ПРИНОСИ	53
ПУБЛИКАЦИИ, СВЪРЗАНИ С НАУЧНИЯ ТРУД	55

I. ВЪВЕДЕНИЕ

Една от целите на здравната реформа в България е всички граждани да имат своевременно, равнопоставен и свободен достъп до ресурсите на здравната система, което осигурява оптимална здравна помощ, подобряване на здравния статус и повишаване качеството на живот на населението. Здравните резултати при функционирането на всяка здравна система са свързани с вложените ресурси, но в здравната практика съществуват системи, които при еднакви или сходни здравни ресурси представят различни резултати. Различните здравни системи са различно ефективни и това зависи не само от размера на ресурсите, които една държава заделя за здраве на собственото си население, а и от целенасочена и социално приемлива здравна политика, провеждана с необходимата приемственост и последователност. Ефективният мениджмънт на здравната система, гарантирано осигурява безопасност, сигурност и удовлетвореност за пациентите. Формулата, по която се развива здравната система в България, особено през последното десетилетие е: населението на страната намалява, хората в трудоспособна възраст намаляват, лекарите и другите медицински специалисти намаляват, а броя на лечебните заведения и особено на болниците и болничните легла се увеличават, броят на пациентите се увеличава, размерът на финансови средства, заделени за здраве ежегодно се увеличава, броят на дните с временна нетрудоспособност се увеличава. Разработването на политика и стратегия за развитие на здравеопазването е свързано с обективен анализ на състоянието на общественото здраве и се ползват следните основни показатели:

- Демографски процеси
- Заболеваемост и трайна неработоспособност
- Социални детерминанти на здравето
- Начин на живот и здраве
- Влияние на факторите на околната среда върху здравето
- Условия на труд

Измененията в броя и структурата на населението, тенденциите в демографските процеси, оказват силно влияние върху икономическата, здравната, социалната и образователната система на обществото. Целта на разработването на Национална здравна стратегия и прилагането ѝ е да се изгради и функционира реструктурирана, реформирана и финансово устойчива здравна система, която да осигури качествени здравни грижи по промоция на здравето, здравна профилактика, диагностика, лечение и рехабилитация. Националната здравна стратегия (2014-2020) е водещият стратегически документ, който конкретизира целите за развитие на системата на здравеопазването до 2020 г. Националната здравна стратегия съдържа следните приоритети:

- Приоритет 1: Създаване на условия за здраве за всички през целия живот.
- Приоритет 2: Изграждане и управление на справедлива, устойчива и ефективна здравна система, ориентирана към качество и резултати. Към този приоритет под **политика 2.7. е посочено „Развитие на човешкия капитал в системата на здравеопазване”, което е предмет и на настоящата разработка.**В тази Национална здравна стратегия е отделено особено място на Регионалните здравни политики. Основанието за това е, че като орган на местно самоуправление общинската власт е най-близо до потребностите, интересите и желанията на гражданите и има възможност за най-целесъобразно решение на тяхните здравни проблеми. Въвежда се изискването регионалните здравни политики да се базират на демографски и социално – икономически анализ на състоянието и развитието на съответните региони, да се отчете спецификата на инфраструктурата в тях- обща и здравна, както и влиянието на обкръжаващата среда, включително да се отчетат реалните здравни потребности.

II. ЦЕЛ, ЗАДАЧИ И МЕТОДОЛОГИЯ

Цел на настоящото изследване е чрез анализ на влиянието на реформата в болничната помощ, да се изследват същността и характерните особености на системата за управление на човешките ресурси в общинските болници, както и да се изведат възможности и насоки за внедряване, утвърждаване и развитие на ефективно управление в тях.

Задачи свързани с литературния обзор:

- Да се анализира състоянието на здравната система и здравните стратегии, с оглед решаване на здравните проблеми на нацията.
- Да се проучат в теоретичен план същността и основните характеристики на болничната помощ в България, след проведената здравна реформа.
- Да се проучи спецификата на управление на човешките ресурси в болничната помощ, като се обърне внимание на същността на основните елементи в системата за управление на човешките ресурси - планиране, набиране, подбор, адаптация, обучение, мотивация, кариерното развитие и оценка на резултатите на персонала.
- Да се изследват теоретично факторите и методите с мотивираща стойност за персонала.

Задачи, свързани със собственото проучване:

- Да се изследва същността и характерните особености на мениджмънта и системата за управление на човешките ресурси в общинските заведения за болничната помощ.
- Да се разработи инструментариум за емпирично изследване на мотивираността в изследваните медицински колективи на общинските болници и оценката им за управлението на лечебното заведение – анкетна карта.
- Да се проучи емпирично проблема за факторите, които са породили тази мотивираност, както и да се установят различията в значимостта им за трудовата дейност.
- Да се проучи мнението на пациентите за качеството на медицинската грижа в изследваните общински болници.
- Обосноваване на приоритетни насоки и подходи за ефективен мениджмънт на общинската болница като фактор в системата на здравеопазване в България.

Научна хипотеза:

Разглеждане на общинската болница като бизнес хъб или бизнес инкубатор за стимулиране на общинската и регионална икономика с оглед предстоящите задачи за дигитализация на здравеопазването и развитието на неприсъствената медицина (телемедицина) за наблюдение на хронични болни, развитие на мрежа от лечебни

заведения за долекуване и рехабилитация и намаляване на административната и финансова тежест в болниците.Разглеждане възможността на общинските болници да бъдат интегрирани с областните и във всяка област болничната помощ да се разглежда като единно цяло.

Материал и методика на проучването:

Врезултат от така поставените основни задачи са конкретизирани обектът на наблюдение, единиците и признаците им. Проучването е комплексно трикомпонентно. Конкретните задачи, обектът, единиците и признаците на наблюдението са свързани със спецификата на разработката.

Първият компонент включва проучване и анализ на на здравната система след реформата, същността и основните характеристики на болничната помощ в България, в частност общинското здравеопазване.

Вторият компонент включва проучване на болничния мениджмънт, спецификата на управление на човешките ресурси и факторите и методите с мотивираща стойност за болничния персонал.

Третият от компонентите включва емпирично анкетно изследване на мотивираността в изследваните медицински колективи на общинските болници и оценката им за управлението на лечебното заведение, както и мнението на пациентите за качеството на медицинската грижа в тях.

Анкетите са 3 вида, разработени от нас (приложение): ръководство на лечебното заведение, медицински персонал-лекари, пациенти. Конкретни задачи групирани в няколко направления, като обект на проучването са:

- мотивацията на персонала в общинска болница
- отношението на работещите към мениджмънта на лечебното заведение
- условията на труд
- управлението на болницата
- удовлетвореността на персонала
- удовлетвореността и нуждите на пациентите
- емоционалните нагласи на работещите

Всички въпроси в използваните анкетни карти са внимателно подбрани. Спазени са добрите практики за формулиране, дефиниране и подбиране на възможни отговори по отношение на въпросите. Подборът е случаен – няма селекция на анкетираните и на общинските лечебни заведения, което дава основание да се претендира за репрезентативност на резултатите. Анкетата е проведена по правилата за гарантиране на анонимност и конфиденциалност на информацията.

Единици на наблюдение

- **Логически единици** на изследването са анкетираните лекари и специалисти по здравни грижи, ръководство - оперативен мениджмънт, началници на отделения, главна и старши сестри, лежачо болни пациенти в 10 общински лечебни заведения.
- **Технически единици** на наблюдението са 10 общински болнични заведения: МБАЛ –Лом, МБАЛ – 5 та градска болница София, МБАЛ - Трявна, МБАЛ – Казанлък, МБАЛ-Първомай, МБАЛ-Момчилград, МБАЛ-Поморие, МБАЛ-Димитровград, МБАЛ-Карнобат, МБАЛ-Асеновград.
- **Период, място и обхват на изследването.**

Анкетното проучване е извършено през периода февруари – май 2018 г. При подбора на общинските лечебни заведения е спазен принципът на представителство от Северен, Южен, Централен, Източен регион на България, както и представителство на малка, средна и голяма община. Валидни анкети „Ръководство” -112, „Лекари”-183, „Пациенти”-195. Невалидни анкетни карти от „Ръководство”-5, от „Лекари”-1, от „Пациенти” – няма. Общо 496 са анкетираните, от които 490 валидни анкетни карти, т.е. статистически значим брой за изследването.

Табл.№1. Анкетирани БЛЗ

Болница	Ръководство	Лекари	Пациенти	
Лом	9	21	30	60
5-та градска	21	19	20	60
Трявна	15	24	30	69
Казанлък	18	40	25	83
Първомай	2	10	15	27
Момчилград	21	17	23	61
Поморие	3	10	20	33
Димитровград	19	14	18	51
Карнобат	7	11	10	28
Асеновград	2	18	4	24
Общо	117	184	195	496
	112	183	195	490

Признаци на наблюдението

Признаците на наблюдението са количествени и качествени и са свързани с различни групи характеристики. Количествени показатели са възрастта на лекари и сестри/акушерки и общ трудов стаж, на пациенти-възраст. Качествени показатели са: пол; наличие на придобита специалност при лекарите, образование при пациентите, оценка на качеството на услугите в болницата; мотивационни фактори, оценка на ресурсите,

мениджмънта, мнение за най-важните потребности на пациентите, наличие на интерес към потребностите на пациентите; полагани усилия за задоволяване на потребностите; отношение към предоставянето на информация за заболяването, диагностиката, лечението, прогнозата и препоръките за последващо лечение и др.

Документи на проучването

Основните документи, които се използват за набирането на първичната информация са: бази данни от литературния обзор, доклади, документи и публикувани стратегии показващи политики, принципи и начини на функциониране на системата, отчетни документи на МЗ, НСИ, МТСП, НЗОК и други институции, имащи отношение към здравеопазването, анкетни карти. Резултатите от настоящото проучване следва да бъдат тълкувани с оглед на няколко потенциални източника на отклонение. Поради спецификата на провежданото изследване тези потенциални отклонения не могат да бъдат пренебрегнати, съответно могат да бъдат разгледани като:

- Липса на отговор поради нежелание да споделят намеренията си.
- Отклонения при селектирането.
- Отклонения поради пристрастие на респондента.

Методи на проучването:

- Документален метод – проучена е нормативната уредба в областта на здравеопазването, публикуваните стратегии и концепции за развитие на здравеопазването, състоянието на здравните системи в Европа, НЗК, годишни доклади на НЦОЗА, ИАМО, НЗОК, МЗ, Евростат, НСИ, МТСП, публикации и др.
- Социологически проучвания: **Анкетен метод** – анкетиран са ръководството на лечебното заведение, лекарите и пациентите в съответното общинско БЛЗ. Анкетата е авторство на дисертанта. За целта на проучването са разработени специални въпросници: за ръководство съдържа 33 въпроса, за лекари, професионалисти по здравни грижи-35 въпроса, за пациенти -20 въпроса, **интервю**.

Методи за обработка на информацията: В разработката са използвани описателни и статистически методи:

- Графичен анализ – за визуализация на получените резултати с цел пълно и ясно интерпретиране на информацията. Използвани са „мрежовидни графики”
- Метод на средните величини

Посочените методи при провеждане на проучването взаимно се допълват, което позволява информацията да бъде многостранно оценена. За таблична и графична обработка и презентация са използвани продукти на Microsoft Office, както и продукти на Apple.

III. РЕЗУЛТАТИ ОТ СОБСТВЕНОТО ПРОУЧВАНЕ

1. Анализ и изводи от литературния обзор

1.1 Причини за състоянието на болничния сектор в България

Причината за състоянието на здравната система е от управленски характер: липса на ефективни правни, икономически, организационни, финансови, медицински и други механизми и регулатори, разработени от държавата за оптимизация на големината, разположението и структурата на болничната система. Този управленски и законодателен вакуум създаде условия здравната система да се поддържа с публичен ресурс с необосновано голям брой болници, немалка част от които са с голям брой легла. Нашето убеждение е, че поради липса на държавна политика и на действаща адекватна Национална здравна карта разкриването на нови лечебни болнични заведения, главно частни, не бе съобразено с реалните медицински потребности, както и с наличието на работещи лечебни заведения за болнична помощ и особено с наличния потенциал от медицински специалисти; не бе отчетена и заболяемостта на населението общо за страната и по региони. Според официалната статистика в страната работят 369 болнични лечебни заведения, от които 105 са частни. Големият брой болници и тяхната концентрация в големите градове са една от основните причини за неефективните здравни услуги и ограничената възможност за равен достъп до качествени здравни услуги за голяма част от населението. На основание на направения сравнителен анализ на данните от сключените договори с лечебни заведения – изпълнители на болнична помощ, могат да се очертаят следните фактори, които влияят в процеса на нарастване на разходите в болничната помощ:

- Непрекъснато се разкриват нови лечебни заведения, нови клиники/отделения за оказване на болнична помощ¹.
- Увеличава се броят на договорените нови дейности със стари договорни партньори.
- Основният пакет здравни дейности, гарантиран от бюджета на НЗОК, непрекъснато се разширява.
- Въвеждането в експлоатация на нови високотехнологични медицински уреди е свързано с нарастване на разход
- Подценяването на ролята на регулацията от страна на държавата на тези процеси създаде условия за свръхконцентрация на финансирането и предлагането на болничната помощ.
- Промени се структурата на разходите за болнична помощ по показателя форма на собственост.
- Продължават да съществуват сериозни рискове за устойчивостта на здравната система и особено за здравноосигурителния фонд, произтичащи от големите

¹Данни дог. НЗОК 2013-2017

задължения на лечебните заведения към доставчиците на лекарства, медицински изделия консумативи, както и на пречките пред тях за намаляването на задължениостта.

Най-важният извод, който може да бъде направен е, че не съществува универсален модел за болнични реформи. Всяка страна сама трябва да извърви своя път и да определи нивото на болничния си капацитет, съобразно потребностите, традициите и социално-икономическите си възможности.Преструктурирането в болничната помощ изисква промени в три главни направления:

- икономическо
- структурно/организационно/
- реформа в управлението

Самото преструктуриране е възможно да стане по два механизма:

- **Първият-** под въздействие изцяло на пазарните сили и свободната конкуренция без намеса на държавна регулация, като в случая се дава шанс да оцелеят и продължат напред най-предпочитаните болници, предлагащи висококачествени медицински услуги и удовлетворяващи пациентите от получената медицинска помощ. Възникването на все нови и нови болници и неотпадането на нито една болница от пазара на медицинските услуги, поради неконкурентноспособност доказва, че нито пазарът е истински, нито конкуренцията е свободна и реална. По тази причина в България този механизъм до момента не дава очакваните резултати. Към 2017 г. в нашата страна има 369 лечебни заведения за болнична помощ, като броят им плавно, но неотклонно нараства. Парадоксално е, че демографската криза се задълбочава, а броят на болниците става все по-голям.
- **Вторият механизъм** е свързан с регулативни действия от страна на държавата, в основата на която е изготвянето на Национална здравна карта на базата на здравните потребности за страната и за регионите, която да бъде предоставена на областите и общините като стандарт за преструктуриране на здравната система.

1.2. Заплахи за обществото и ролята на болниците, SWOT анализ.

В рамките на националната здравна система днес болничната медицинска помощ е в най-сложна ситуация, породена от несъвършенство на нормативната база, бързи и недостатъчно обмислени правила за работа и начини на финансиране, залагане на количеството, а по-малко на качеството. Мениджмънтът е насочен предимно към икономическите показатели, а в по-малка степен към крайния резултат, ориентиран към подобряване на здравето. Причините за това са многообразни и трябва да се търсят както в здравното законодателство, така и в сложния лабиринт от интереси в

триъгълника пациент-лекар-институция, които често се разминават. При анализа на състоянието на здравната система и рисковете, произтичащи от това състояние, определящи са принципните положения, залегнали в доклада на Световната здравна организация за финансирането на здравеопазването. В доклада, експертите на СЗО определят десетте най-чести причини за ниската ефективност на системата, които могат да се обединят в **пет основни групи: използване на човешките ресурси, разходи за лекарства, работа на болничния сектор, загуби в резултат на корупция и предлагане и осъществяване на медицински услуги**. Съществуващите рискове пред реформата на здравеопазването и създаването на условия за запазване на нейната устойчивост и стабилност са свързани с такива сериозни предизвикателства като: как здравната система може да стане по-ефикасна, как да се балансират ресурсите между профилактиката и лечението, как да се мотивира поддържането на квалифициран медицински персонал, как да се разпределя и регулира справедливо финансирането между пациентите, системите на общественото осигуряване и частните застрахователи, как конкуренцията да бъде изградена на базата на високо качество от предоставящите здравни грижи.? С особена острота стои въпросът как да се използват ефикасно новите високотехнологична апаратура и технологии, за да се осигурят висококачествени услуги на разумни цени. Равният достъп до качествено лечение и достъпът до скъпоструващи лечения има освен материално и своето морално и етично измерение. Това без съмнение ще създава рискове, свързани с оказване на допълнителен натиск върху публичните финанси и върху възможностите на публичните фондове за здравеопазване. В тази ситуация, не само осигуряването на стабилни темпове за увеличаване, но и акцентирането върху ефективността от финансиране на здравната система за преодоляване на възможните рискове са фактори с особено голям приоритет за нейната стабилност и устойчивост. Българското здравеопазване е основно концентрирано в болниците. Болничният капацитет значително надвишава средния за ЕС. За разлика от това амбулаторните и първичните здравни грижи не са достатъчно развити. Съществуват проблеми с достъпа до/на общопрактикуващите лекари, особено в слабо населените региони. Болничните заведения предоставят много услуги, които в други държави-членки се извършват амбулаторно. Анализ на хоспитализациите в България, изготвен от Световната банка през 2013 показва, че поне 20% от стационарно извършените услуги в болниците е можело да бъдат извършени в амбулаторни условия. Това се дължи както на “снижаването на хоспитализационния праг” от страна на лекарите в извънболнична помощ и липса на мотивация за провеждане на амбулаторно лечение, така и на желанието на пациентите да получат по –бърз и често безплатен достъп до диагностика и лечение в болницата. Липсата на избирателно договаряне, т.е. задължението на Националната здравноосигурителна каса да възстановява услугите, предоставяни от всички болници в страната, задълбочава финансовите проблеми на хазната. Националната здравна карта следва да послужи за основа на договорните

услуги в областта на здравеопазването. Липсват ясни правила за оценка на разходите за здравни услуги и механизъм за тяхното прилагане. Анализът на посочените и други примери показва, че не се наблюдава и анализира корелацията между крайните здравни резултати от обслужването на пациентите и направените за това разходи. Един от основните конфликти, които следва да се разрешат при определяне на ефективността на системата на здравеопазване, е изборът на приоритет от двата основни фактора: **ефективност на разходите и качество на здравните услуги**. И още: налага се да се оптимизира също така и **съотношението публично финансиране – обхват на частния сектор**.

