

## **ВЪВЕДЕНИЕ**

Европейските правителства са изправени пред все по-голям брой сериозни предизвикателства в здравеопазването, които поставят системите за обществено здравеопазване под натиск. Имайки предвид, че основните действащи сили, които отговарят за предоставянето на здравни грижи и финансирането на здравеопазването обикновено функционират на базата на принципа на социална солидарност, те се нуждаят от политически решения в този сектор. Въпреки ограничените си компетенции по отношение на здравеопазването, Европейският съюз също има влияние, особено чрез насърчаване на сътрудничеството между държавите-членки, програми за финансиране на здравеопазването и стимулиране на вътрешните пазарни правила.

Основните предизвикателства за системата на здравеопазването се определят от:

1. Здравето е повече от медицински проблем
2. Поддържането на висококачествено здравеопазване
3. Поддържане на достъп до здравеопазване
4. Управление на разходите за здравните грижи

Болниците са важен компонент на системата на здравеопазването и са в центъра на процеса на реформи и като институции, те получават малко внимание от полититическите тела. Те са важни в рамките на системата на здравеопазването по няколко причини. Първо, те съставляват за значителен дял от бюджета за здравеопазване: около 50 на сто за много западноевропейски страни и 70 на сто или повече за страните от бившия Съветски блок. Второ, тяхната водеща позиция на върха на здравеопазването означава, че политиките, които се приемат определят достъпа до здравни грижи, които имат значително влияние върху цялостното здравеопазване. На трето място, специалистите които работят в

болниците предоставят професионално лидерство. И накрая, технологичните и фармацевтични нововъедения означават, че услугите, които предоставят болници имат потенциална да допринесат значително подобряване на здравето на населението. Ако болниците са неефективно управлявани и организирани тяхното потенциално положително въздействие върху здравето ще се намали или дори ще бъде негативно.

Изисква се внимание спрямо управлението на здравните грижи в болнични условия. Това е така, защото болниците в цяла Европа са изправени пред бързо променяща се среда и пазарен натиск. Това включва влияние на промените в популациите, промени в болестите, възможности за медицинска интервенция с нови знания и технологии, както и обществени и политически очаквания.

Тези промени имат важно значение за това как се управляват болничните грижи, тъй като се появяват нови видове грижи, които изискват подходяща организация на работните ресурси.

## ГЛАВА 1 ЛИТЕРАТУРЕН ОБЗОР

### 1.1. ПРОМЕНИ В СИСТЕМАТА НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО В БЪЛГАРИЯ – ДЕЦЕНТРАЛИЗАЦИЯ.

Децентрализацията е централен принцип в здравните реформи на много европейски страни. Тя се разглежда като ефективно средство за стимулиране на качеството на здравните услуги, за по-добро разпределение на средствата според нуждите, за ангажиране на обществеността при вземането на решения относно приоритетите и за намаляване на неравнопоставеността в здравеопазването. Децентрализацията освен това предоставя възможности на лекарите да увеличат своя доход посредством работа с местни управленци или ръководители на частни лечебни заведения.

Децентрализацията е прехвърляне на правомощия или разконцентриране на властта по отношение на общественото планиране, управлението и вземането на решения от национално ниво към поднационални нива или най-общо казано - от по-високо към по-ниско ниво на управление<sup>1</sup>. Съгласно класификацията на Чийма и Рондинели основните видове децентрализация са<sup>2</sup>: административната децентрализация (деконцентрация), политическа (деволюция), делегиране и приватизацията. Разликата между тях се състои основно в юридическият им статус. Но и други фактори, като финансови правомощия, начини на представяване на местната общественост и други също играят важна роля при разграничаването на различните видове децентрализация. Според Колинс и Грийн включването на приватизацията към децентрализацията може да се постави под въпрос, тъй като прехвърлянето на правомощия

---

<sup>1</sup> Rodinelli D. Government decentralization in comparative theory and practice developing countries, 1981.

<sup>2</sup> Cheema G, Rondinelli D. Decentralization and Development-Newbury Park: Sage, 1983.

към частния сектор, предполага възприемането на коренно различна система на организация и управление на дейностите, а не толкова промяна на организационните форми на разпределението на отговорности в рамките на една и съща институция<sup>3</sup>.