Въпреки очевидната неефективност от работата на системата и потребността от нейната оптимизация все още не са разработени критерии за оценка на ефективността от използването на публичния ресурс, за обвързване на предоставения ресурс с изисквания за достигане на определено качество на медицинско обслужване и стимули за повишаването му. Повишаването на ефективността от използването на ресурса е свързано и с повишаване на мотивацията на медицинския персонал. Необходими са принципни промени в организацията и заплащането на медицинския персонал и разработването на мотивационни механизми, с които да се подобри качеството на обслужване на пациентите и преодоляването на емиграцията на квалифицирани кадри. Практиката показва, че за да се повиши ефективността на работа на общо-практикуващите лекари, се налага да се промени моделът на заплащане на тяхната дейност. Една от възможностите за това е капитацията при заплащането им да се замени със система от показатели за оценка на извършена дейност, като основен критерий да е качеството на медицинското обслужване. Независимо от все по-задълбочаващите се проблеми с осигуряване на необходимите специалисти, липсва последователна политика по подготовката, използването и развитието на медицинските кадри. Трайна тенденция е да се задълбочават деформациите в структурата по отношение броя на специалистите по отделни специалности и на териториалното разпределение на квалифицираните медицински кадри. Броят на висококвалифицираните кадри намалява, като при някои специалности, като патоанатоми, съдебни лекари, анестезиолози, детски лекари, микробиолози, хирурзи и други, е под критичния минимум. Голяма част от висококвалифицираните лекари и лекарите със специалност напускат страната, особено младите. Критично е положението с броя и възрастовата структура на лекарите и медицинските сестри. Броят медицински сестри на глава от населението е далеч под нивото на всички останали страни в европейския регион. Много медицински сестри са емигрирали или са намерили друга реализация, по правило свързана с по-високи доходи. Показателна е аномалията, че през последните години броят на завършилите лекари е по-голям от броя на завършилите образованието си медицински сестри. Липсва стройна система за продължаващо медицинско образование, в резултат, на което повишаването на квалификацията е

оставено на инициативата и издръжката на съсловието. Анализите показват, че съществува дълбока диспропорция във възрастовата структура на персонала на медицинските заведения. По данни на Българския лекарски съюз 49% от практикуващите лекари са във възрастовата група 46 – 60 години и едва 25% между 31 – 45 години. Средната възраст на българските лекари в момента е 53 години, а само 5% от лекарите са на възраст до 30 години. В тази връзка, трябва да бъдат разработени гъвкави политики за наемане на необходимите човешки ресурси в бъдеще с цел да се разреши парадокса на демографските промени. От една страна, все повече здравни специалисти са необходими за грижата населението, което е застаряващо, дълголетно и с все повече хронични заболявания, а същите тези демографски промени водят до все по-малко наличие на потенциални здравни специалисти. Тези политики трябва да бъдат насочени специално към жените, възрастните и имигрантите, за да може да бъде преодоляно несъответствието между търсене и предлагане. Също така, целенасочени усилия трябва да бъдат положени за организация и реорганизация на работата на по-възрастните поколения лекари и професионалисти по здравни грижи в реалностите на все по-технологичен и модерен здравен сектор. В продължение на шест години повече от 3000 лекари специалисти са напуснали страната. През по-следните две години се забелязва стабилизиране. Половината от напусналите през последните години медици са на възраст между 31 и 45 години и голямата част от тях са изградени и доказали се професионалисти с придобита специалност. Основната причина за емигрирането на младите лекари, според анкети на БЛС, освен ниските доходи е липсата на възможност и условия за кариерно развитие, възможности за специализации и професионален растеж в кариерата. По мнение на младите лекари, липсват ясни правила за тяхното кариерно развитие, защото твърде често професионалното израстване се основава на роднински връзки и лични симпатии. Тази “паралелна система” на развитие на човешките ресурси действа пагубно на системата на здравеопазването. Изследователите La Forgia и екип демонстрират, че паралелните системи са ‘modus operandi’ както в развиващия се свят, така и в развитите страни. Те са дотолкова оплетени в институционалната структура на здравния сектор, че нито една реформа не променя това, което се случва в болничните заведения. Не на последно място, паралелната система е отворена за манипулация от страна на административните служители, политиците и самите медицински специалисти. Следователно, следвайки тази хипотеза се поставя под съмнение организационната култура в смисъл на споделени цели и ценности, както и ангажираността на лекарите към организацията, ако те се чувстват жертва на паралелната система или започват да я използват в свои интерес. Едно от следствията на паралелната система е прекъсването на връзката между добрите резултати и възнагражденията, били те финансови или не, и създава алтернативни сфери, където лекарите насочат своето внимание. Това води до липса на ангажираност с целите на организацията, което допринася за по-вялите

усилия на лекарите, които се наблюдават в обществените болници и от там, на пониското качество на медицинските услуги. Друг извод, който може да бъде направен е, че наемането на повече лекари няма да се справи с основата на проблема на ниската мотивация и липса на ангажираност. Все още не са приети конкретни стъпки за въвеждането на адекватни механизми за финансово и морално стимулиране на труда на съсловието, както и за осигуряването на ресурс за съвременно технологично оборудване на акредитираните бази за обучение. За младите лекари е много трудно да се зачислят за специализация, да я проведат и да работят на подходящо място, което да им гарантира качествено обучение и развитие. Прозрачността и достъпността от резултатите и ефекта от дейността на лечебните заведения предполага разработването на нова система за обективен рейтинг. По мнение на експерти създаването на рейтингова система на болниците е абсолютно необходима за нашата практика. Наличието на независима от държавата система за атестиране и оценка ще позволи да се предоставя на осигурените лица реална информация за качеството на обслужване и за възможностите за лечение в отделните болници, клиники и отделения. Тук решаващо е участието и ролята на неправителствения сектор в организирането, провеждането и популяризирането на подобна дейност. Подготовката и мотивацията на здравните мениджъри трябва да се разглежда като важно средство за повишаване на ефективността на предоставения ресурс и подобряване на дейността на лечебните заведения. Подкрепяме тезата на проф. д-р В. Борисов за „неумението и нежеланието да се видят и решат истинските, приоритетните проблеми на здравеопазването. **Необходимият SWOT анализ и изясняването на тези потребности и осигуряването на достатъчни болнични услуги на населението е основен приоритет на здравните власти.**

Най-оптималният подход за реструктуриране на болничната помощ в публичния сектор и гарантиране на относително равномерно териториално разпределение на болниците, е в идеята общинските болници да бъдат интегрирани с областните и във всяка област болничната помощ да се разглежда като единно цяло. Така се обединява целият потенциал от материални, човешки и финансови ресурси на територията на дадена област- обстоятелство, особено важно в условията на криза и забавено икономическо развитие, които за съжаление, ще ни съпровождат в обозримото бъдеще.

1.3 Социалните рискове, най-силно влияещи върху общинското здравеопазване.

Общинската здравна политика е част от социалната политика на държавата. Тя е вид здравна политика със специфични регионални цели и приоритети, свързани с начина на живот, здравната култура и ниво на здравеопазване. Задълженията на общината като здравно-политически функции имат два аспекта:

- Отговорност пред общността за здравната ѝ сигурност.
- Осъществяване на правомощия за териториално администриране и контрол на обществените процеси

Водената здравна политика или по-скоро отсъствието на такава доведе до тотален срив на здравната инфраструктура в някои региони и предимно на общинското здравеопазване в по-отдалечените райони. Държавата не отделя достатъчно публични ресурси за здравеопазване и не предлага защитни механизми за отдалечените региони и такива със слабо икономическо развитие. Общината е авторитетна институция, демократично избрана институция, която има властта и възможностите да инициира и осъществи мащабни инициативи, каквито са интервенциите в общественото здраве. Здравото население е необходимо условие за икономическа производителност и поради тази причина, разходите за здраве не са просто разноски, те са и инвестиции. Разходите за здраве изглеждат тежест, но реалната цена за обществото са непреките разходи, свързани със здравословни проблеми, както и липсата на инвестиции. Например, проучване на Световната банка сочи, че от всички българи, които не работят на пълен работен ден по семейни причини, 41% от жените и 23% от мъжете биха работили повече, ако са налице достъпни грижи за болни, възрастни или хора с увреждания. Най-високо отражение на рисковете се намира в общинските населени места и особено в малките общини със застаряло, бедно население и ограничен достъп до здравната система. Сериозен фактор за ограничаване на рисковете, свързани с регионални дисбаланси, е възможността да се децентрализира вземането на управленски решения и особено по проблеми от социален характер. По този начин се създават условия да се повишават отговорността и самостоятелността на местните органи на управление в сферата на здравеопазването. Разширяването на местното самоуправление е свързано с поемането на повече права и отговорности от органите на управление на общините при решаване на местните проблеми и най-вече на социалните. Това предопределя и поведението на местните власти при решаване на здравните проблеми на населението, които са и най-деликатни и са особено значим фактор за подобряване на ефективността на областната и общинската администрация. Създава се възможност за по-добра координация и съгласуваност между работата на местната власт и здравните заведения и здравната администрация и се създават по-добри условия за ефективност в съвместните действия на местната здравна администрация със здравните заведения от региона. Създават се условия за мобилизация на различни по характер местни ресурси – финансови, трудови, материално-технически – за подобряване на качеството, разширяване на обхвата и задоволяване на конкретните потребности от здравни услуги и медицинско обслужване на населението от района. Местните органи и власти са единствено способни да излязат извън "тежката зависимост" от статистиката по определение на Sainsbury (1998), която води до практическото изключване на много хора от качествени здравни услуги. Този подход е и в духа на съвременните препоръки за фокус към индивидуалните потребности за установяване на разнообразни и трудно класифицируеми затруднения при посрещане на здравните и социални нужди. Осигурява се непосредствена и ефективна обратна връзка за резултатите от

качеството на оказаните медицински услуги и особено за възможностите, които се откриват за превантивна дейност, която е от особено значение при оценката на ефективността на здравните системи в регионите. Децентрализацията позволява да се отчетат най-пълно местните приоритети в здравното обслужване, да се доближат до хората основните видове профилактична и лечебна дейност. Стремехът е регионалната система на здравеопазване да удовлетворява напълно здравните потребности в региона с изключение на високоспециализираните видове медицинска помощ. Стратегията Европа 2020 дефинира понятието „риск от бедност или социално изключване” с помощта на показател, състоящ се от три части, които включват риск от (относителна) парична бедност, тежки материални лишения и ниска работна интензивност. Държавата не отделя достатъчно публични ресурси за здравеопазване и не предлага защитни механизми за отдалечени региони и такива и със слабо икономическо развитие, но стимулира и активно съдейства за създаването на нови лечебни заведения и разкриването на нови дейности, които се финансират от тези ресурси. Следователно, системата на финансиране на болничната помощ в България е силно отворена, либерализирана и нерегулирана – всеки юридически субект, изпълнител на болнична помощ би могъл да влезе в нея, но и всеки ползва предимно публичен ресурс. Това създава натиск от страна на изпълнителите върху системата на финансиране. Доколкото в България населението разполага с ограничени средства за директни (кешови) заплащания натискът е ориентиран предимно върху ползването на публични средства.

1.4. Движениена човешките ресурси в болничните лечебни заведения

В страната ни се наблюдава засилваща се тенденция към недостиг на медицински персонал – лекари и медицински сестри. Това е резултат от липсата на държавна отговорност за решаване на общите проблеми на работещите в системата на здравеопазването у нас. Причините са много: лоша политика на обучение и квалификация, недостатъчни стимули и липса на мотивация на здравните кадри, липса на стратегическо планиране и адекватна политика на финансиране и инвестиции, емиграция в чужбина. Емиграцията на здравни професионалисти нараства в последните години. Политическите промени, довели до свободно движение на хора, стоки и услуги в глобализиращия се свят, дават старта на този процес. Икономическите кризи и териториалните диспропорции засилват миграционните процеси. Разликите в благосъстоянието на цели общества и различни обществени и професионални групи стоят в основата на движещите мотиви за емиграция. Тези различия се измерват с икономически показатели на макро- и микро- равнище като: брутен вътрешен продукт, ниво на безработица, равнище на доходите, структура на доходите и потреблението, индекси на човешко и социално развитие, както и измерителите на субективно благоденствие. Въпреки че посочените по-горе показатели за относително добра осигуреност с лекари и специалисти по здравни грижи - над средните равнища за държавите от ЕС, в различните региони на България

междурегионалните различия са огромни. Например, ако в София се падат 478 лекари на 100 000 население, то в Ямбол осигуреността е 235 на 100 000. Сериозен проблем е и недостигът на лекари по някои специалности - нефрология, пневмология и фтизиатрия, анестезиология и интензивно лечение, УНГ болести, психиатрия, инфекциозни болести, клинична патология и др. Но това е очакван резултат, имайки предвид систематичното, целенасочено и разрушително подценяване на лекарския труд. Разбира че това води до дисбаланс на регионално ниво, на ниво специалности, на ниво лечебни заведения, на ниво общини. Част от миграционните потоци са насочени от по-малките градчета към големите населени места, което има сериозни последици върху свободния избор на лечебно заведение, осигурения свободен достъп, адекватното предоставяне на здравни услуги и в крайна сметка върху качеството на живот в малките населени места. Миграционно движение има от публичния към частния сектор. Това е много труден за идентификация и описание процес, поради факта, че обикновено здравните кадри работят и в двата сектора, което лишава от ефективност работата на здравеопазната система, създава безпорядък и е източник на икономически загуби. Миграцията се отразява и върху мениджмънта на лечебните заведения като намалява резултатността и иновативността им. Трансграничните миграционни процеси са насочени към държави с високо и стабилно икономическо развитие, с модерно здравеопазване и по-добри условия на труд. Резултатите от емиграцията за системата се оценяват предимно като негативни, като се посочва загубата на квалифицирани кадри със знания, умения и опит, придобити след скъпо за обществото държавно образование и разклатено доверие в системата. Много сериозни диспропорции се забелязват в заплащането на лекарския труд и труда на специалистите по здравни грижи на ниво специалност, болници и региони. Заплащането е много по-високо при специалистите по инвазивна кардиология, кардиохирургия, кардиология и значително ниско при детски болести, пневмология и фтизиатрия, физиотерапия. По-високо, по принцип, е заплащането в областни и университетски болници, поради държавните субсидии, финансиране по проекти и извършването на платени клинични проучвания в сравнение с общинските болници. По данни на Института по социални и синдикални изследвания, средната работна заплата в здравеопазването е с 15% по-ниска в общественния сектор и с 3% - в частния, а възнагражденията на жените са средно със 100 лв. по-малко от тези на мъжете. Липсва методика или поне рамкови правила за заплащане на лекарите и специалистите по здравни грижи в зависимост от относителния дял /обема и сложността/ на положения труд в болничната дейност при лечебните заведения с държавно участие или общинските болници. Правителството не предприема никакви мерки за повишаване на възнагражденията на медицинските сестри. Професията губи своята привлекателност, защото работещите са изключително натоварени. Липсва система за продължаващо обучение на медицинските сестри. Липсва и нормативна уредба, която регламентира степените на компетентност и квалификация

на тези кадри. Това води до липса на възможности да се договаря заплащане на сестрите, съответно на тяхната квалификация. Засилва се тенденцията към постоянно намаляване на броя на медицинските сестри в страната. Рязко намаляват кандидатстващите за тази професия. В същото време с много бързи темпове нараства миграцията на професионалистите по здравни грижи, като се предвижда огромен дефицит на кадри. Голяма част от тях напускат професията и се ориентират към по-добре платени и по-престижни професии. Съгласно препоръките на Световния съвет на сестрите, една медицинска сестра трябва да обслужва 4 пациенти. За нашата страна този стандарт към настоящия момент е неизпълним. Оптималното съотношение между броя на лекари и сестри в болничните лечебни заведения е 1 към 2. В някои болници в България това съотношение е обърнато и на 2 лекари се пада 1 медицинска сестра. „Изтичането” от системата на утвърдени специалисти води до загуба на инвестиции в хора и време, нарушава работата на съгласувани професионални екипи и приемствеността в квалификацията им. Прогнозите са, че през 2020 г. около 15% от здравното обслужване на населението в Европа няма да бъде осигурено с кадри. Особено необходими ще са специалистите, които работят между здравната и социалната сфера в грижа за застаряващо население с множество хронични болести. Миграцията трябва да бъде управлявана с цел да се намали негативния ефект върху държавата- източник като фокусът трябва да е насочен към:

- Мониторинг на миграцията (тенденции)
- Мотиви за миграцията- защо здравните професионалисти решават да имигрират
- Управление на миграцията

1.5 Закономерности, произтичащи от еднаквата отговорност при предоставяне на медицински услуги-мениджмънт, ресурси, резултати.

Независимо от присъщата специфика и обхвата на дейности, характерни за всяка болнична администрация и управление, могат да се отличат закономерности, произтичащи от еднаквата отговорност при предоставяне на медицински услуги, обезпечени пряко с дължимите здравни осигуровки или косвено от трансфери от държавата, които да бъдат съпоставени с други медицински структури. Тази възможност се подценява от мениджърите в здравните заведения. Моделите за планиране на работната сила в лечебните заведения зависят от действителното функциониране на пазарите на труд и по-специално– от заместването на лекарски труд с друг вид медицински специалности. Те се базират на възприемането на дейностите на медицинските заведения като производствени процеси, които трансформират ресурсите труд, капитал и други в резултати/ефекти. Специализацията на лекарите, така както и неравномерното разпределение между градските и селски области до голяма степен възпрепятства планирането. За успешното осъществяване на политиката по управление на човешките ресурси на здравното заведение е много важно да се постигнат балансиранни връзки между всички използвани ресурси, които

могат да повлияят на бъдещата стратегия за развитие. Регламентираните стандарти, с които се определят численостите на персонала в държавните и общински здравни заведения и разходите за издръжка на дейностите в тях, за които държавата предоставя бюджетни средства, също ограничават възможностите на мениджърите. По този начин централната власт упражнява непосредствен контрол върху ресурсите, предоставени за управление на мениджърския състав на здравните заведения. Централизираното определяне на числеността на персонала значително ограничава възможността за повишаване на ефективността при управление на човешките ресурси. Механизмите на финансиране и начините на управление на човешките ресурси пряко засягат параметрите на бъдещия трудов ресурс. Методите за заплащане въздействат силно върху поведението на наетия персонал. Следователно, съществено внимание трябва да бъде обърнато на конструирането на нова система на заплащане на здравните услуги в контекста на социалното здравно осигурителни схеми и ескалирането на здравните разходи. Подходящият механизъм на заплащане трябва да е стимулиращ конкуренцията сред доставчиците на медицински услуги и да спомага за повишаване на производителността. Очакванията на работодателя и служителите по отношение на възнагражденията често се разминават. Мениджърските умения изискват търсене и намиране на пресечната точка между тези противоположни интереси, които могат да предизвикат непреодолими конфликти. При всички случаи заплащането на положения от служителите труд трябва да се намира под непрекъснато наблюдение от страна на мениджъра и да се предприемат превантивни и адекватни действия, които да поддържат мотивацията. Здравословните и безопасни условия на труд са неотменно човешко право и затова са важна насока в управлението на човешките ресурси във всяка организация. Освен това, те пряко влияят върху ефективното участие на служителите в трудовия процес. Неадекватните трудови условия могат да доведат до трудови злоупотреби, професионални заболявания, а от там - до трайно намалена трудоспособност с преки последици не само за потърпевшия служител, но и за работодателя/плащане на болнични, обезщетения, търсене на по-лека работа и др. Интензификацията на труда в следствие на технологичното развитие в допълнение на специфичните характеристики на здравните професии като работа на смени, 'несоциални' и 'ненормирани' работни часове, силно са увеличили допълнителните нива на стрес в работната среда, освен тези изначално свързани с лекарската и сестринската/акушерската професия. Мениджмънтът на човешките ресурси в здравеопазването е комплексна дейност и зависи от много фактори - здравната политика, ролята на професионално-съсловните организации, политиката на висшите учебни заведения по приема и обучението на студенти, съществуващата система за следдипломна квалификация и продължаващо обучение, мотивацията на кадрите, обществените оценки и други. На нивото на здравната организация, мениджмънтът на човешките ресурси е безспорен приоритет на здравния мениджър. Той е този, който генерално регулира съотношението, взаимовръзките и ролята на

различните съсловия и професионални групи, отговаря за добрата мотивация, така че всеки служител да е съпричастен и отговорен за постигане целите на организацията.

2. Анализ и изводи от анкетното проучване

2.1. Характеристика на контингента: ръководство, лекари и специалисти по здравни грижи (персонал)

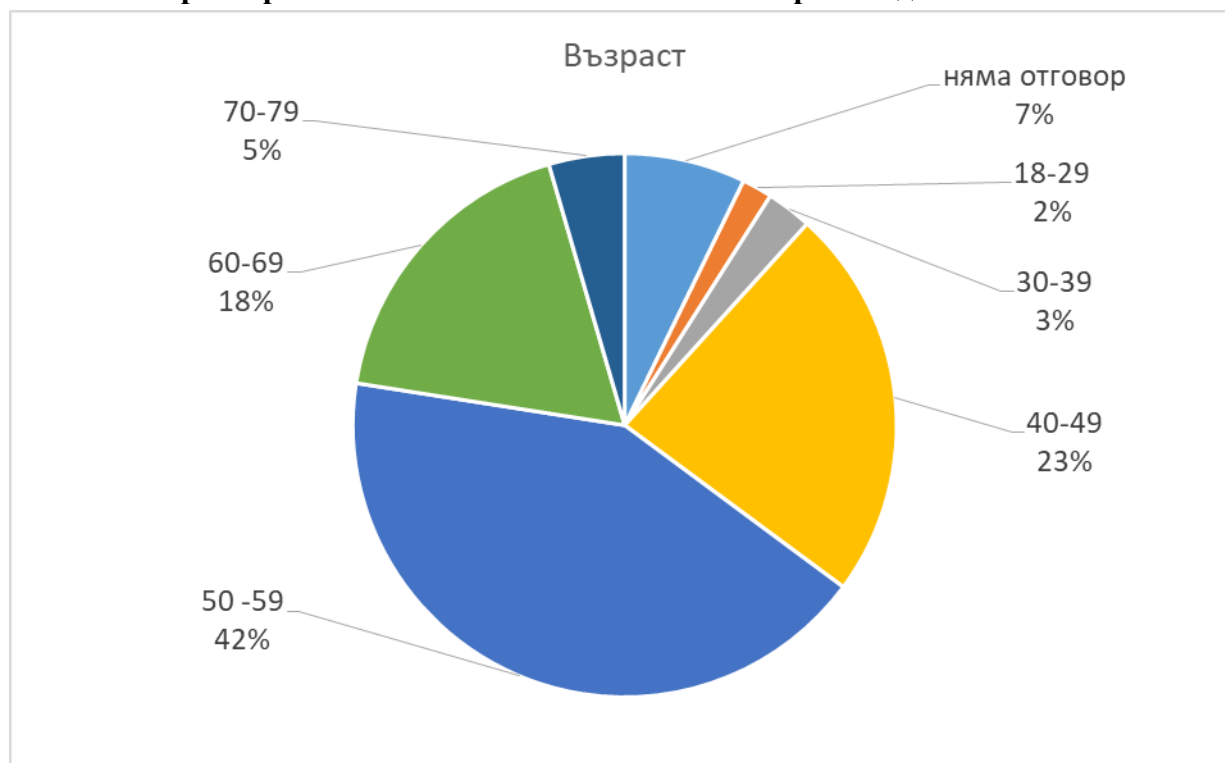
На таблица е представен характеристиката на участниците в анкетата по пол, възраст, специалност и трудов стаж. В ръководството са анкетирани, освен топ мениджмънта и завеждащ отделения и старши сестри. Общият брой отговорили 294, от тях персонал 183 и ръководство 124 човека.

Табл.2. Характеристика на контингента: ръководство, лекари и специалисти по здравни грижи (персонал)

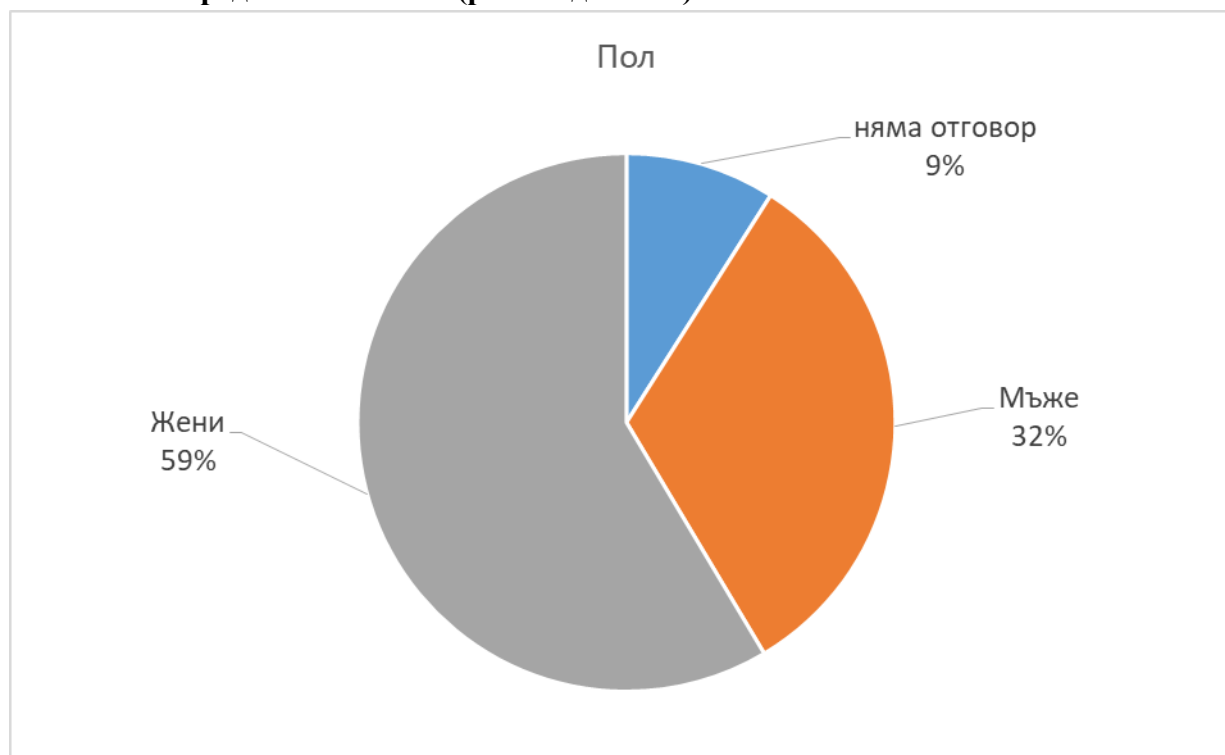
Въпрос	Отговори	Общо	%	персонал		ръководство	
				брой	%	брой	%
Възраст	а) до 40 г.	44	15%	31	17%	13	12%
	б) до 60 г.	192	65%	119	65%	86	65%
	в) над 60 г.	58	20%	33	18%	25	22%
Пол	а) мъж	70	25%	34	19%	36	36%
	б) жена	213	75%	148	81%	65	64%
Специалност	ДА	101	55%	56	75%	45	42%
Трудов стаж в болницата	а) до 5 г.	46	16%	27	15%	19	17%
	б) 6 - 10 г.	11	4%	10	5%	1	1%
	в) над 10 г.	237	80%	146	80%	91	82%

От направеният анализ е видно, че най-многобройният контингент е на възраст от 40 до 60 г. и представлява 65% от анкетираните. Над 60 г. са 20% от анкетираните, което сравнен с младите хора е много по-голям и потвърждава факта за демографското разпределение и застаряване на населението. Благоприятен е фактът, че 55% имат специалност, но тук трябва да се има в предвид, че контингентът персонал, освен лекари има и специалисти по здравни грижи. Ръководният персонал в 42% има специалност, което е логично и подкрепя факта, че ръководството в повечето случаи е от лекари със специалност. По отношение на пола, преобладават жените, от което е видно, че медицинската професия е феминизирана. Над 10 год. трудов стаж имат 80% от анкетираните, което кореспондира с възрастовата характеристика и наличието на специалност.

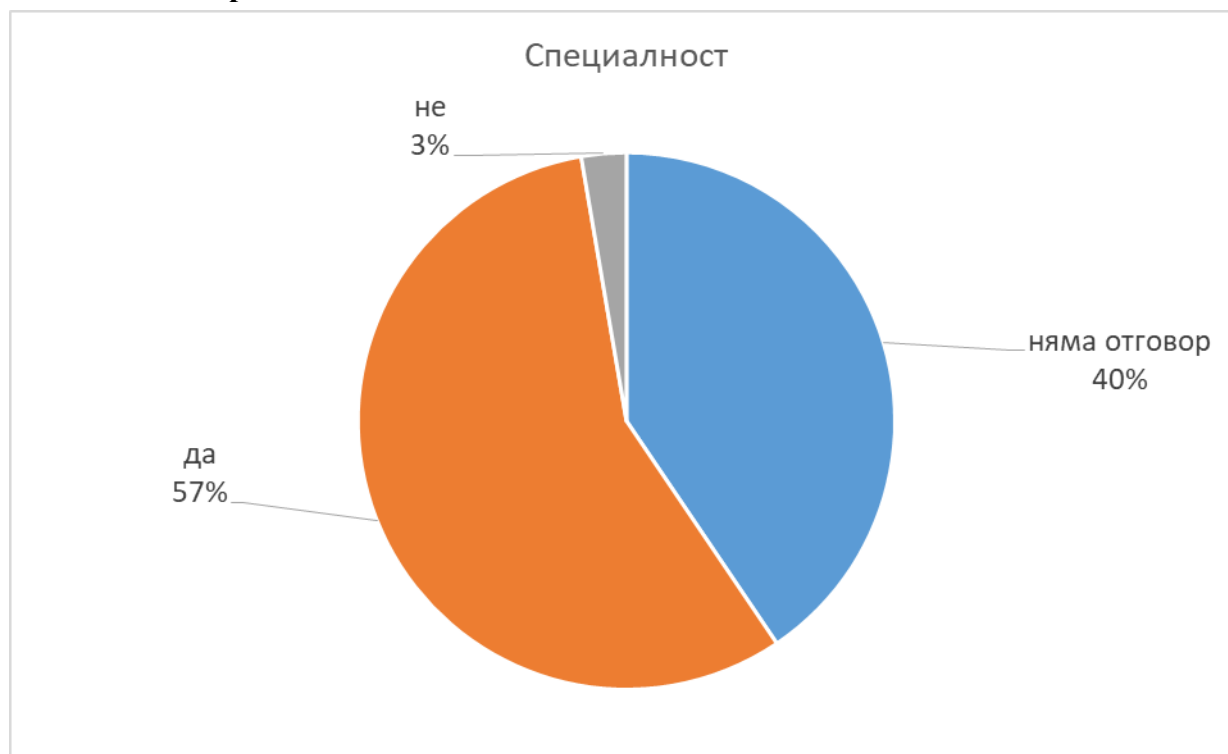
Фиг.№1. Характеристика на контингента в анкета за ръководство на ЛЗ



Фиг.№2.Разпределение по пол (ръководството)



Фиг.№3. Разпределение по наличие на специалност



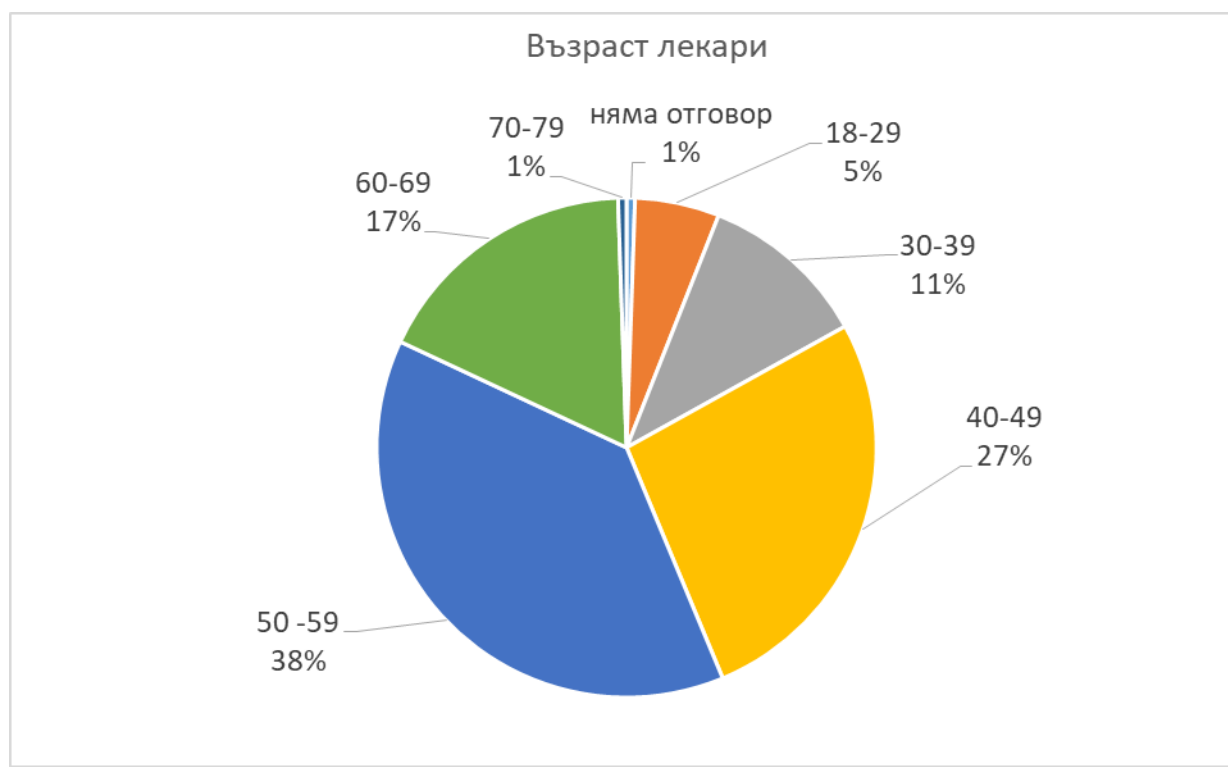
Най-многобройната възрастова група е между 50-59 г 45% от анкетирувания контингент, което заедно с групата 60-69 г- 18% и тази над 70 г.-5% представляват 2/3 от работещите. Този факт е обясним поради няколко фактора: общото застаряване на населението, ниската раждаемост, най-вече в малките населени места, икономическото неравенство и миграцията вътрешна и външна, на младите хора и специалистите. Само 28 % са млади хора между 18-49г., което е изключително обезпокоително. Характеристиката „специалност“ се отнася само за лекари и поради тази особеност на анкетата имат 57% от анкетираните. Логично, преобладават жените, поради феминизирането на медицинската професия и уседналостта на този контингент.