Административната децентрализация се състои от преразпределяне на административните отговорности чрез прехвърляне на административни правомощия към едно или повече по ниски нива в управленската структура на публичната сфера на националната система за здравеопазване, например от Министерството на здравеопазването - на - РЦЗ, РИОКОЗ и директорите на лечебните заведения към МЗ създадени по чл. 5, ал. 1 от Закона за лечебните заведения. Тъй като административната децентрализация не включва прехвърляне на политически правомощия, тя се разглежда като тясна и с не особено радикален характер деконцентрация.

Ползи са:

а) Намаляване необходимостта от централни административни структури;

б) Внедряване на местни инициативи (нововъведения).

Рисковете са:

а) „Дясната ръка не винаги знае, какво прави лявата“;

б) Наличие на неприложими в практиката вариантни решения.

Политическата децентрализация се състои в прехвърляне на определени функции от централния управленски орган в лицето на Министерство на здравеопазването към по ниски управленски нива, които са силно независими (например Общинските съвети), или относително

---

<sup>3</sup> Collins C.D., Green A. T. Decentralization and primary health care: some negative implication in developing countries, 1994.

независими (например Съветите на директорите на болниците ЕАД, създадени от държавата по чл. 37, ал.1 от Закона за лечебните заведения).

Следователно политическата децентрализация предполага по радикално, в сравнение с административната децентрализация, реструктуриране на организацията по предоставянето на здравни услуги.

Ползи:

а) По-големи правомощия за вземане на решения на местно (общинско) или институционално ниво;

б) Създаване на възможност повече хора да упражняват влияние върху предоставянето на здравни услуги.

Рискове: Понижен политически контрол.

Делегирането е предоставяне възможности на дадено управленско ниво да планира и прилага решения без прекия надзор на по-високото управленско ниво. При условие, че това се отнася само за изпълнението на определени задачи. Пример за делегиране са правомощията на началниците на болничните клиники (отделения) разписани в чл. 71 от Закона за лечебните заведения и на Главната медицинска сестра, разписани в ч. 70, ал.2 от същия закон.

Ползите са:

По бързо внедряване на стандарти, диагностично-терапевтични алгоритми, протоколи за добри сестрински грижи и на практики, основаващи се на научни доказателства.

Рискове:

а) Недостатъчен мениджърски професионализъм;

б) Трудности с поддържането на качеството и ефективността на цялата институция (болница) при голяма фрагментираност на децентрализираните в нея нива..

Приватизацията е крайна форма на децентрализация, тъй като по идея чрез нея прякото право на държавата за вземане на решения се

предоставя на частно капитализирани фирмени организации (създадени по Търговския закон). Мъсгроув счита, че основната полза от приватизацията произтича от въвеждането на пазарни стимули за по-голяма ефикасност и по високо качество в управлението на институциите, предоставящи здравни услуги<sup>4</sup>. Освен това чрез приватизацията в здравеопазването се привлича частен капитал, с което се намаляват претенциите към недостатъчните средства за обществени инвестиции в него.

Ползи се изразяват в дейност, независима от политиците, за които се счита, че са неспособни да дават ефикасни решения или не са наясно със своите задължения към здравето като обществено благо.

Рискът е вероятност от поява на частни монополни лечебни структури, които могат да използват своята сила във вреда на конкуренцията и да предизвикат провал в пазара за здравни услуги.

Изборът на нивото на децентрализация е важен въпрос за стила на взаимоотношенията между центъра и периферията. Колкото по локално е това ниво, толкова повече са опасенията за недостиг на управленски умения, за фрагментирано предоставяне на здравни услуги и за затруднения при осигуряването на ефикасни услуги на големи групи от населението<sup>5</sup>.

Що се отнася до това на кого при децентрализацията трябва да се предоставят функции и пълномощия, трябва да се подчертае, че в условията на развита демокрация, управленците в локалните нива се избират чрез свободен таен вот или чрез проведен конкурс. Но въпреки, че при административната и политическата децентрализация и при делегирането се предоставят определени правомощия на локални управленски структури, централната власт обикновено запазва и

---

<sup>4</sup> Ранчов, Г. Теория на системите в управлението на здравеопазването. Сп. Здравен мениджмънт, 2004, т.4, №2, 55-59.

<sup>5</sup> Ранчов, Г. Теория на управлението в практиката на здравните системи. Сп. Здравен мениджмънт, 2004, т.4, 47- 52.