Характеристика на контингента в анкета за персонал в ЛЗ

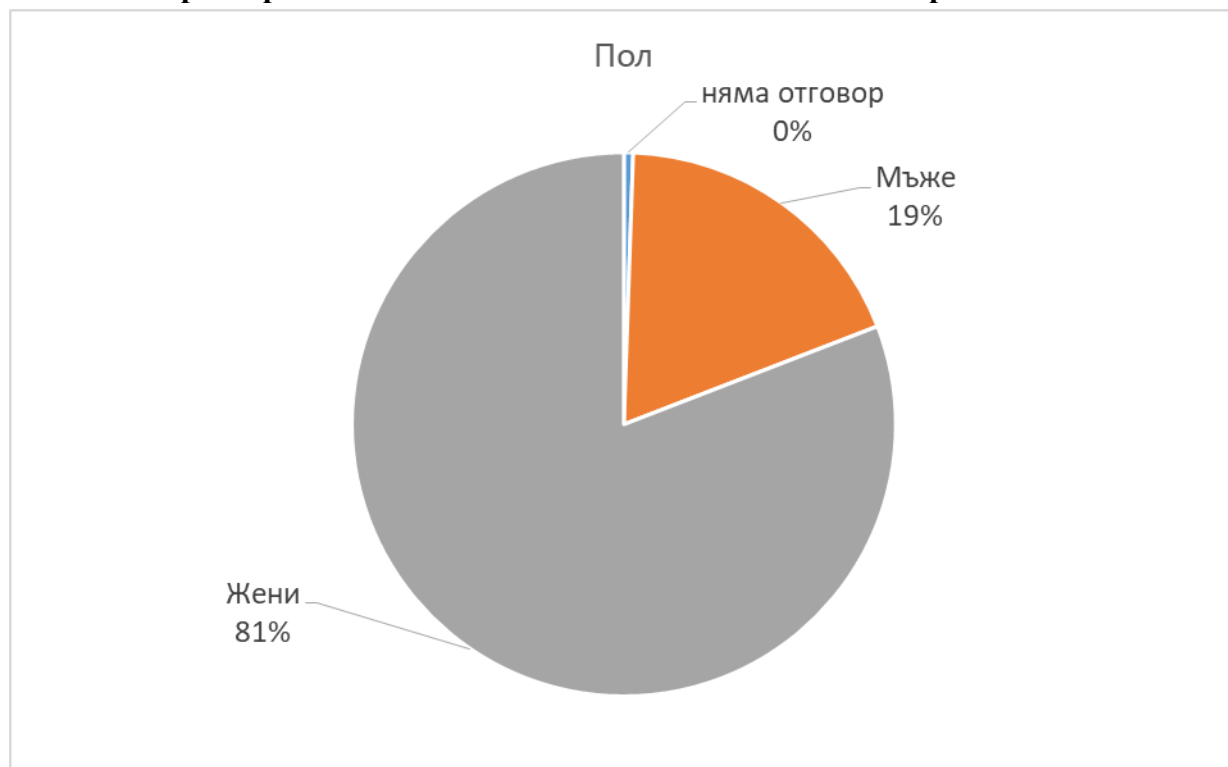
Въпросите в анкетата за персонал са идентични с тези в анкетата за ръководство със следните допълнения: **в-с 20 «Полагате ли извънреден труд извън болницата»; в-с 21 «Удоволетворява ли ви стила и поведението на ръководството на болницата».**

Повече от половината 55% са на възраст от 50 г до 69% г, само 16% са от 18 до 39г., дори има и над 70 годишна възраст. Работещите отговарят на демографската характеристика на застаряване на населението и миграцията на по-младите към големите населени места и чужбина, включително и търсене на по-атрактивно заплащане и икономическа самостоятелност. Преобладават жените 81% и мъже 19%, което отговаря на феминизирания профил на медицинските специалисти.

Фиг.№4.Характеристика на контингента в анкета за персонал в ЛЗ

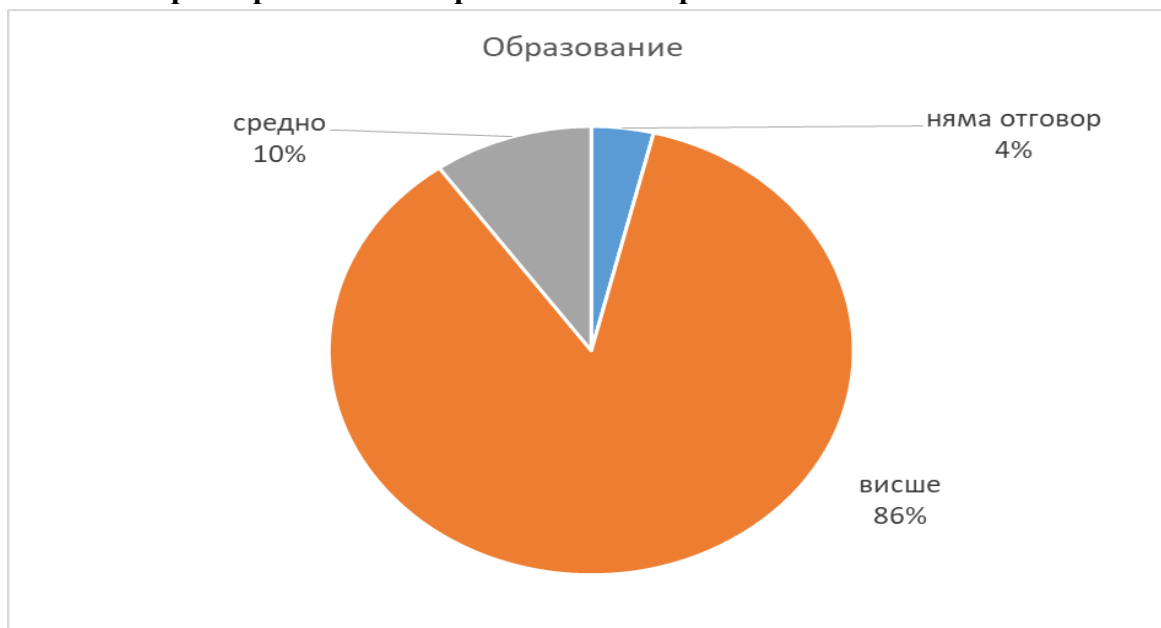


Фиг.№5. Характеристика на контингента по пол в анкета за персонал в ЛЗ

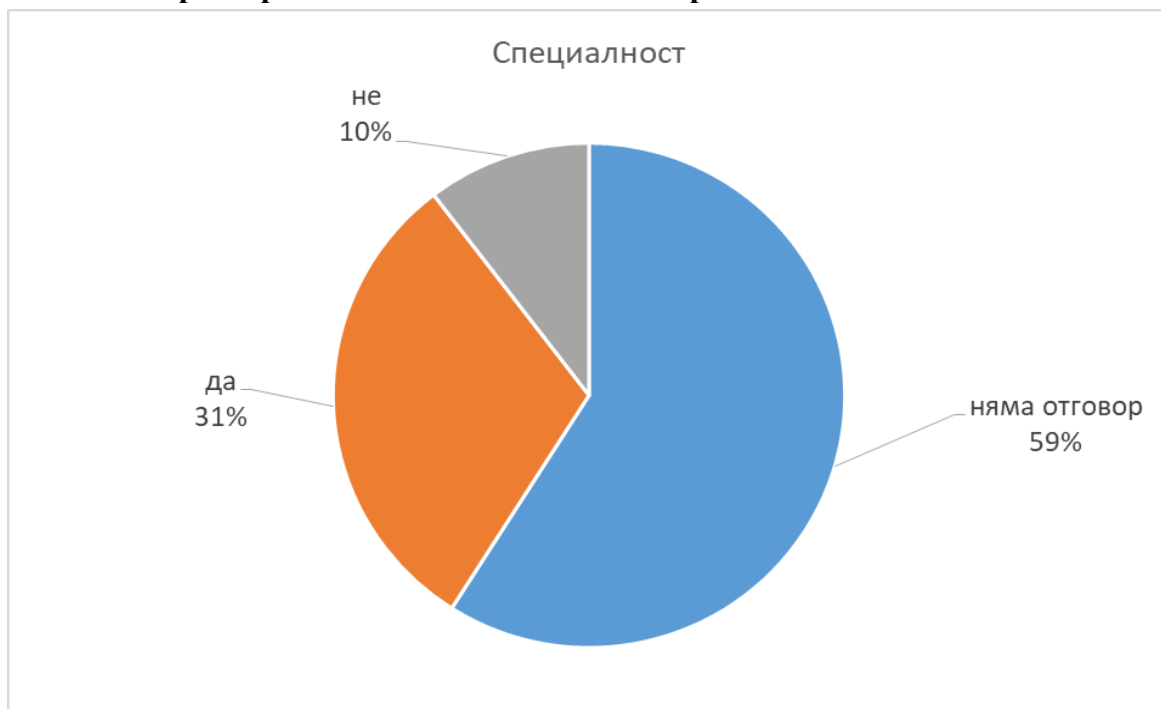


Преобладават висшестите 86%, 31% имат специалност, а високият процент 59%, които отговарят с „не“, се дължи на участниците в анкетата специалисти по здравни грижи.

Фиг.№6 Характеристика по образование за персонала на ЛЗ



Фиг.№.7. Характеристика по специалност за персонала на ЛЗ



2.2. Резултати от проведената анкета- ръководство и персонал

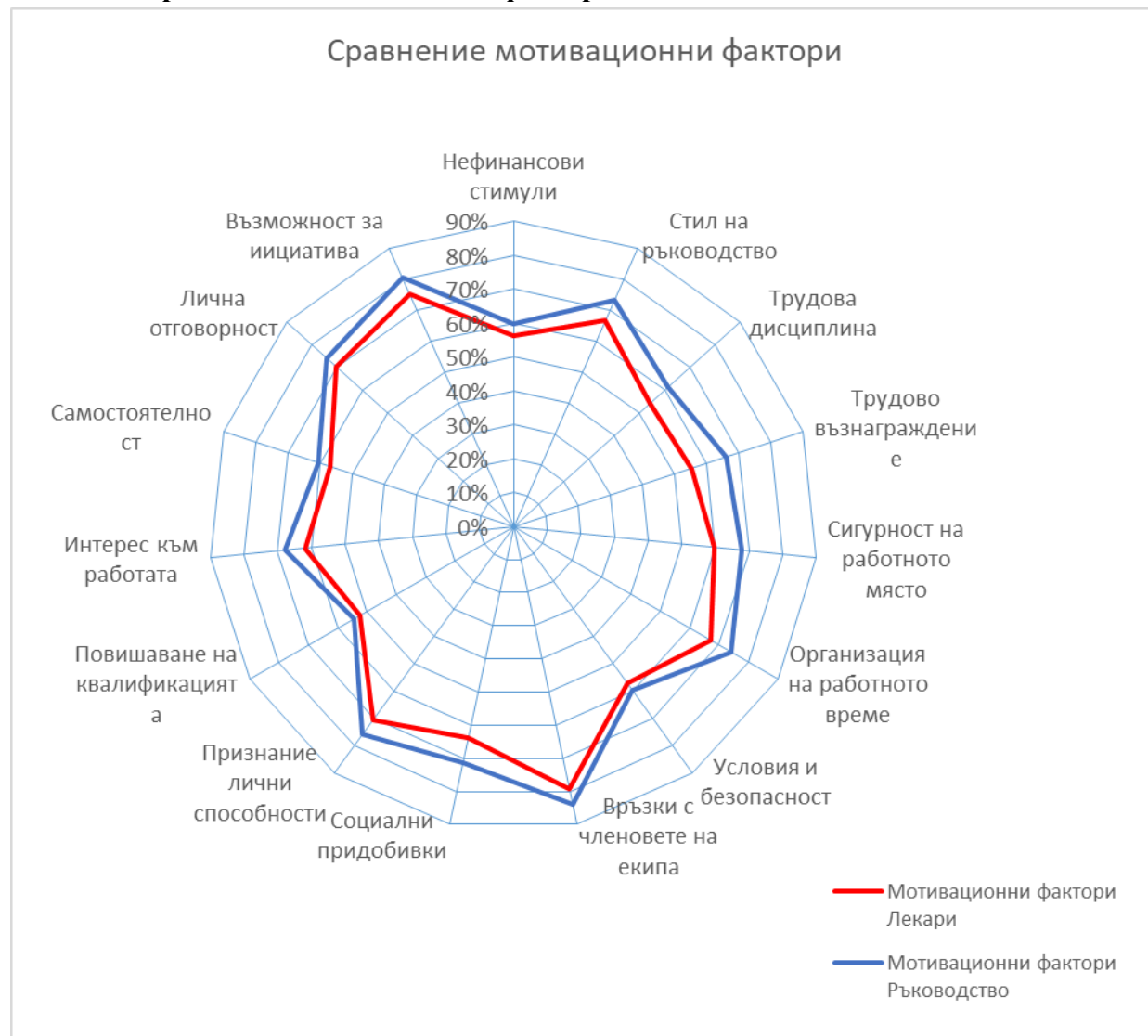
Извършеното практическо проучване в 10 общински болници на мнението на ръководство и лекари за мениджмънта и системата за управление на човешките ресурси в тях, ни дава основание да бъде изведен извода, че се налага нов подход за управление в здравеопазването, който да се концентрира едновременно върху потребностите на медицинските специалисти и нуждите на обществото. Това трябва да бъде подход, при който основните решения в сектора се определят от изискванията и очакванията на потребителите на здравната услуга, както и на изпълнителите на медицински услуги. Това се налага от факта, че човешките ресурси в системата са пряко свързани с резултатите и ефектите, получавани от дейността на здравните заведения– качествена и достъпна медицинска услуга за населението. За да подкрепим тази теза, направихме групиране и сравнихме отговорите на някои от най-важните въпроси от двете групи респонденти, касаещи оценката на мениджмънта на лечебното заведение и условията за работния процес, удовлетвореността на персонала и ръководството, най-важните мотивационни фактори за човешкия ресурс, оценката за възможността за професионално и кариерно развитие, както и кои са най-важните фактори за подобрене на резултатите и качеството на дейността. Много важно за качеството на медицинските услуги и мотивацията за работа е удовлетвореността от работата която се извършва. Важно за управлението на мотивацията на персонала е познаването на мотивационните фактори. На въпросът ***“Кои от следните фактори мотиватори ви удовлетворяват най много?”***, който е еднакъв и за двете групи анкетиранни, съдържащ 15 мотиватори, резултатите са следните:

№	Мотивационен фактор	Позиция 1-15
1.	Стил на ръководство	
2.	Трудова дисциплина	
3.	Трудово възнаграждение	
4.	Сигурност на работното място	
5.	Организация на работното време	
6.	Условия и безопасност на труда	
7.	Връзки с членовете на екипа	
8.	Социални придобивки	
9.	Признаване на личните способности	
10.	Възможности за повишаване на квалификацията	
11.	Задоволство, интерес към работата	
12.	Самостоятелност на работата	
13.	Лична отговорност	
14.	Възможност за инициатива и изява	
15.	Възможност за растеж и себerealизация	

Мотивационни фактори (въпрос 8), фиг. №8 посочени от ръководството и персонала на лечебните заведения са успоредни и еднаква значимост между 60%-80%,

като се различават с 5-10 % в полза на ръководството. Най-голямо значение се отдава на екипността, възможност за инициатива, признание на личните способности, интереса към работата, стила на ръководство, организацията на работното време, сигурността на работното място, трудовото възнаграждение. Другите фактори също с висока значимост около и над 60% са ранжирани по следния начин: условия за безопасност, трудовата дисциплина, нефинансовите стимули, самостоятелността, социалните придобивки и повишаване на квалификацията.

Фиг.№8. Сравнение мотивационни фактори



Другата група въпроси касаят удовлетвореността от работата-въпроси 9, 10, 23, 24, 25 на фиг.№ 9. За по-голяма яснота и визуално разпределяне представяме три графики на отговорите с „да“, „не“ и „отчасти“. В графика №9, отговор „да“ има съществена разлика в удовлетвореността между ръководството и персонала, въпреки че отговорите са до 50%, т.е половината от респондентите. Ръководството счита, че има условия за кавалификация-

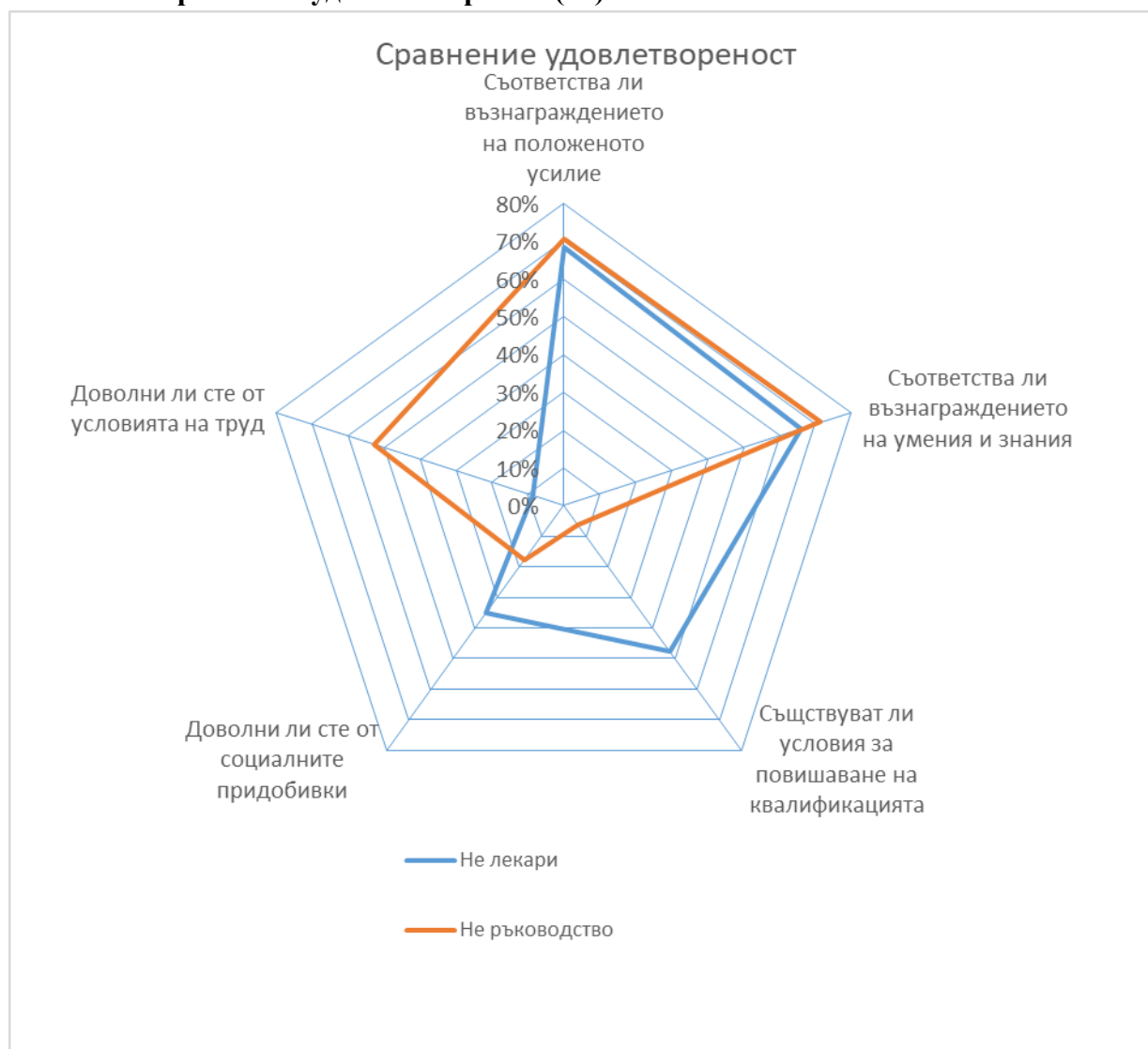
50%, докато лекарите и специалистите са значително по-скептични- 25%, затова пък персонала счита, че има добри условия за труд -50%, докато само 20% ръководството са доволни. Само между 10-15 % и от двете групи са доволни от възнаграждението.

В графика №10, отговор „не“ и двете групи са категорични 70% , че възнаграждението не съответства нито на положените усилия, нито на уменията и знанията на респондентите.Разликите са значими при оценката на условията за повишаване на квалификацията, 50% от персонала считатат, че няма такава възможност, докато ръководството не е съгласно с тази оценка и счита че няма само в 10%. Този отговор е логичен като се има предвид, че в ръководството влизат началниците на отделения, управителите на лечебното заведение, старшите сестри, които *a priori* са избрани заради по-високата квалификация и умения чрез конкурс. Разлика има и в оценката на условията за труд, която кореспондира с заключенията от горната графика, по-недоволни от условията са ръководството.

Фиг.№9. Сравнение удовлетвореност(да)



Фиг. №10. Сравнение удовлетвореност(не)



Третата графика № 11 с отговор „отчасти“ има съответствие с по-горните отговори. „Отчасти“ 70% са отговорилите от ръководството за съответствието на възнаграждението и 20% от персонала.

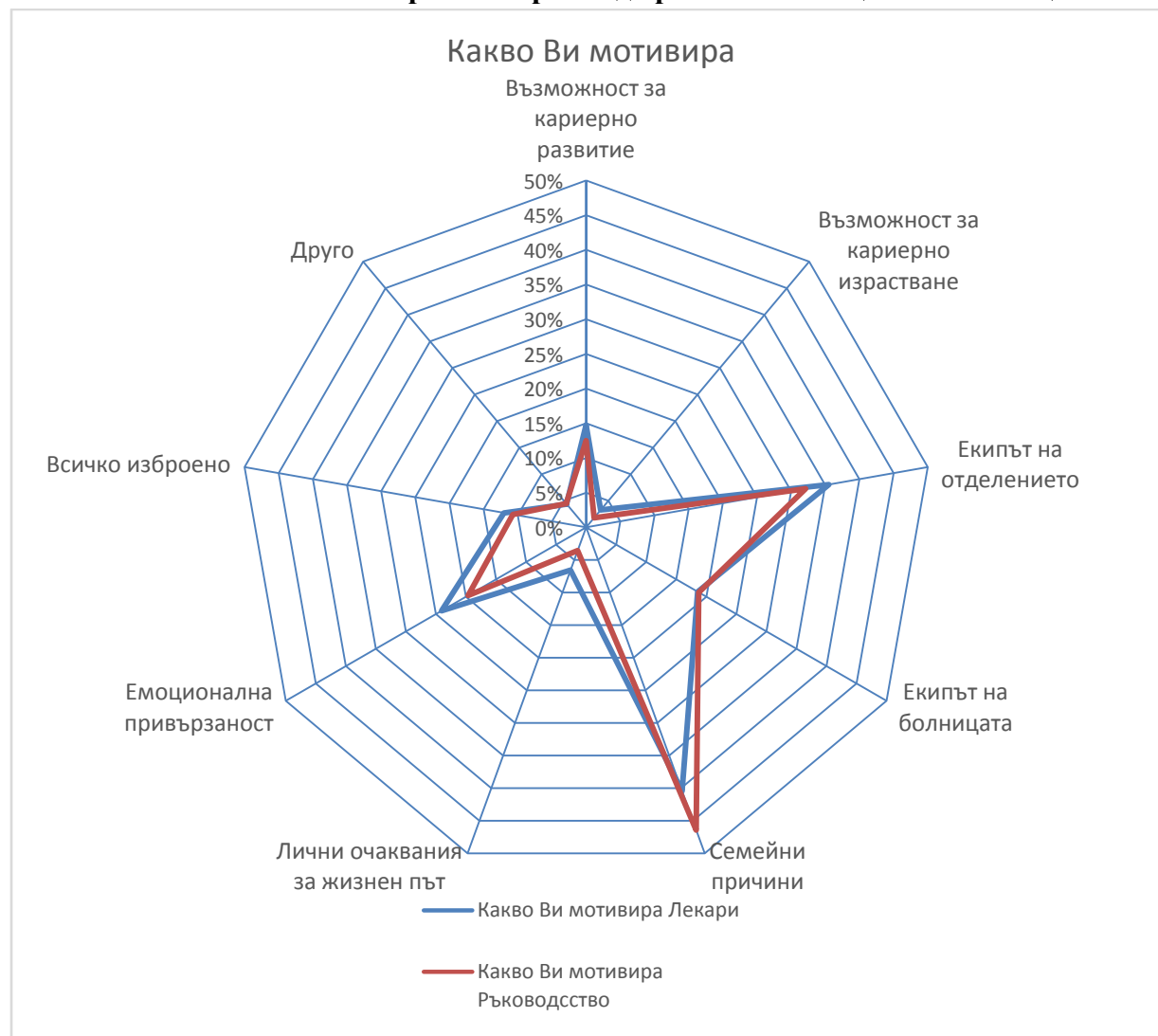
Фиг.№11. Сравнение удовлетвореност(отчасти)



В заключение, ако приемем, че отговорът “отчасти” е също негативен, то недоволни от съответствие във възнаграждението са и двете групи анкетирани, ръководството е недоволно и от условията на труд, положително настроени са към условията за квалификация. Персоналът е недоволен от условията за квалификация и социалните придобивки.

На въпроса *“Какво Ви мотивира в избора ви да работите в общинска болница?”*, отговорите на двете групи респонденти са еднакви, половината отговарят, че са семейни причини, 30- 35% са емоционално привързани към мястото, където живеят и работят, също толкова ги привлича изградения екип в отделението и болницата.

Фиг.№12. “Какво Ви мотивира в избора Ви да работите в общинска болница?”



Фиг.№13. Оценка на условията на труд, мениджмънта и човешките ресурси.



Въпросите са групирани в две групи –“добра и много добра”, “слаба и задоволителна” и включват въпроси от №12-19, 26, 27. И тук отговорите се припокриват, като най-висока е оценката между 80%- 90% за квалификацията на персонала, сигурността, битовите условия, сградата, информационното обезпечаване, организацията на работа, качеството на обслужването. Очевидна е оценката за недостатъчността и обезпечеността със специалисти по здравни грижи, лекари и специалисти. Само 10 % са отговорили, че условията на труд, мениджмънтът са слаби и незадоволителни и 20% е слаба обезпечеността с човешките ресурси, което кореспондира с отговорите на горните въпроси.

Фиг. № 14. Въпрос 18 “По какъв начин могат да се подобрят работата и резултатите в Общинската болница?”



Според респондентите от двете групи, най-значимо е увеличението на трудовото възнаграждение, увеличаване на броя и квалификацията на лекарите и специалистите по здравни грижи, обучение и квалификация.

2.3. Анализ на анкетата проведена сред пациенти

2.3.1 Характеристика на анкетиранияте пациенти по възраст, образование, пол

В последните години се отдава особено голяма значение на мнението на пациентите за оказаните медицински грижи, като изследванията в тази посока са много. Резултатите от цялостното анкетно проучване очертават три основни групи – крайно неблагоприятен здравен и демографски статус на населението, неефективност на съществуващата система с невъзможност за съвременно технологично развитие и тежко несъответствие между остарелите общественно-икономически отношения в здравеопазването и променените икономически и социални условия в другите области на обществения живот. Всъщност основните причини са свързани с човешкия фактор – хората, работещи в здравеопазването и пациентите. Ниският обществен статус на медицинските специалисти и ниското заплащане на труда им, както и невъзможността да се прави съвременна медицина за пациентите особено в бедните региони и общините са основните и непосредствени причини за състоянието на общинското здравеопазване. Безспорно съществуват и други фактори имащи отношение въобще към системата на здравеопазването:

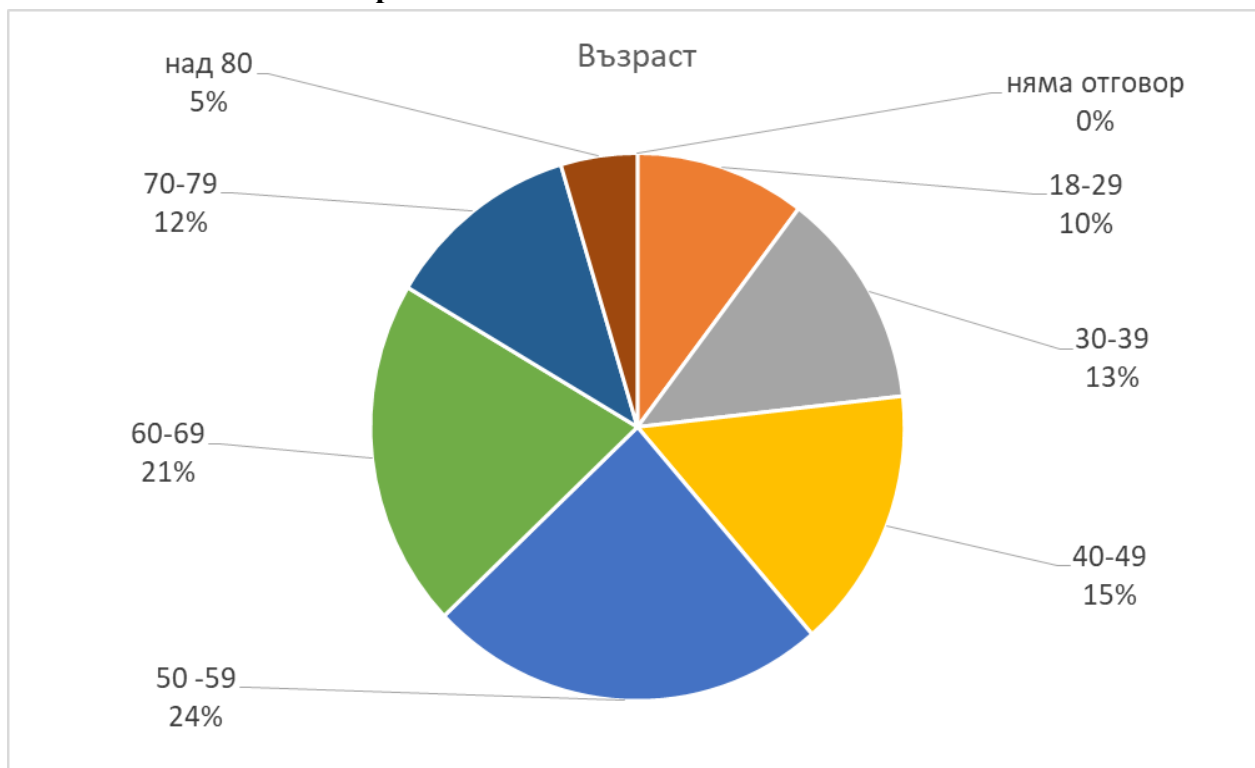
- Застаряване на населението, трайна тенденция на негативно развитие на здравно-демографските индикатори и увеличаване на хроничните заболявания и инвалидността. Процесът на застаряване е най-значимият демографски феномен на нашето съвремие, който характеризира населението на по-голямата част от страните на Европа, в т.ч. и Р България. Демографското застаряване има все по-значим отзвук в различни сфери на социално-икономическия живот на страната и особено в областта на здравеопазването. Хората в напреднала възраст като брой се увеличават все повече. Те, по принцип, се нуждаят от повече и по-специални медицински грижи, а това означава и повече разходи;
- Непрекъснато свиващия се брой и относителен дял на икономически активното население, предизвикано от ниската раждаемост и интензивната емиграция на предимно млади хора. Намалява броя на младите и работещите, които заплащат за здравни услуги;
- Невъзможност на съществуващата здравната система да отговори адекватно на нуждите от медицинско и дентално обслужване;
- Недостатъчност на средствата и нерационално използване на възможностите на профилактиката и превенцията;
- Невъзможност на съществуващата система да отговори на повишените изисквания на обществото да получава здравни услуги с високо качество, съвременни средства на лечение – лекарствени продукти и медицински технологии и на желанието за повече информираност. По-добрият жизнен и икономически стандарт, по - високото ниво на здравна култура и информираност, както и активното участие на гражданите в обществения живот, засилват желанията на обществото като цяло за равен и улеснен достъп до здравни грижи с високо качество (в технически, професионален и човешки

аспект), доставяни своевременно и с най-добри перспективи за бързо възстановяване на здравето;

- Липса на информираност сред пациентите. Пациентите стават все повече образовани, самостоятелни и познаващи правата си.

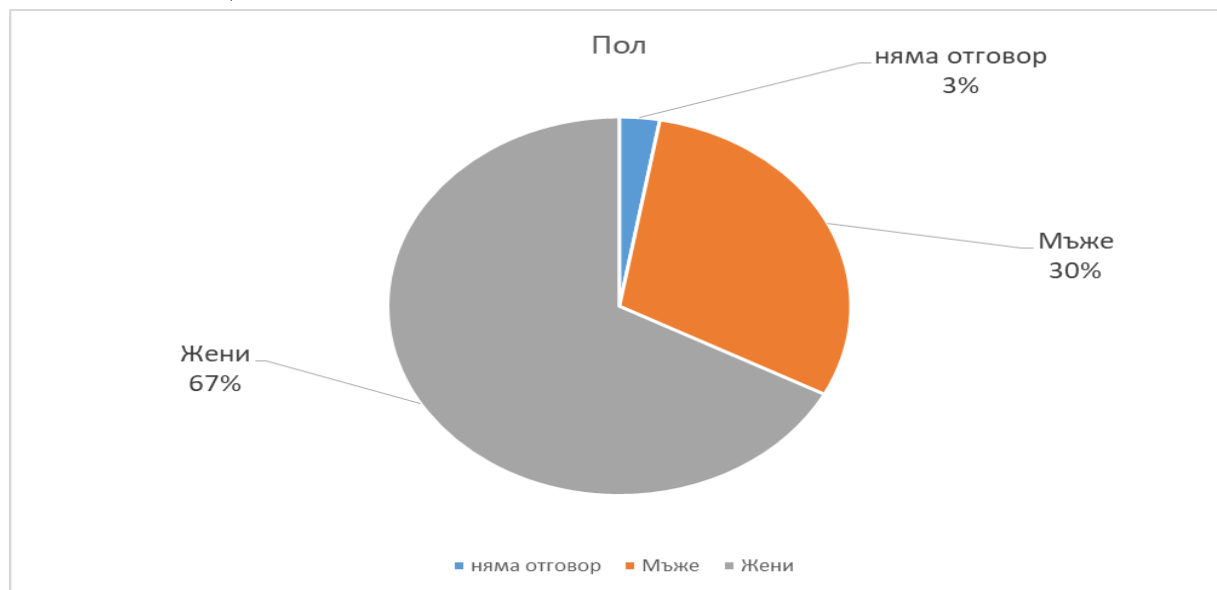
Проучено е мнението на 195 пациенти, като въпросите следват почти същата структура, както на анкетата за ръководство и персонал. Анкетата съдържа 20 въпроса, като признаците на наблюдението са количествени и качествени и са свързани с различни групи характеристики. Количествен показател е възрастта, качествени показатели са: пол; и образование, причини за болнично лечение, отношение към предоставянето на информация за заболяването, диагностиката, лечението, прогнозата и препоръките за последващо лечение; оценка на качеството на услугите в болницата; мнение за най-важните потребности на пациентите; оценка на организацията на работа и удовлетвореността от услугите в болницата и други.

Фиг. № 15. Пациенти-възраст



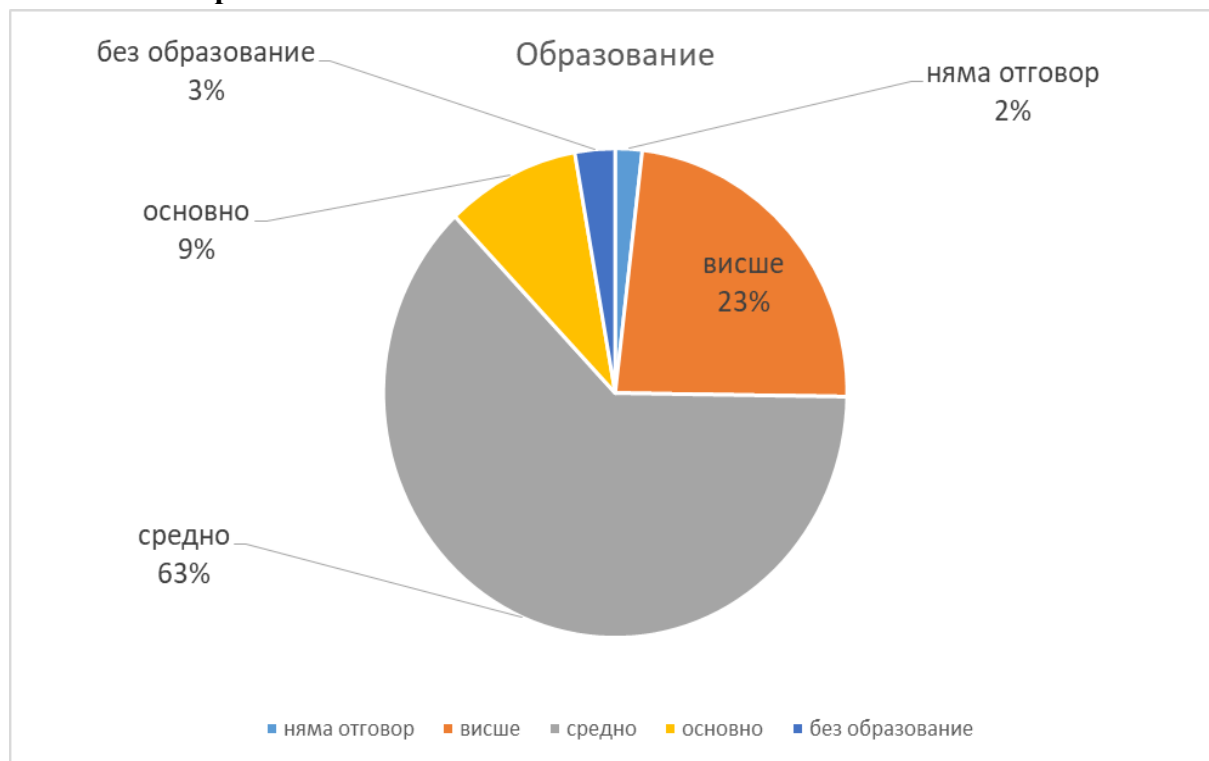
Най-много се лекуват възрастните пациенти от 50 до и над 80г.- 62 %. Останалите 38% са от 18 до 49 години, което абсолютно отговаря на демографската характеристика на населението в тези региони. Жените, които се лекуват са 67%, към 30% мъже. Отговорът на този въпрос може да се потърси в по- високата продължителност на живота при жените, миграционните процеси, възможността за по-високата мобилност на мъжете по отношение на работни места в друг регион.

Фиг. № 16. Пациенти-пол



Преобладава средното образование на лекуващите се- 63%, което, заедно с хората без образование и основно образование, съставляват 75% от контингента. Тези резултати са логични и причините са свързани отново с демографската характеристика, миграцията, вътрешна и външна, на населението, икономическата състоятелност и трудовата заетост.

Фиг. № 17. Образование



2.3.2 Резултати и обсъждане на качествените въпроси в анкетата за пациенти

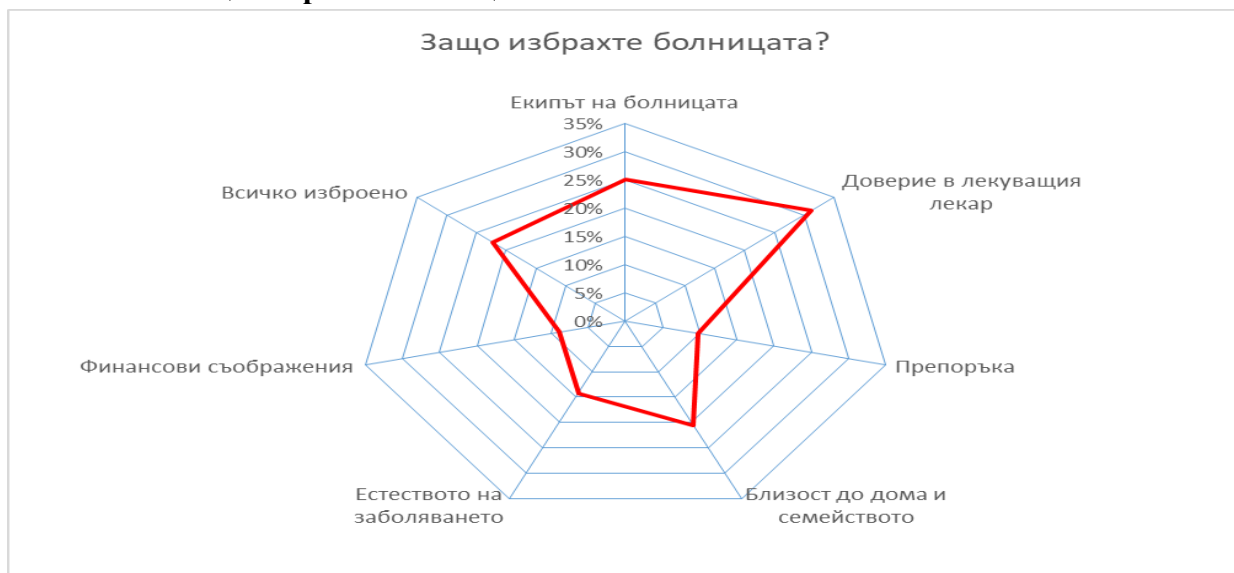
Фиг. № 18. Защо сте в болница?



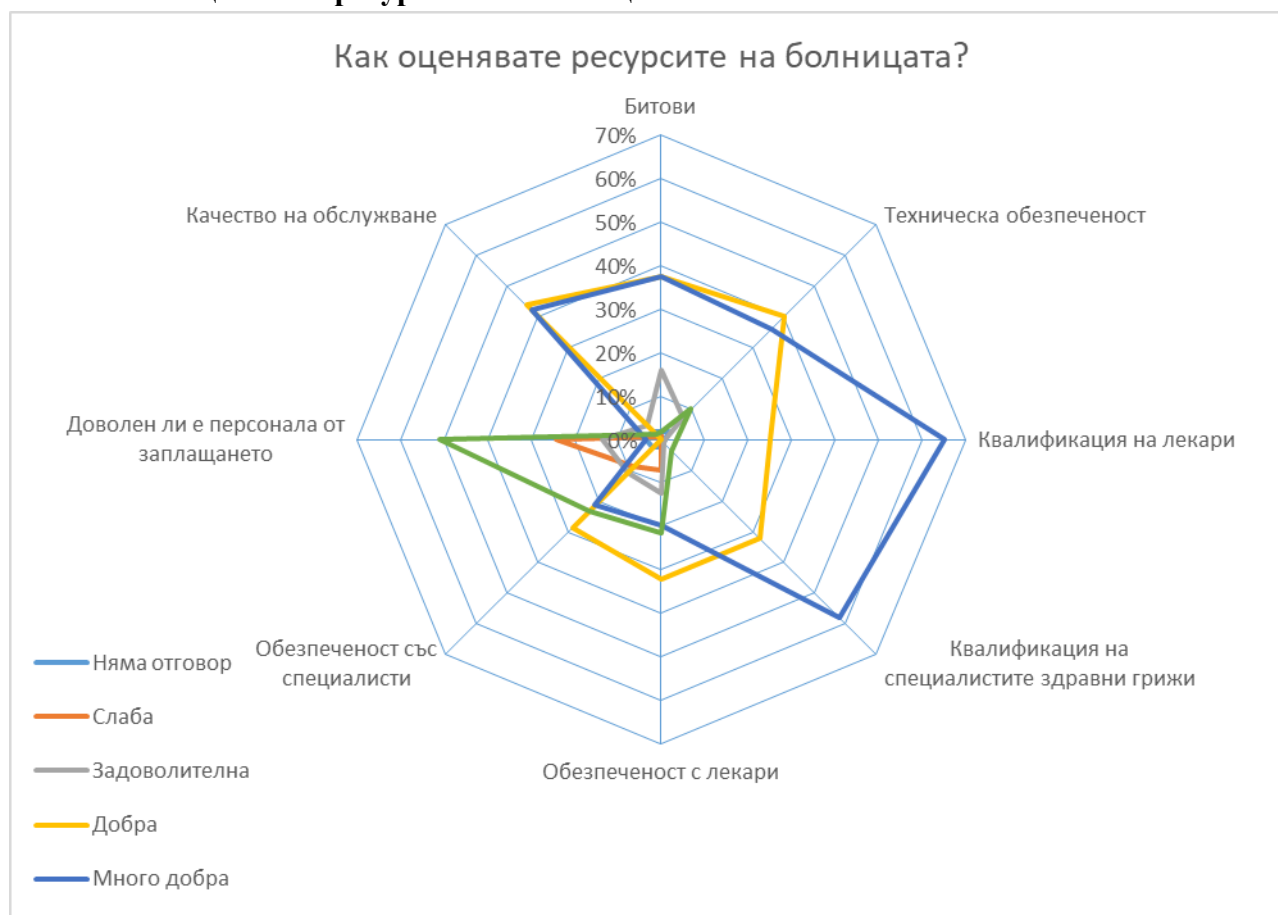
Причините, поради които населението в общините търси медицинска помощ е за спешно и неотложно състояние 41%, което е много висок процент. Обяснението е по-лесния достъп чрез спешна помощ и по-голямата сигурност, която изпитват пациентите в болницата. Останалите 52%, търсят болнично лечение за диагностика и лечение на терапевтични и хирургични заболявания, остри и хронични, и само 12% за продължаващо лечение.

На въпрос №5 “Защо избрахте общинската болница?” ранжировката на отговорите е по-последния начин: най-много е доверието в лекуващия лекар, близост до дома и семейството, екипът на болницата и всичко изброено.

Фиг. № 19. Защо избрахте болницата ?



Фиг. № 20. Оценка на ресурсите на болницата



Ранжирането на оценката на условията, ресурсите и качеството на пациентите показва, че най-много анкетирани поставят квалификацията на персонала лекари и специалисти по здравни грижи на първо място- 90%, като добра и много добра, следвана от качествено медицинско обслужване (78%), техническата обезпеченост, слаба и задоволителна е оценката на пациентите за заплащането на работещите, обезпечеността с лекари и битовите условия.

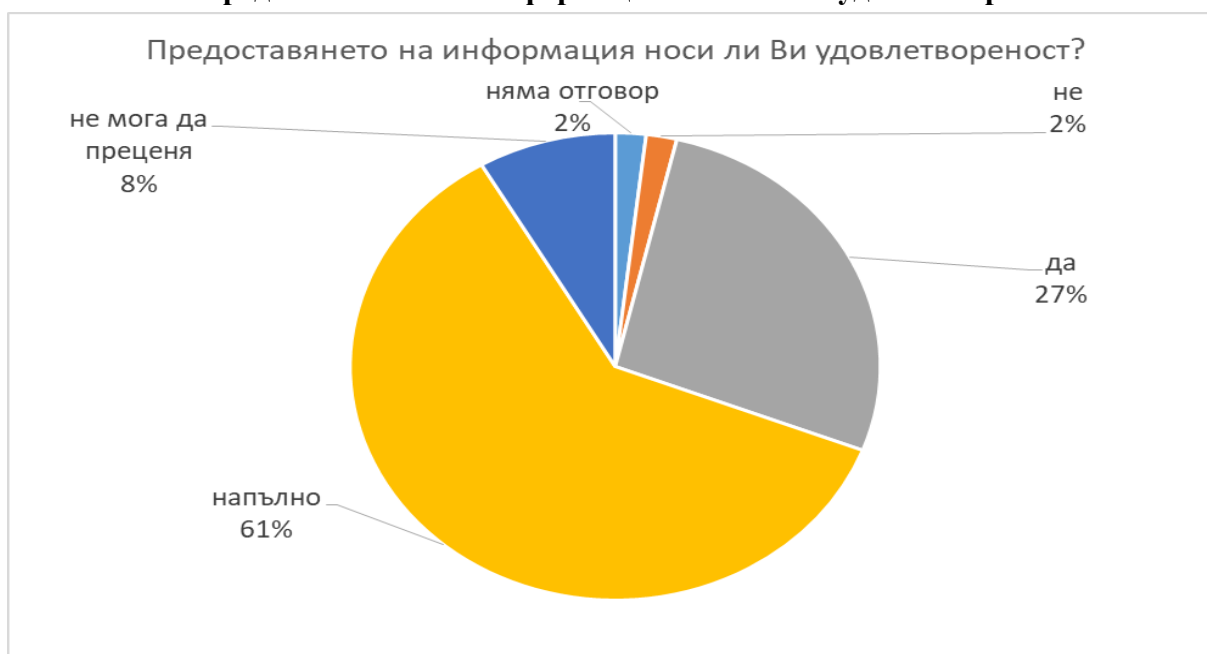
На въпросът **“От какво сте удовлетворени като пациенти”**, на първо място, отговорът е свързан с качеството на обслужването в 70%, доброто отношение и съвременното оборудване, което отговаря на оценката на дейността. Тези отговори подкрепят тезата, че пациентите основно се вълнуват от качеството на медицинската помощ и етичното и добро отношение на персонала.

Фиг.21От какво сте удовлетворен/а



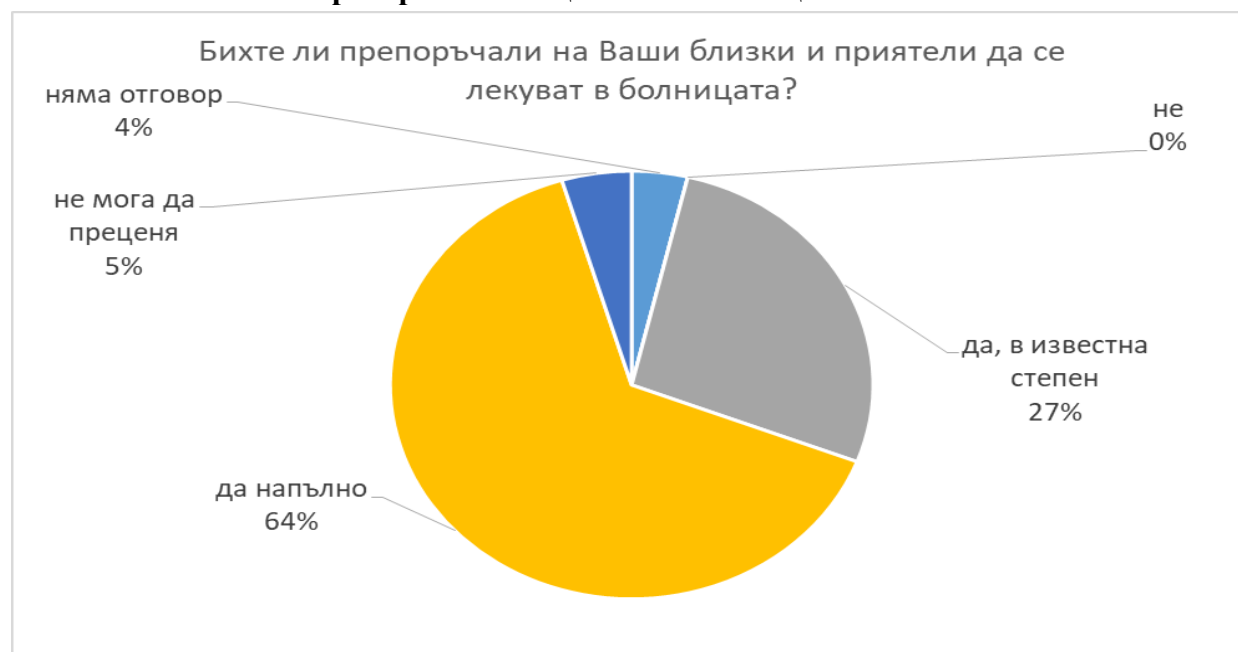
Подобен въпрос е и **“Предоставянето на информация носи ли ви удовлетвореност”**, който е свързан както с информираното съгласие на пациента, така и с комуникативните способности на пациента и с потребността за получаване на информация. Повече от 80%, отговарят „да и напълно“, че са удовлетворени от получаването на информация в тяхната болница.

Фиг. № 22. Предоставянето на информация носи ли ви удовлетвореност

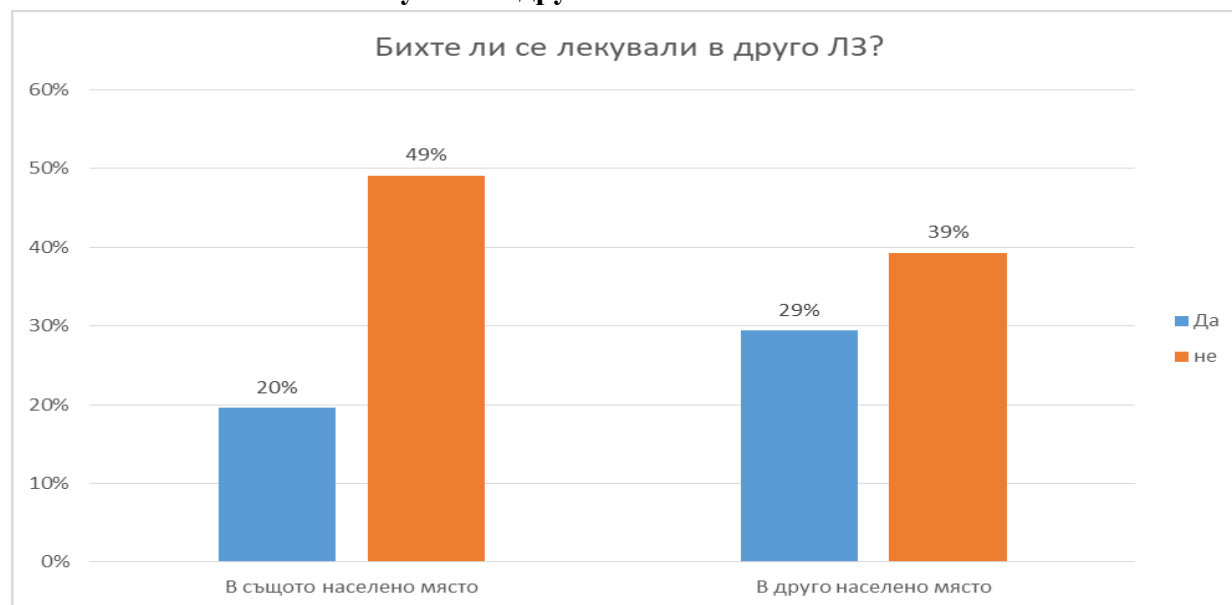


Другите два въпроса, отново са свързани с оценката на дейността, качеството и професионализма на специалистите в тяхната болница (въпроси 16,19,20). Над 90% отговарят убедено “напълно и да, в известна степен”. Както и, че 88% искат да се лекуват в тяхната болница и в тяхното населено място. Това, най-вероятно, се дължи на високата оценка за качеството на диагностично лечебния процес, че голяма част познават лекуващите ги екипи, чувството за сигурност и безопасност, емоционалната обвързаност със семейството и населеното място.

Фиг. № 23. Бихте ли препоръчали общинската болница



Фиг. № 24. Бихте ли се лекували в друго ЛЗ



Въпреки че, отговорите на зададените въпроси от анкетата относно удовлетвореността от предоставените болнични грижи, бе зададен въпрос, свързан с препоръки за подобряване на работата. Малко повече от половината считат, че има какво да се желае и това е, най-вече свързано с увеличаване на заплащането и материалните придобивки и увеличаване на човешкия ресурс. Този отговор напълно съответства на отговорите на персонала и ръководството, което означава, че най-силният мотивационен фактор за качествено обслужване и добро управление са финансовата обезпеченост и качествата на човешкия ресурс.

Фиг. № 25. Считате ли, че резултатите на болницата могат да бъдат подобрили



Фиг. №26. По какъв начин може да се подобри работата



3. Обобщение на литературния обзор

1. При анализ на причините за Реформа в здравеопазването би могло да се посочат три основни групи – крайно неблагоприятен здравен и демографски статус на населението, неефективност на съществуващата система с невъзможност за съвременно технологично развитие и тежко несъответствие между общественоекономическите отношения в здравеопазването и променените икономически и социални условия в другите области на обществения живот:

- Основните причини са свързани и с човешкия фактор– хората работещи в здравеопазването и пациентите. Ниският обществен статус на медицинските специалисти и ниското заплащане на труда им, както и невъзможността да се прави съвременна медицина за пациентите.
- Застаряване на населението, трайна тенденция на негативно развитие на здравно-демографските индикатори и увеличаване на хроничните заболявания и инвалидността. Процесът на застаряване е най-значимият демографски феномен на нашето съвремие, който характеризира населението на по-голямата част от страните на Европа, в т.ч. и Р България.
- Непрекъснато свиващия се брой и относителен дял на икономически активното население, предизвикано от ниската раждаемост и интензивната емиграция на предимно млади хора. Намалява броя на младите и работещите, които заплащат за здравни услуги.

2. Неефективност на съществуващата система с невъзможност за съвременно технологично развитие:

- Невъзможност на съществуващата здравната система да отговори адекватно на нуждите от медицинско и дентално обслужване;
- Недостатъчност на средствата и нерационално използване на възможностите на профилактиката и превенцията;
- Невъзможност на съществуващата система да отговори на повишените изисквания на обществото да получава здравни услуги с високо качество, съвременни средства на лечение – лекарствени продукти и медицински технологии и на желанието за повече информираност;
- По-добрият жизнен и икономически стандарт, по- високото ниво на здравна култура и информираност, както и активното участие на гражданите в обществения живот, засилват желанията на обществото като цяло за равен и улеснен достъп до здравни грижи с високо качество (в технически, професионален и човешки аспект), доставяни своевременно и с най-добри перспективи за бързо възстановяване на здравето;
- Липса на информираност сред пациентите. Пациентите стават все повече образовани, самостоятелни и познаващи правата си. Те искат да участват в процеса на лечението си и в процеса на здравеопазването;
- Липса на стандарти и организация за контрол на качеството.

3. Неефективно управление на здравния сектор, свързано с липса на: планиране; разпределение на средства съгласно здравните потребности; ефективност на вложените средства; контрол върху качеството на диагностично-лечебния процес и осигуряване на качеството на този процес.
4. Динамиката в законодателството и много от нормативните текстове са приемани в отговор на тези три основни групи причини за Реформа в здравеопазването и в отговор на желанията на определени професионални, съсловни и икономически кръгове с единствената цел да се удовлетворят икономически интереси.
5. В законовата уредба липсва синхрон и отражението на политическа визия, дългосрочна стратегия, възможности за широк и качествен обществен контрол, както и на политическата и държавна отговорност за организацията, функциите и постигнатите резултати на здравната система в сферата на нейната мисия за осигуряване на определен и по-добър здравен статус на нацията.
6. Нашето убеждение е, че поради липса на държавна политика и на действаща адекватна Национална здравна карта разкриването на нови лечебни болнични заведения, главно частни, не бе съобразено с реалните медицински потребности, както и с наличието на работещи лечебни заведения за болнична помощ и особено с наличния потенциал от медицински специалисти; не бе отчетена и заболяемостта на населението общо за страната и по региони.
7. Големият брой болници и тяхната концентрация в големите градове са една от основните причини за неефективните здравни услуги и ограничената възможност за равен достъп до качествени здравни услуги за голяма част от населението.
8. Продължават да съществуват сериозни рискове за устойчивостта на здравната система и особено за здравноосигурителния фонд, произтичащи от големите задължения на лечебните заведения към доставчиците на лекарства, медицински изделия консумативи, както и на пречките пред тях за намаляването на задължнялостта.
9. Липсват осезаеми усилия от страна на МЗ за установяване на финансова стабилност на здравната система, включително за повишаване на вискателността към ръководствата на онези заведения, които имат сериозни просрочени текущи задължения към доставчици.
10. Използването на чисто пазарни стратегии вместо да ускори, може да забави темпа на промяната. Това се дължи на факта, че “пазарът в здравеопазването на практика се различава от всички останали пазари, защото не притежава механизми за саморегулиране”.
11. Най-важният извод, който може да бъде направен е, че не съществува универсален модел за болнични реформи. Всяка страна сама трябва да извърви своя път и да определи нивото на болничния си капацитет, съобразно потребностите, традициите и социално-икономическите си възможности.

12. Преструктурирането в болничната помощ изисква промени в три главни направления:

- икономическо
- структурно/организационно/
- реформа в управлението

13. В доклада експертите на СЗО определят десетте най-чести причини за ниската ефективност на системата, които могат да се обединят в **пет основни групи: използване на човешките ресурси, разходи за лекарства, работа на болничния сектор, загуби в резултат на корупция и предлагане и осъществяване на медицински услуги.**

14. Един от основните конфликти, които следва да се разрешат при определяне на ефективността на системата на здравеопазване, е изборът на приоритет от **двата основни фактора:**

- **ефективност на разходите и качество на здравните услуги**
- **оптимизиране също така и съотношението публично финансиране/обхват на частния сектор.** Всяка страна от ЕС сама решава да определи тяхното съотношение:

15. Все още не са разработени критерии за оценка на ефективността от използването на публичния ресурс, за обвързване на предоставения ресурс с изисквания за достигане на определено качество на медицинско обслужване и стимули за повишаването му.

16. Повишаването на ефективността от използването на ресурса е свързано и с повишаване на мотивацията на медицинския персонал. Необходими са принципни промени в организацията и заплащането на медицинския персонал и разработването на мотивационни механизми, с които да се подобри качеството на обслужване на пациентите и преодоляването на емиграцията на квалифицирани кадри.

17. Подготовката и мотивацията на здравните мениджъри трябва да се разглежда като важно средство за повишаване на ефективността на предоставения ресурс и подобряване на дейността на лечебните заведения.

18. Общината е авторитетна институция, демократично избрана институция, която има властта и възможностите да инициира и осъществи мащабни инициативи, каквито са интервенциите в общественото здраве. Здравото население е необходимо условие за икономическа производителност и поради тази причина, разходите за здраве не са просто разноски, те са и инвестиции. Но най-вече, здравето на населението, здравото население са преди всичко и въпрос на национална сигурност и стабилност.

19. Сериозен фактор за ограничаване на рисковете, свързани с регионални дисбаланси, е възможността да се децентрализира вземането на управленски решения и особено по проблеми от социален характер. По този начин се създават

условия да се повишават отговорността и самостоятелността на местните органи на управление в сферата на здравеопазването.

20. Разширяването на местното самоуправление е свързано с поемането на повече права и отговорности от органите на управление на общините при решаване на местните проблеми и най-вече на социалните.

21. Със своите действия, държавата не гарантира равнопоставеност на общинските болници, както и на структурите в отдалечените райони. Закриването на болници неминуемо се отразява на достъпа до извънболнична, болнична и спешна помощ в общините, тъй като само тези болници разполагат с кардиолози, хирурзи и педиатри.

22. Здравеопазването е с висока трудоемкост и е един от най-големите икономически сектори в ЕС като на него се падат около 17 млн. работни места или 8% от всички работни места. Прогнозите са, че през 2020 г. около 15% от здравното обслужване на населението в Европа няма да бъде осигурено с кадри. Особено необходими ще са специалистите, които работят между здравната и социалната сфера в грижа за застаряващо население с множество хронични болести.

23. Непланираната и/или не управлявана миграция е в ущърб на здравната система, подкопава валидността на планирането и нарушава настоящата и бъдещата професионална база.

4. Изводи от анкетното проучване

В резултат на цялостното изследване, обхванало лекарите и специалистите по здравни грижи, ръководството и пациентите за установяване на равнището на мотивация, както и оценката на качеството на здравните грижи, отношението към пациентите и удовлетвореността относно условията за труд, мениджмънта на лечебното заведение могат да бъдат направени следните изводи:

1. Независимо от тежкото финансово състояние, в което се намират общинските болници ръководство им трябва да открие начините и средствата за повишаване на удовлетвореността и мотивацията за работа, като усилията трябва да бъдат насочени към установяване и удовлетворяване на изискванията на персонала и пациентите.

2. Резултатите от анкетното проучване посочват, че трудовото възнаграждение е един от най-важните фактори– мотиватори. Голяма част от анкетираните от трите групи посочват, че не са доволни от размера и начина на формиране на работната заплата. За хората, полагащи труд в болницата тя е основен източник за удовлетворяване на човешките потребности.

3. Като следствие от неудовлетворените изисквания по отношение на заплащането, 36% от анкетираните работят и извън болницата. Друга част не се трудят извън работно време, поради причини като: висок ръст на безработица, липса на разпространение на гъвкави форми на трудова заетост, физическа невъзможност поради интензивността на трудовите процеси.

4. След трудовото възнаграждение, анкетираните поставят като фактор– мотиватор: екипността, организацията на работното време, личната отговорност, интереса към работата, сигурността на работното място, което би ги мотивирало и за по-усърдно изпълнение на трудовите задължения.
5. Мненията, получени чрез изследването на респондентите от двете групи изцяло съвпадат по отношение условията за труд, които се предоставят в болницата. Ако се подобрят факторите, които затрудняват работата, това ще повлияе върху качеството на труда, производителността, изпълнение на работата в срок, което ще рефлектира върху мотивацията.
6. След проведеното проучване се установи, че дейностите, свързани с обучение и повишаване на квалификацията на персонала са недостатъчни. Необходимо е да се инвестира в повишаване квалификацията на всички категории персонал, което ще доведе до подобряване качеството на здравните грижи и ще подобри конкурентните позиции на лечебното заведение.
7. Най-висока е оценката между 80%-90% за квалификацията на персонала, сигурността, битовите условия, сградата, информационното обезпечаване, организацията на работа, качеството на обслужването. Очевидна е оценката за недостатъчността и обезпечеността със специалисти по здравни грижи, лекари и специалисти. Пациентите също са обезпокоени и дават негативна оценка за съответствието на наличния персонал и натовареността, непрекъснатостта на медицинската грижа, която трябва да се реализира при 24 часова грижа.
7. В изследваните групи е създаден екипен дух, като взаимоотношенията далеч надхвърлят служебните (формални и неформални). Като положителна черта при мотивирането може да се отбележи добрият социално- психологически климат, който е от важно значение за нормалното протичане на трудовия процес.
8. Може да се отбележи, че като цяло, участниците в анкетното проучване се идентифицират с целите на болницата и високо оценяват ролята мястото, условията за работа, предоставени от лечебното заведение. Способността да се извлече най-голям принос от персонала се основава на умението да се култивира чувство на принадлежност и постигане на целите. Създадената атмосфера на близост и доверие сред персонала и пациентите, оказват влияние върху ефективността и качеството на медицинското обслужване.
9. За болницата е характерно: забележителна ориентация към хората, постоянно отчитане на постигнатото и здрава обратна връзка, получена от пациентите (анкета за удовлетвореността на пациентите от обслужването в болницата). Формалните и неформалните отношения допринасят за повишаване на удовлетвореността от работата и мотивацията и принадлежност към лечебното заведение.
10. Резултатите от проучването показват, че всички анкетирани лекари, специалисти по здравни грижи и ръководство разглеждат удовлетвореността на пациентите от болничното лечение като важна задача от дейността си. Това определя и тяхното

желание за удовлетворяване на потребностите на пациентите, което пациентите оценяват и съответно дават своето доверие на общинското лечебно заведение, в което се лекуват. И двете групи считат, че удовлетворяването на професионалните им потребности и желания в определена степен допринася за удовлетворяване на потребностите и желанията на пациентите.

12. На оплакванията от страна на пациентите се обръща внимание и те се разрешават винаги, или когато това е възможно, което е оценено и положително от пациентите.

13. Качественото медицинско обслужване, според всички анкетирани, е най-важно за удовлетвореността на пациентите и се поставя на първо място, следвано от доброто и индивидуалното отношение към отделния пациент. Качественото битово обслужване има значително по-малко значение.

14. Категорично е мнението на лекарите и специалистите по здравни грижи и ръководството, че предоставянето на пълна информация за заболяването, диагностиката, лечението, прогнозата и последващото лечение допринасят за повишаване на удовлетвореността на пациентите. Пациентите също считат, че информацията и комуникацията между лекари и пациенти е от съществено значение.

15. Като цяло, лекарите оценяват високо качеството на медицинското обслужване, независимо от някои критични оценки за организацията на работата и битовото обслужване в болницата, които не са пречка на персонала да препоръчат болницата на свои близки и приятели.

16. Високо оценена от пациентите е квалификацията на персонала, техническата обезпеченост, качеството на обслужване и е слаба оценката за адекватността на заплащането за положения труд и познания от лекуващите екипи.

ГЛАВА IV: ПРЕПОРЪКИ

1. Към Министерството на здравеопазването и Националната здравноосигурителна каса- с оглед мениджмънта на болничните лечебни заведения

1. С оглед да се гарантира бюджетът на Здравната каса за съответната година и да не се формират дефицити, да не се сключват договори с болнични заведения, които имат просрочени задължения, без да се представи план за погасяване на задълженията със собствени средства, извън получените приходи от договора с НЗОК за съответната година.

2. Преструктуриране на болничната помощ чрез използване на един от двата механизма:

Първият- под въздействие изцяло на пазарните сили и свободната конкуренция без намеса на държавна регулация, като в случая се дава шанс да оцелеят и продължат напред най-предпочитаните болници.

Вторият механизъм е свързан с регулативни действия от страна на държавата, в основата, на които е изготвянето на Национална здравна карта на базата на здравните потребности за страната и за регионите, която да бъде предоставена на областите и общините като стандарт за преструктуриране на системата.

2. Към Министерството на здравеопазването, Медицинските университети и съсловните организации– с оглед човешките ресурси в системата:

3. Необходима е оценка на състоянието на наличните човешки ресурси и определяне на реалните потребности от кадри в здравеопазването по региони, категории, специалности и възрастови групи. Те следва да бъдат отразени в Национална дългосрочна стратегия за развитие на човешките ресурси в здравеопазването.

4. Да се разработи и въведе информационна система за регистрация и наблюдение на персонала в здравеопазването, в т.ч. и на мигриралите кадри. Да се създаде стройна концепция за квалификация и надграждащо продължително обучение на медицинските и немедицинските специалисти в системата на здравеопазването. Изключително важно е международното сътрудничество по въпросите на работната сила в здравеопазването. Важна е ролята на ЕС както в процесите на планиране, обучение, следдипломна квалификация и продължаващо обучение, така и по въпросите на мобилността на кадрите от различни нива.

5. Да се подобри системата за професионално развитие и израстване на здравните специалисти като се прилагат мерки за оползотворяване потенциала им, предоставяне на съизмерими професионални хоризонти със съответни материални и нематериални измерения.

6. Да се изгради ефективна административна система, гарантираща съответност между знания, умения, постижения и достъп до професионални ресурси и

осигуряване на заплащане, което съответства на професионалната квалификация и позволява инвестиране в професионално развитие.

3. Към Народното събрание и Министерство на здравеопазването:

7. Дефицитът, липсата и застаряването на медицинските специалисти налага да се изработи и консенсусно да се приеме Национална здравна стратегия, включваща и Национална стратегия по човешките ресурси.

8. Постепенното и ежегодно повишаване на процента от БВП за здравеопазване (между 3.9 и 4.1% в България от години и трайно най-нисък от страните в ЕС) е от решаваща роля за задържане на специалистите в областта на здравеопазването.

9. Да се разработи обществено приета здравна стратегия, с безусловното участие на широки обществени кръгове, освободени от тесни лобистки интереси и представлящи пациенти, здравни специалисти, синдикати, политически сили и експерти по обществено здраве като първа и неотменима стъпка в процеса на промени за изграждане на съвременна и ефективна здравна система. Бъдещето развитие на българската здравеопазна система трябва да бъде свързано с основни европейски стратегии за интелигентна, устойчива и приобщаваща икономика.

10. Да се разработи стратегия за реализация и развитие на човешките ресурси като стратегията и планът за практическото приложение трябва да включват всички възможни направления и механизми, които да осигурят необходимия кадрови потенциал в системата и, по-специално, управлението на миграционните процеси и създаването на мотивация на медицинските специалисти за работа в България.

4. Към Народното събрание, Министерство на здравеопазването, общинското здравеопазване

11. Да бъдат осигурени защитни механизми за отдалечените региони и такива със слабо икономическо развитие. Общината да изпълнява своята роля на авторитетна, демократично избрана институция, която има властта и възможностите да инициира и осъществи мащабни инициативи, каквито са интервенциите в общественото здраве.

12. Да бъде децентрализирано вземането на управленски решения и, особено, по проблеми от социален характер с цел ограничаване на рисковете, свързани с регионални дисбаланси. Децентрализацията позволява да се отчетат най-пълно местните приоритети в здравното обслужване, да се доближат до хората основните видове профилактична и лечебна дейност. Същевременно, по този начин се създават условия за повишаване на отговорността и самостоятелността на местните органи на управление в сферата на здравеопазването. Стремжът е регионалната система на здравеопазване да удовлетворява напълно здравните потребности в региона с изключение на високоспециализираните видове медицинска помощ. Осигурява се непосредствена и ефективна обратна връзка за резултатите от качеството на оказаните медицински услуги и

особено за възможностите, които се откриват за превантивна дейност, която е от особено значение при оценката на ефективността на здравните системи в регионите.

13. Общинската болница да бъде разглеждана като бизнес хъб или бизнес инкубатор за стимулиране на общинската и регионална икономика с оглед предстоящите задачи за дигитализация на здравеопазването и развитието на неприсъствената медицина (телемедицина) за наблюдение на хронични болни, развитие на мрежа от лечебни заведения за долекуване и рехабилитация и намаляване на административната и финансова тежест в болниците.

5. Към Министерски Съвет:

14. Да бъде променен трудовият цикъл на възрастните хора и да бъдат положени реални усилия за създаване на условия за “сребърна икономика”, насочена към дейности, които са проектирани и приспособени за хората над 50 годишна възраст и целят да удължат техния плодотворен трудов живот.

V. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Всяка здравна система се състои от неделимото единство и взаимодействието на здравни ресурси, управление, качество на предлаганата здравна помощ и здравни резултати за населението. Функционира благодарение на ресурсите, с които разполага и управлението им е свързано с ефективността при ползването им, качеството на предоставяната медицинска помощ и отчитаните здравни резултати.

Различните здравни системи са различно ефективни и това зависи не само от размера на ресурсите, които една държава заделя за здраве на собственото си население, а и от целенасочена и социално приемлива здравна политика, провеждана с необходимата приемственост и последователност, ефективният мениджмънт на здравната система, гарантирано осигуряване на безопасност, сигурност и удовлетвореност за пациентите.

Необходимо е здравеопазването да се разглежда като услуга, подчинена на пазарни правила, съчетани със социални елементи, а не обратното. **Последното изисква извеждане на качеството наред с достъпа като фундаментални цели, а прозрачността, диалогът, конкуренцията, ефективността и отвореността като основни принципи на мениджмънта на лечебното заведение.**

На следващо място е необходимо да се обърне внимание на взаимодействието на системата на висше образование с пазара на труда в здравеопазването, тъй като завършилите висше образование следва да имат възможност да продължат необходимата квалификация, определена от потребностите на медицински услуги.

Предизвикателство пред системата за управление на човешките ресурси са и ограниченията, които произтичат от проблема с привличането и задържането на квалифицирани медицински специалисти, като лекари със специалност и специалисти по здравни грижи. Съответно, при публичните болнични заведения този проблем е по-силно изразен, отколкото при частните болници. В болничните заведения се наблюдава и затруднение с персонала лекари и специалисти по здравни грижи, особено изразен в общинските здравни заведения.

Внимание заслужава и предизвикателството, което произтича от обвързаността, която съществува между задържането на персонала и предоставянето на качествена медицинска услуга. Често пъти това условие бива подценявано поради голямата стагнация на пазара на медицински кадри, по някои специалности като „неонатология”, „патоанатомия”, „кардиология”, „анестезиология” и други. Отсъствието на задължително продължаващо обучение на персонала, свързано с подобряване на резултатите допринася за слабата зависимост. При медицинските сестри, клиничните лаборанти и акушерки също има голямо текучество, което допълнително влошава качеството на предоставяната услуга. Голямо предизвикателство пред задържането на персонала е финансовият аспект, изразяващ се в липсата на конкурентни компенсации, и примера, който може да се посочи в тази посока е свързан с болничните специалисти, които получават по-ниско възнаграждение от специалистите в извънболничната помощ или големите университетски центрове.

Предизвикателство се оказва и системата за възнаграждение, която се прилага в болничната помощ. За да има успех тази система, тя трябва да бъде обвързана с резултатите и да разчита на общата идея за справедливост, възприета от персонала. Различията в брутната месечна заплата влияят силно демотивиращо върху персонала и решението му за оставане на работа в здравната система. Осигуряването на справедливост в системата на заплащане може да се постигне, когато персоналът се включи във вземането на решения, относно моделите на заплащане, като правилата се спазват последователно и без изключения. Ако професионалист прецени една ситуация като несправедлива, той може да използва различни начини да възстанови справедливостта, чрез искане за увеличаване на заплатата, напускане на работата, намаляване на вложените усилия.

Миграцията на медицинския персонал също е предизвикателство, с което здравната система трябва да се бори и, в частност, системата за управление на човешките ресурси в болничното заведение. Съответно, факторите, които оказват влияние върху миграцията на медицински персонал са възможностите за продължаващо обучение и кариерно развитие, по-високите възнаграждения и по-добрите работни условия, наличието на вакантни длъжности в големи медицински центрове. В допълнение на изброените фактори, влияещи на решението за мигриране на медицински професионалисти са наличието на национални политики и международни споразумения за движение на хора в ЕС, които улесняват заетостта в други страни от съюза. Негативите, свързани с високата гъвкавост и мобилност на работната сила в здравния сектор се съотнасят с намалената възможност за изграждане на компетентности и кариера на заетите в медицинските заведения у нас. Инвестициите в образование и квалификация от страна на работодателите стават нежелани, което намалява инвестициите на равнище организация. Друг потенциален риск, свързан с високата мобилност на работната сила е по-ниското качество на предоставяната медицинска услуга. В международен план, позитивните страни от високата мобилност на работната сила се свързват със засилване на промените, дължащи се на въвеждането на нови технологии и засилване на конкурентния натиск от страна на националната и международна конкуренция. Независимо от всичко, гъвкавостта на пазара на труда може да се използва като катализатор на необходимите реформи в здравния сектор, които да доведат до желаната промяна във възходяща посока.

ПРИНОСИ

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

- На основата на обстоен анализ на научната литература и постиженията в областта на научното познание, се прави опит да се конструира сравнително пълна и структурирана съвременна представа за същността и фундаменталните характеристики на здравната система в контекста на процеса на нейното преструктуриране, изменение и реформиране в България.

По-конкретно научните постижения са свързани с:

- Задълбочаване на научния анализ и обосновка на модела/или моделите/ на организация, управление и финансиране на здравната система, в частност на болничното и общинско здравеопазване;
- На основни теоретични тези, както и на основата на оценки и изводи от анализ на политически платформи и документи от национален и международен характер, на статистическа и ведомствена информация, което придава обективизъм и реализъм на предлаганите изводи и препоръки;

Приноси с практико- приложен характер

- В дисертационния труд се съдържа цялостен, системен и обоснован със статистическа и емпирична информация анализ на състоянието на здравната система, на болничното и общинско здравеопазване. На основата, на която са изведени значими и актуални оценки изводи като: здравеопазването се намира в критично състояние, 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.
- Акцентираща се на факта, че липсва обща концепция от последните няколко правителства за радикални промени в системата на здравеопазването, която да обединява усилията на държавата, на всички заинтересовани страни и населението. Една от най-важните констатации е по отношение на човешките ресурси в системата на здравеопазването и липса на визия за решаване на проблемите свързани с човешките ресурси.
- За първи път се предлага и подробно се обосновава селекцията на разглежданите в изследването потенциални рискове, които влияят и определят поведението на здравната система. Социалните рискове, най-силно влияещи върху общинското здравеопазване, както изакономерностите, произтичащи от еднаквата отговорност при предоставяне на медицински услуги- мениджмънт, ресурси, резултати. Изборът им се основава на тяхната социалната значимост и взаимосвързаност; на техния дългосрочен и комплексен характер на въздействие върху функционирането и развитието на здравната система; на относителна йерархичност

на приоритетите им и на въздействието им върху поведението и устойчивостта на здравната система.

- За първи път на базата на обстоен критичен анализ, на актуални данни, от оценки и изводи от документи от национален характер, на статистическа и ведомствена информация е отразено състоянието на болничния сектор, в частност на общинското здравеопазване.
- Проучена е спецификата на управление на човешките ресурси в болничната помощ и на основните елементи в системата за управление на човешките ресурси - планиране, набиране, подбор, адаптация, обучение, мотивация, кариерното развитие и оценка на резултатите на персонала, изследвани са и факторите и методите с мотивираща стойност за персонала.
- Чрез анкетно проучване, за пръв път е изследвана същността и характерните особености на мениджмънта и системата за управление на човешките ресурси в общинските заведения за болничната помощ.
- Предлага се да се осигурят защитни механизми за отдалечените региони и такива със слабо икономическо развитие. Разглеждане на общинската болница като бизнес хъб или бизнес инкубатор за стимулиране на общинската и регионална икономика с оглед предстоящите задачи за дигитализация на здравеопазването и развитието на неприсъствената медицина (телемедицина) за наблюдение на хронични болни, развитие на мрежа от лечебни заведения за долекуване и рехабилитация и намаляване на административната и финансова тежест в болниците.
- Посочва се, че сериозен фактор за ограничаване на рисковете, свързани с регионални дисбаланси, е възможността да се децентрализира вземането на управленски решения и особено по проблеми от социален характер. Децентрализацията позволява да се отчетат най-пълно местните приоритети в здравното обслужване, да се доближат до хората основните видове профилактична и лечебна дейност. Стремежът е регионалната система на здравеопазване да удовлетворява напълно здравните потребности в региона с изключение на високоспециализираните видове медицинска помощ.
- Изследвана е непосредствената и ефективна обратна връзка за резултатите от качеството на оказаните медицински услуги и особено за възможностите, които се откриват за превантивна дейност, която е от особено значение при оценката на ефективността на здравните системи в регионите с нисък икономически статус.
- Особено внимание е отделено на потребността създаването на условия за наличието на социални буфери в общините, които да осигуряват на населението здравни услуги в обем и обхват, който да покрива техните минимални потребности.

ПУБЛИКАЦИИ, СВЪРЗАНИ С НАУЧНИЯ ТРУД

1. Петрова Зл., **Е. Петрова** “Състояние на човешките ресурси в здравната система на Р България и причини за миграцията на българските лекари” сп. Асклепий, кн 2, 2013 г, 85-96 стр.,индексирано в CEEOL(Central and Eastern European Library)
2. **Елисавета Петрова – Джеретто**, Г. Петрова, З. Петрова, “Аспекти на информираното съгласие и добра практика на ИАМО”, сп. Здравна политика и мениджмънт, 2017, том 17, кн.1 стр.31-35
3. Marin Penkov M.D., **Elisaveta Petrova- Geretto**, Prof. Zlatitsa Petrova MD, Continuing professional development of doctors - a guarantee of quality in professional practice and patient safety, 17 International Medical Congress, Batumi 7-10 September 2016
4. **Елисавета Петрова –Джеретто**, Павлова Г, Петрова Зл. “Демографска криза- влияние и ефект върху мениджмънта на общинските болници”, сборник доклади, конференция с международно участие „Демографски предизвикателства и политики” Институт за изследване на населението и човека при БАН, 14-15 ноември 2018 г., София, под печат
5. **Petrova-Geretto Elisaveta**, Zlatitsa Petrova, “Conceptual model for assessing safety as quality element ot medical services” European National Healthcare Agencies Meeting, Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, Rome, 22nd- 23rd November 2018